

3. Methodik

3.1.: Jahresübersicht 1997 / 1998:

Das Krankenhaus Neukölln verfügte zum Untersuchungszeitpunkt über 1.250 ordnungsbehördlich genehmigte Betten. Es handelt sich um ein Krankenhaus der Maximalversorgung im Südwesten von Berlin.

Von dieser Gesamtbettenzahl entfielen 170 vollstationäre Akutbetten und 40 teilstationäre Tagesklinikplätze auf die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Diese Klinik ist seit 1985 im Rahmen des Gesetzes für psychisch Kranke vom Senat von Berlin mit hoheitlicher Gewalt beliehen, seit 1993 leistet sie im Rahmen der Regionalisierung der Zuständigkeit die psychiatrische Pflichtversorgung für den Bezirk Neukölln. Dieser umfasste 1997/98 ca. 310.000 Einwohner.

Im Jahre 1998 wurden am Krankenhaus Neukölln insgesamt 36.851 Patienten stationär aufgenommen, davon 2.389 direkt in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Für die restlichen, in die jeweiligen somatischen Kliniken aufgenommenen 34.462 Patienten wurden im Untersuchungszeitraum 1.944 psychiatrische Konsile angefordert.

3.2. Der psychiatrisch-psychotherapeutische Konsil- und Liaisondienst am KNK:

Der untersuchte Tätigkeitsbereich (Rudower Straße) am KNK umfasste zum Zeitpunkt der Untersuchung insgesamt elf bettenführende Kliniken. Es werden reine „Konsil- Versorgungsbereiche“ und täglich mehrmalig unaufgefordert kontaktierte „Liaisonbereiche“ beschrieben.

3.2.1. Reine Konsildienste:

Alle Kliniken mit peripheren Stationen sowie die Intensivstationen der Chirurgie, Neurochirurgie und Anästhesie werden durch Konsildienste psychiatrisch versorgt.

Kardiologie:	3 Stationen, 1 Intensivstation
Hämatologie:	3 Stationen
Infektion/ Bronchial- u. Gastroenterologie	3 Stationen
Gastroenterologie:	3 Stationen
Allgemeinchirurgie und Traumatologie:	6 Stationen, 1 Intensivstation
Neurochirurgie:	1 periphere, 1 Intensivstation
Anästhesie:	2 Intensivstationen
Dermatologie:	3 Stationen
HNO:	2 Stationen
Augenheilkunde:	2 Stationen
Lasermedizin:	1 Station
Orthopädie:	2 Stationen
Urologie:	2 Stationen
Neurologie:	2 Stationen

3.2.2. Liaisondienste:

Ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Liaisondienst findet im Aufnahme- und Akutbereich statt. Hierzu gehören die:

-*Rettungsstelle* (Patienten für Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie), die

-*Interdisziplinäre Aufnahmestation* (mit Patienten der Inneren Medizin, Chirurgie und Neurologie), welche zum Untersuchungszeitpunkt räumlich direkt an die Rettungsstelle angeschlossen war und die

-*Interdisziplinäre Intensivstation* (mit Patienten der Inneren Medizin und Neurologie)

3.3. Organisation des Konsil- und Liaisondienstes:

Der psychiatrisch-psychotherapeutische Konsil- und Liaisondienst am KNK wurde zum Untersuchungszeitpunkt (1997 / 1998) folgendermaßen organisiert:

Zwei Assistenzärzte/innen auf Facharztniveau erledigen von 8:00 bis 16:00 Uhr alle angeforderten Konsile der somatischen Abteilungen im Haupthaus Rudower Straße, führen alle stationären Aufnahmen in die Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie durch und nehmen sämtliche telefonischen Kontakte und Anfragen in dieser Zeit entgegen.

Die Konsilanforderungen gliedern sich wie folgt auf:

1. Schriftlich formulierte Anfragen auf einem Konsilschein (darauf Patientendaten und Datum, klinische Diagnose, gewünschte Untersuchung und Fragestellung) treffen im Sekretariat der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ein und werden unverzüglich nach medizinischer und zeitlicher Dringlichkeit in Folge (i. d. Regel innerhalb der nächsten 24 Stunden) bearbeitet.

2. Telefonisch (über sog. Pieper) angeforderte Notfallkonsile werden unverzüglich am selben Tag durchgeführt.

3. Die zum Zeitpunkt der Untersuchung noch existierende interdisziplinäre Aufnahmestation sowie die internistisch/neurologische Intensivstation werden täglich unaufgefordert morgens im Sinne einer Liaisonbetreuung aufgesucht, so dass die hier anfallenden Konsile unverzüglich bearbeitet werden.

4. Rettungsstelle: Die psychiatrische Konsiliaria ist im eigenen Arbeitsraum anwesend oder wird telefonisch (über Pieper) gerufen und versorgt alle eintreffenden psychiatrischen Patienten (Diagnostik, Notfallbehandlung, Entscheidung über Aufnahme und Begleitung auf die allgemeinspsychiatrischen Stationen, zur qualifizierten Entgiftung oder in das Kriseninterventionszentrum; ambulante Beratung oder weitere konsiliarische Vorstellung beim somatischen Kollegen). Sie bearbeitet hier alle anfallenden psychiatrischen Konsile der somatischen Erste-Hilfe-Ärzte, je nach Situation und Notfall auch gemeinsam mit den Kollegen.

Beispiel: Schock oder Panikattacke nach Autounfall: um eine chirurgische und/oder internistische Versorgung zu ermöglichen, findet gleichzeitig eine psy-

chiatrische Behandlung des Patienten durch den psychiatrischen Konsiliardienst statt in Form von beruhigenden Gesprächen, ev. einer Medikamentengabe i.v. oder p. o., einer wiederholten Erklärung der Situation, dem Kontakt mit besorgten Angehörigen, etc.

5. Telefondienst: Alle in der Zentrale des Krankenhauses eintreffenden Anrufe für den Psychiater werden unverzüglich und ungefiltert durchgestellt. Das heißt, jeder Anrufer wird zu jeder Tages- und Nachtzeit beliebig oft mit dem psychiatrischen Arzt vom Dienst verbunden. Hierunter fallen: Niedergelassene Kollegen mit Patientenmeldungen und Nachfragen, Kollegen anderer Häuser mit Verlegungsanliegen, Ämter (z. B. Gericht, Sozialpsychiatrischer Dienst [SpsD] und Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst [KJpD]) sowie ambulante Einrichtungen. Ferner Angehörige und Patienten mit Gesprächswunsch, z. B. in suizidalen Krisen, aber auch intoxikierte und berauschte Menschen, die nicht selten mit Beschimpfungen und Affektdurchbrüchen aufwarten sowie persönlichkeitsgestörte Patienten, die bis zu dreißig Mal täglich und nächtlich den Kontakt suchen.

Der Bereich Psychoonkologie sowie spezielle psychosomatische Fragestellungen in anderen Bereichen werden durch einen Funktionsoberarzt abgedeckt. Konsile außerhalb des örtlichen Bereiches Rudower Straße in den Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde werden von den Oberärzten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie bearbeitet.

3.4. Untersuchte Patienten:

Es handelt sich um eine prospektive Untersuchung. Alle Patienten wurden von der Referentin untersucht. Bei Abwesenheit bzw. bei Vertretung durch Kollegen assistierte die Untersuchung, um Problemen der Interraterreliabilität zu entgehen.

Es wurden Daten von 305 psychiatrischen Konsilanforderungsscheinen (von insgesamt 249 Patienten) von September 1997 bis August 1998 während der regulären täglichen Wochenarbeitszeit und während der Bereitschaftsdienste der Referentin erhoben und ausgewertet. In diesem Zeitraum wurden in allen Tag- und Nachtdiensten der Psychiatrischen Klinik insgesamt 1944 Patienten konsiliarisch versorgt.

Die untersuchten Patienten der 305 Konsilanforderungen unterstehen keiner statistischen Auswahl, sondern bilden ein übliches Spiegelbild der psychiatrischen Konsil- und Liaisonpatienten ab, welche zu regulären Wochenarbeitszeiten und zu Bereitschaftsdienstzeiten des psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliar-dienstes zu versorgen sind. Die Art der Versorgung dieser Patienten ist Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

3.5. Datenerhebung und Auswertung:

Von der Referentin wurde ein vierseitiger DIN A4 Dokumentationsbeleg entworfen (siehe Anlage 1 und 2), mit dem Ziel, das Anliegen des somatischen Anforderers darzustellen, seine Zufriedenheit mit dem psychiatrischen Konsiliardienst herauszuarbeiten und die medizinische Notwendigkeit der psychiatrischen Konsilanforderung anhand einer Kompetenzfrage an den Anforderer zu prüfen. Außerdem sollte die fachliche Qualität der psychiatrischen Konsilanforderung dargestellt werden.

Dieser Dokumentationsbeleg ist wie folgt aufgebaut:

Seite 1 beurteilt den schriftlich angeforderten Konsilschein und seine Bearbeitung mit der Fragestellung: „Welches Ziel hat das psychiatrische Konsil?“ Die anfordernde somatische Klinik wird handschriftlich am Kopf vermerkt, es wird durch Ankreuzen in „Notfall“ und „regulär“ unterschieden. Folgende Liste an Mehrfachnennungen teilt sich in die Spalten „Anforderung“ (von Seiten des Somatikers) und „Erfüllung“ (von Seiten der Konsiliarpsychiaterin):

1. Diagnostik
2. Behandlungsempfehlung
3. Mitbehandlung
4. Übernahme
5. Anderes (z. B. Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung, Angehörigengespräch).

Die Punkte 6. Teamsupervision und 7. „Patient entlassen“ sind in der Spalte „Erfüllung“ subsummiert.

Mit *Ja/Nein* wird angekreuzt, ob der anfordernde Arzt eine psychiatrische Verdachtsdiagnose gestellt hat und ob es sich um den Erstkontakt oder (per Nummerierung) um ein weiteres Konsil bei demselben Patienten handelt. Schließlich wird

Aufnahme- und Entlassungsdatum erfasst sowie die Anzahl der Tage nach Aufnahme und vor Entlassung (falls ermittelbar), um den Zeitpunkt des Konsils zu ermitteln.

Seite 2 beinhaltet Fragen an den anfordernden Arzt, die vom Untersucher gestellt werden. Maßgeblich ist hier seine Funktion als „anfordernder somatischer Kollege“, namentlich blieben die Kollegen anonym.

- Vermerkt wird seine Anwesenheit zum Zeitpunkt des Konsils per *Ja/Nein*
- Wurden Informationen über den Patienten beim Pflegepersonal eingeholt per *Ja/Nein*
- Die klinische Erfahrung des anfordernden Arztes in Monaten
- Die Initiative zum Konsil durch den Arzt/ Patient/ beide

Um den Kenntnisstand des Anforderers bezüglich basaler Anamnesefragen zu prüfen, folgen nun im unteren Teil der Seite fünf Fragen zur Anamnese des Patienten an den anfordernden Arzt:

1. Ist/war der Patient in nervenärztlicher Behandlung? *Ja/nein/nicht gewusst*
2. nimmt er Psychopharmaka ein? *Ja/Nein/nicht gewusst*
3. Familienstand *gewusst/nicht gewusst*
4. Beruf *gewusst/nicht gewusst*
5. Kinderzahl *gewusst/nicht gewusst*

Bei der Auswertung werden diese fünf Antworten bezüglich ihrer Übereinstimmung mit den entsprechenden Angaben des Patienten (Seite 4) verglichen.

Seite 3: Hier kann der befragte anfordernde Arzt nun selbst seine Meinung äußern, deshalb befinden sich auf dieser Seite ausschließlich zwei Bewertungsfragen für ihn in Form von zwei visuellen Analogskalen (nach AITKEN, 1969) je zehn cm lang, verbunden mit folgenden Fragen:

1. Wie schätzen Sie Ihre eigene psychiatrische Kompetenz ein?
(von überhaupt keine =0 bis sehr hoch =10 cm)
2. Wie bewerten Sie Ihre Erfahrung mit psychiatrischen Konsilen im Verlauf Ihrer gesamten Dienstzeit am KNK?
(von ganz schlecht = 0 bis bestens = 10 cm).

Auf **Seite 4** folgen nun die o.g. Fragen an den Patienten, um die Übereinstimmung der erhaltenen Informationen abzugleichen.

Diese Seite mit weiteren Daten zum Patienten wird ausschließlich von der Untersucherin ausgefüllt:

1. Wurden Sie über dieses psychiatrische Gespräch von Ihrem Stationsarzt vorher informiert? *Ja/Nein/Nicht beurteilbar.*
2. Es folgt die Erfragung der o. g. fünf Anamnesefragen und der Übereinstimmungsabgleich mit *Ja/Nein.*
3. Alter und Geschlecht des Patienten
4. Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 (bis maximal drei Diagnose-Nennungen möglich).

Da es sich bei vielen Konsilen um Notfälle und/oder Erstkontakte handelte, wurde nach „Arbeits- und Verdachtsdiagnosen“ in den Hauptgruppen klassifiziert. So wurde z. B. das phänomenologische Bild einer mittelgradigen depressiven Störung (F32.1) dann als Anpassungsstörung (F43.2) abgebildet, wenn inhaltlich eine psychoreaktive Genese der depressiven Störung zum Untersuchungszeitpunkt im Vordergrund stand.

3.6. Unterschiede in den Arbeitsabläufen zwischen Liaisondienst und Konsildienst

3.6.1. Liaisonstationen und -bereiche

Rettungsstelle:

Hier ist die kollegiale Kontinuität durch zwei ständig präsente Fachärztinnen für Chirurgie und Innere Medizin von Montag bis Freitag jeweils 08:00 bis 16:00 Uhr gegeben, ein neurologischer Spätdienst (14:00 bis 22:00 Uhr) ist für jeweils ca. sieben Tage mit einem Arzt/Ärztin konstant. Die psychiatrische Konsiliaria ist jeweils vormittags von Montag bis Freitag in der Rettungsstelle anwesend, um angemeldete und einbestellte psychiatrischer Patienten in die Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie stationär aufzunehmen, ansonsten wird sie zu eintreffenden psychiatrischen Notfällen sowie Konsilen und gemeinsamen Beratungen mit den somatischen Kolleginnen telefonisch über Pieper geholt.

Interdisziplinäre Intensivstation (Innere, Neurologie):

Hier arbeiten die jeweiligen somatischen Kollegen im Dreischichtsystem (jeweils drei Tage im Früh- / Spät- und Nachtdienst).

Der kollegiale Austausch über das Konsil findet hier meistens vor dem Patientenkontakt statt, die tägliche morgendliche Visite des psychiatrischen Konsiliardienstes dient dem gegenseitigen Informationsaustausch sowie fachlichen Beratungen und Klärungen. Die zuständigen, anfordernden Kollegen sind in der Regel über den augenblicklichen Zustand des Patienten gut informiert und teilen deshalb aktuelle, relevante Befunde mit. Bedingt durch den hochfrequenten Patientendurchlauf der zentralen Aufnahmestation und der Intensivstationen (Entlassungen, Verlegungen) besteht deshalb meist eine präzise Fragestellung an den psychiatrischen Konsiliardienst: z. B.: Patient noch suizidal? Entlassungsfähig? Motivation zur psychiatrisch-stationären Weiterbehandlung? Psychogene körperliche Störung und dahingehende Beratung?

Die Konsilanforderung erfolgt also zielgerichtet, häufig vor der Patientenuntersuchung und vorab mündlich.

Daraufhin erfolgt die psychiatrische Versorgung dieser Patienten z. B. nach einem Suizidversuch, bei psychischen Störungen wie Angst, Depression oder organische Psychose durch intensivpflichtige organische Erkrankungen (z. B. Niereninsuffizienz) oder durch Langzeitbeatmung, aber auch im Entzugsdelir, etc. direkt am Bett. Dieses befindet sich häufig in einem gemischtgeschlechtlich belegten Mehrbettzimmer und ist nur durch einen Stoffparavent vom Bettnachbarn abgeschirmt, welcher nicht selten an ein geräuschintensives Beatmungsgerät angeschlossen ist. Die Belegung der begrenzten Anzahl an Intensivbetten erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten, insofern kann eine intime und gänzlich ungestörte Gesprächsatmosphäre nicht hergestellt werden.

Des Weiteren finden auf dieser Intensivstation, gemeinsam mit den somatischen Kollegen, auch Angehörigengespräche statt, z. B. bei schweren bleibenden Schäden nach Suizidversuch oder Versterben. Ein geeigneter Raum hierfür steht zur Verfügung.

Die interdisziplinäre Aufnahmestation

Zum Untersuchungszeitpunkt belief sich die dortige reguläre Aufnahmezeit von 16:00 bis 07:59 Uhr. Rund um die Uhr hingegen wurden Patienten mit unklaren Diagnosen und Intoxikationen zur Überwachung aufgenommen.

Die zuständigen ärztlichen Kollegen arbeiteten hier wochenweise abwechselnd in Früh- und Spätschicht (von 07:00 bis 15:00 Uhr, von 15:00 bis 23:00 Uhr), d. h. es bestand von Montag bis Freitag ein kontinuierlicher, persönlicher Kontakt. Auch auf dieser Station begann die psychiatrische Konsiliaria mit einer täglichen Morgenvisite die gemeinsame Patientenversorgung analog wie auf der oben beschriebenen Intensivstation. Häufige Aufnahmen von intoxikierten oder sich im akuten Entzug befindlichen überwachungspflichtigen Patienten führten zu weiteren Konsilen vor 16.00 Uhr und somit zu mehrmals täglichen gemeinsamen Arbeitssituationen.

In den beschriebenen Liaisonarbeitsbereichen besteht somit in der Regel mehrmals täglich Kontakt mit den somatischen Kollegen, beginnend mit der morgendlichen gemeinsamen Visite auf den entsprechenden Stationen. Die psychiatrische Konsiliaria zeigt somit unaufgefordert täglich zur selben Zeit Präsenz und macht damit ein verlässliches Angebot zur Kommunikation, um konkrete psychiatrische Behandlungsaufträge entgegen zu nehmen oder eine diagnostische und therapeutische Besprechung zu führen. So kann stets kurzfristig geklärt werden, ob und wann ein Konsil notwendig und sinnvoll durchzuführen ist. Hierdurch ist der tägliche kollegiale Austausch eine Selbstverständlichkeit und ermöglicht dadurch eine spezifischere Diagnostik bei vielen unklaren körperlichen Symptomen und psychischen Auffälligkeiten von Patienten. Durch die so entstandene vertraute tägliche Arbeitssituation sinkt gleichzeitig für den somatischen Kollegen die Schwelle, schwierige Teamsituationen (mehrere Reanimationen oder Todesfälle hintereinander, diagnostische Unklarheiten oder Meinungsverschiedenheiten, Überbelegung) gegenüber dem psychiatrischen Konsiliarium anzusprechen und sich gegebenenfalls somit einen fachlichen Rat zu holen.

Die beschriebenen Schichtarbeitszeiten der somatischen Kollegen ermöglichten eine ständige oder mindestens über mehrere Tage hinweg bestehende personelle Kontinuität und lassen den beschriebenen täglichen Kontakt zwischen Somatiker und Psychiater im gemeinsamen Arbeitsbereich zur Selbstverständlichkeit werden. Hieraus folgen weitere gemeinsame interdisziplinäre therapeutische Möglichkeiten, wie

z. B. gemeinsame Angehörigengespräche, Anregung einer vorübergehenden Behandlungsbetreuung oder Planung der ambulanten Weiterbehandlung.

3.6.2. Das reguläre Konsil auf den peripheren Stationen:

Hier ist der zuständige Stationsarzt oft nicht anzutreffen (Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie), deshalb sind die psychiatrischen Konsiliarärzte hier ganz besonders auf die Auskünfte des Pflegepersonals angewiesen. Ein vollständig und aussagekräftig ausgefüllter Konsilschein ist deshalb eine Bedingung zur sinnvollen Durchführung des Konsils. Es hat sich bewährt, kontinuierlichen Kontakt zu den jeweiligen Stationsleitungen zu suchen und zu pflegen, welche in der Regel im Frühdienst (ca. 07:00 bis 14:30 Uhr) anwesend sind. Diese fühlen sich dadurch wertgeschätzt und anerkannt und werden im Laufe der Zusammenarbeit zu sehr kompetenten Bezugs- und Auskunftspersonen für die psychiatrische Konsiliarärztin.

3.6.3. Das Notfallkonsil

Die psychiatrische Konsiliaria wird direkt von der betreffenden Station telefonisch per Pieper gerufen. Da dies häufig in erster Linie über das Pflegepersonal geschieht, was sich überfordert und/oder von abwesenden, zuständigen Stationsärzten im Stich gelassen fühlt, wurde folgende ärztliche Arbeitsregel aufgestellt:

1. Telefonische Konsilanfragen werden nur vom behandelnden Arzt akzeptiert,
2. die Notfallsituation muss überzeugend dargestellt werden
3. der Anforderer muss zusagen, die psychiatrische Konsiliaria am Bett des betreffenden Patienten zu treffen.

Typische Situation:

Was ist der „akute Notfall“?

Häufig handelt es sich um Panikattacken, hysterische Konversionszustände, Selbst- und Fremdgefährdung, „Randale“, Schreien sowie Umherirren und Manipulieren an Infusionsständern oder Monitoren bei Verwirrheitszuständen.

Je nach vorliegender Situation wird bereits telefonisch geklärt, ob notwendige Voraussetzungen zur Durchführung einer Notfallmaßnahme vor Ort vorhanden sind. Hierbei handelt es sich um Medikamente (z. B. i. v. - Medikationen von Ha-

loperidol und Diazepam) oder die Organisation einer Fixierung. Wenn das Pflegepersonal der entsprechenden Station überfordert ist, muss nicht selten ausgebildetes Personal von der eigenen Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie mit hinzugezogen werden.

Stets wird eine Zeitverabredung getroffen, da die Notfalleinweisung in der Regel während einer anderen konsiliarischen Tätigkeit stattfindet. So kann es notwendig sein, eine gerade begonnene konsiliarische Tätigkeit zu unterbrechen bzw. zeitlich zu verlegen.

Es hat sich bewährt, folgende Zeiteinteilungen zu treffen:

- „Komme so schnell wie möglich“ = innerhalb der nächsten zehn Minuten;
- „Komme im Laufe des Vormittags/Nachmittags“ = in ein bis zwei Stunden
- „Komme im Laufe des Tages“ = noch vor 16 Uhr.

Immer wieder verführt die Möglichkeit des ständig telefonisch über Pieper erreichbaren Psychiaters dazu, bei allen möglichen unangenehmen Situationen einen Notfalldruck zu erzeugen. Häufig zeigte sich der somatische Kollege als drängend und insistierend aus eigener Hilflosigkeit, bis dahingehend, dass ein kräftiger, 1,85 m großer Kollege es doch lieber einer zierlichen Psychiaterin überlassen möchte, einen Patienten im Erregungszustand zu „bändigen“. Immer wieder ist es notwendig, sich vor Missbrauch als „Krankenhauspolizei“ oder als „Ärzte für's Grobe“ zu schützen.

3.7. Ablauf des Konsils

3.7.1. Regulär nach Anforderungsschein

Eine zeitliche, hierarchische Gliederung erfolgt einerseits nach Eintreffen der Konsilanforderung im Sekretariat der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, andererseits nach psychiatrisch-medizinischer Sachlage im Anforderungstext (schweres Krankheitsbild, baldige Entlassung, Prüfung der Einwilligungsfähigkeit zur anstehenden Operation, etc.). Als nächstes erfolgt von Seiten der Konsiliarpsychiater ein Telefonat mit der entsprechenden Station, um die Anwesenheit und gegebenenfalls Terminabsprache mit dem Patienten durchzuführen. Nicht selten zeigt sich hier bereits eine veränderte Situation durch Diagnostik, Verlegung oder Entlassung. In einigen Fällen befindet der Patient auch ein konsiliarisches Gespräch nicht mehr für nötig oder lehnt es sogar ab.

Ist die Verabredung zum Konsil getroffen, ist vor der Untersuchung des Patienten

ein gründliches Aktenstudium notwendig.

Dieses gliedert sich in folgende Teilschritte:

3.7.2. Durchsicht der Kurve der laufenden Woche:

Überprüfung der Laborwerte, vordringlich Blutbild, Elektrolyte, Leberwerte.

Beurteilung von Kreislaufsituation, Temperatur und aktueller Medikation (Antibiose? Immunsuppression? Sedierung? Unverträglichkeiten durch Wechselwirkungen? UAWs bekannt?) Gab es Veränderungen von Präparaten und Dosis?

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Erfolgten bereits Vorkonsile, wenn ja, aus welchem medizinischen Fachbereich?

Allein aus diesen Parametern lassen sich viele akute Verwirrheitszustände, Bewusstseinsveränderungen oder Affektschwankungen einschätzen und zielgerichteter untersuchen.

3.7.3. Durchsehen der Akte:

Die vorherige Durchsicht der Krankenakte ist unverzichtbarer Teil des psychiatrischen Konsils, es genügt nicht, nur die diesbezüglichen Informationen des konsilianfordernden Kollegen in Betracht zu ziehen. Nur bei vollständiger Kenntnis aller Fakten kann der psychiatrische Konsiliarier eine kompetente Beurteilung der Befunde erreichen. Deshalb ist diese sehr zeitaufwändige Informationsarbeit für den Konsiliarpsychiater unerlässlich und für die korrekte Durchführung des Konsils nicht selten entscheidend. Welche diagnostischen Maßnahmen wurden bisher durchgeführt (apparativ, konsiliarisch)? Ergaben sich dadurch Diagnoseveränderungen? Liegen frühere Arztbriefe vor zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs, gab es bisher schon eine psychiatrische Vorstellung/Mitbehandlung?

3.7.4. Untersuchung:

Vorraussetzung für die psychiatrische Untersuchung ist ein ungestörter Ort, da diese für die Patienten eine ausgesprochen intime Gesprächssituation darstellt. Vorab gilt es deshalb, bei dem Stationspersonal nach einem ungestörten Raum zu fragen bzw. bei bettlägerigen Patienten die Zimmerbelegung zu klären und ggf. die Unterstützung des Pflegepersonals beim Hinausbitten der Mitpatienten einzuholen.

Wartet der Patient bereits ungeduldig auf den Psychiater? Weiß er nichts von einem psychiatrischen Konsil oder ist sogar empört oder gekränkt? Verschämt? Ist er entlastet und froh, dass sich eine Ärztin ans Bett setzt und Zeit zum Zuhören hat, kann er sich ausführlich aussprechen, klagen, beschwert er sich über die medizinische Behandlung, den stationären Ablauf, ist er voller Angst, Ratlosigkeit und Unverständnis?

Was steckt „eigentlich“ hinter der Anforderung?

Zum komplexen Verständnis der Konsilanfrage ist es für den psychiatrischen Konsiliarier folglich wichtig, im Verlauf des Gespräches mit dem Patienten zu erkennen, in welcher Funktion er geholt wurde: als Spezialist zur Diagnostik und Therapie für die seelische Befindlichkeit? Zur Klärung der weiteren Lebenssituation? Zum Angehörigengespräch? Als Vermittler zwischen Somatiker und Patient? Als Schlichter in Teamschwierigkeiten bezüglich dieses Patienten?

Erst wenn über all diese Fragen Klarheit gewonnen ist, erfolgt die Anamnese- und Befunderhebung nach bewährtem Standard:

Erhoben werden die aktuellen Beschwerden, wichtige anamnestische und biographische Informationen (Auslöser, Vorerkrankungen, somatische und soziale Situation) sowie der psychopathologische Befund.

Anschließend ist es unerlässlich, die psychiatrische Diagnose für den somatischen Kollegen gut verständlich zu formulieren, sowie das empfohlene Procedere wie Medikation, Verhaltensempfehlung, Empfehlung von Mitbetreuung oder Wiedervorstellung deutlich und gut lesbar auf dem Konsilschein aufzuschreiben.

Nach der Patientenexploration und schriftlichen Niederlegung auf dem Konsilschein hat es sich nach den Erfahrungen der Referentin als ausgesprochen notwendig erwiesen, Rücksprache mit dem zuständigen behandelnden Arzt und/oder dem Pflegepersonal zu halten, um die empfohlenen therapeutischen Maßnahmen zu erklären und zu begründen bzw. für Rückfragen oder Diskussionen zur Verfügung zu stehen.

Nicht selten bedarf es in dieser Situation einer systemisch-psychotherapeutischen Intervention, um die häufig vorhandene Enttäuschung darüber abzufangen, dass das Problem nicht aus der Welt geschaffen ist oder der Patient nicht plötzlich von depressiver Trauer und Verzweiflung „erlöst“ werden konnte, sondern im Gegenteil eher eine verständnisvolle Akzeptanz und Begleitung braucht. Hier wird auch

nochmals deutlich, dass „strenggenommen nicht der Patient der Klient des psychiatrischen Konsiliars ist, sondern der anfordernde Stationsarzt“ (SAUPE u. DIEFENBACHER 1996), bzw. das Stationsteam.

Als Orientierung zur effektiven Durchführung eines psychiatrischen Konsils können die „10 Gebote der Konsiliarpsychiatrie“ von DIEFENBACHER (AROLT und DIEFENBACHER 2004) angesehen werden.

Häufig gilt es am Ende der Konsildurchführung das nächste Konfliktfeld zwischen den Kliniken des Krankenhauses zu meistern:

Welches empfohlene Procedere (Übernahme, Verlegung oder Mitbetreuung auf Station?) ist für den Patienten medizinisch absolut notwendig, welches optimal? Wie sieht die aktuelle Krankenhausrealität vor Ort aus? Müsste der Patient in ein weiteres Überbett auf dem Flur einer von Akutpatienten überfüllten Station? Gefährdet er sich und andere massiv auf einer somatischen Station durch verwirrte Erregungszustände? Würde er von mehr teilnehmender Zuwendung für seine schwere somatische Erkrankung von Seiten des dortigen Pflegepersonals profitieren?

Nicht zuletzt ist hierbei auch die aktuelle Bettenpolitik und momentane Auslastung sowie die personelle Situation von betreuendem Pflegepersonal und zur Behandlung verfügbarer Stationsärzte zu berücksichtigen, so dass Verlegungsanliegen und -angebote auch dementsprechend nicht nur unter rein medizinischen Überlegungen „streng“ oder „großzügig“ gehandhabt werden.

3.7.5. Nachbereitung und Dokumentation:

Die Dokumentation der konsiliarischen Leistungen erfolgt handschriftlich und deutlich lesbar auf der dafür vorgesehenen Rückseite des Konsilscheins mit einem Durchschlag für die eigene Archivierung als Tätigkeitsnachweis. Es wird dokumentiert: *Anamnese und Befund / Diagnose / Procedere und ggf. Wiedervorstellung mit genauer Zeitangabe.*

Oben rechts wird das Datum und die Piepernummer für Rückfragen vermerkt, unten rechts deutlich lesbar die Unterschrift der Konsiliarärztin.

Entsprechend der Behandlungsindikation erfolgen für die Konsiliarpsychiaterin jetzt weitere Arbeitsschritte wie Telefonate mit ambulant behandelndem Nervenarzt, Einleitung einer Betreuung für Aufenthalt und Heilbehandlung oder Terminvorschläge für gemeinsame Gespräche mit Angehörigen.

3.8. Datenverarbeitung und verwendete statistische Methoden

Mit den beschriebenen Fragebögen zu 305 Konsilanforderungen wurde die Zufriedenheit, die eigene psychiatrische Kompetenzeinschätzung und der Informationsstand des anfordernden Somatikers über seinen Patienten erhoben. Ferner wurden Informationen über den Patienten (Alter, Geschlecht, Vorinformation über das psychiatrische Konsil) erhoben, die Häufigkeit der persönlichen Beratung mit dem Anforderer und dem Pflegepersonal geprüft sowie die schriftliche Qualität des Anforderungsscheins beurteilt. Außerdem wurden „Behandlungsangebot“ des Konsilpsychiaters und „Nachfrage“ des anfordernden Somatikers miteinander verglichen.

Die vorliegende Untersuchung über die psychiatrischen Konsiliartätigkeit hat empirischen Charakter, sie dient nicht der Überprüfung von Hypothesen. Deshalb wurden auch keine Nullhypothesen formuliert und keine statistischen Signifikanzen berechnet.

Es wurden Methoden der darstellenden Statistik in Form von Tabellen verwendet, ferner findet eine vorrangige Beschränkung auf beschreibende statistische Verfahren statt (absolute Häufigkeit von Merkmalen, prozentuale Häufigkeiten, Mittelwerte mit Standardabweichung, Medianberechnung).

Zur Verarbeitung der einzelnen Konsiliaruntersuchungsdokumentationen wurden diese standardisiert mit einer relationalen Datenbank erfasst (D-Base IV) und abgefragt.

Die statistischen Verfahren wurden auf einem PC mit dem Programm SPSS/PC gerechnet.