

Die Bedeutung der Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus

T. Kratz, A. Diefenbacher

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Zusammenfassung

Körperliche Erkrankungen werden häufig von psychischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten begleitet. Umgekehrt weisen viele körperliche Beschwerden auch auf das Vorliegen einer lazierten psychischen Erkrankung hin. Aus diesem Grund hat in den letzten Jahren die Bedeutung der Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus deutlich zugenommen. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich neben der Begriffsbestimmung und der Organisation der Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie mit deren Besonderheiten am Allgemeinkrankenhaus. Besonderes Gewicht wird auf die Gesprächsführung, die Psychotherapie und die Coping-Strategien bei körperlichen Erkrankungen gelegt. Es sollen Probleme, Arbeitsfelder und Chancen der Entwicklung der Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus aufgezeigt werden.

Schlüsselwörter: Konsiliarpsychiatrie, Komorbidität, Allgemeinkrankenhaus, Kommunikation

Consultation-liaison psychiatry in the general hospital

T. Kratz, A. Diefenbacher

Abstract

Frequently, physical illnesses are accompanied by psychological symptoms and behavioural disorders. The presentation of a physical disorder may mimic a hidden psychiatric disorder as well. The integration of psychiatric departments into general hospitals in Germany during the last 20 years has helped to increase awareness of such somato-psychiatric comorbidity. Consultation-liaison psychiatry is the venue where psychiatrists and psychotherapists help in improving detection and treatment of such comorbidity.

This article deals with the definition and organization of consultation-liaison psychiatry as a psychiatric subspecialty, and with its distinct features in the everyday work in general hospitals. Special focus is put on the consultation process, psychotherapy in the c-l-setting and coping strategies with physical illnesses. The article discusses problems, issues and chances of the development of consultation-liaison psychiatry in general hospitals, and outlines how to improve the co-operation between c-l-psychiatrists and neurologists.

Key words: consultation-liaison psychiatry, comorbidity, general hospital, doctor-patient communication

© Hippocampus Verlag 2007

Einleitung

Die fortwährende Entwicklung der modernen Medizin, insbesondere jedoch ihre weitgefächerte Spezialisierung, führte in den vergangenen Jahrzehnten zur Etablierung des Facharzt-Systems, da es dem einzelnen Arzt nicht mehr möglich war, das gesamte medizinische Spektrum zu überblicken und für seine Patienten zu nutzen. Aus diesem Grund intensivierte sich die Konsiliartätigkeit, d. h. die Beratung mehrerer Ärzte zur Klärung eines Krankheitsfalles. Als Besonderheit des psychiatrischen Fachgebietes ist hervorzuheben, dass körperliche Erkrankungen häufig von psychischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten be-

gleitet werden. Darüber hinaus können körperliche Symptome, wie z. B. Herzrasen, Atemnot, Engegefühl in der Brust oder Kopfschmerzen, auf psychiatrische Erkrankungen (z. B. eine Depression oder Angsterkrankung) hinweisen, ohne dass eine körperliche Erkrankung vorliegt.

Die psychiatrische Versorgung war in der Vergangenheit meist Aufgabe von Landeskrankenhäusern. Diese befanden sich außerhalb der Städte und wurden nur durch relativ kleine Abteilungen an psychiatrischen Universitätskliniken unterstützt. Die psychiatrische Versorgung eines Allgemeinkrankenhauses war Aufgabe des nahegelegenen Landeskrankenhauses oder Teil der Honorartätigkeit eines niedergelassenen Nervenarztes. Dieser sah dann die

ihm vorgestellten Patienten des Allgemeinkrankenhauses meistens einmal wöchentlich und stellte die Indikation für die Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder für eine langfristige Psychotherapie. Somit war eigenständiges psychiatrisches Therapieren oder rasches Reagieren auf akute Zustände meist unmöglich. Schlussfolgernd daraus ergab sich die Notwendigkeit, Patienten in wohnortferne psychiatrische Landeskrankenhäuser einzuweisen. Umgekehrt jedoch wurde die Möglichkeit zur Verlegung eines somatisch erkrankten psychiatrischen Patienten ins zuständige Allgemeinkrankenhaus nicht zuletzt aus negativen Vorurteilen gegenüber psychischen Erkrankungen erschwert.

Verändert wurde diese Situation durch die zunehmende Eröffnung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im Gefolge der Psychiatrie-Enquête seit Ende der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts (vgl. Übersicht [6]). Damit ergaben sich jedoch auch neue Anforderungen an die in der Psychiatrie tätigen Ärzte hinsichtlich der Behandlung von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität mit der Folge der Notwendigkeit der Spezialisierung im psychiatrischen Konsildienst.

Die Darstellung von Entwicklung, Organisation, Praxis und Besonderheiten des psychiatrischen Konsildienstes soll Inhalt dieser Arbeit sein.

Ausgangspunkt der Betrachtungen ist die Lübecker Allgemeinkrankenhaus-Studie [1]. Diese aus dem deutschsprachigen Bereich stammende Untersuchung an Allgemeinkrankenhaus-Patienten in Lübeck untersuchte die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei stationär behandelten chirurgischen und internistischen Patienten. Hier zeigten sich folgende Prävalenzraten hinsichtlich komorbider psychiatrischer Erkrankungen: organisch bedingte psychische Störungen bei 17,5%, Depressionen bei 16,3% und Abhängigkeitserkrankungen bei 11% der Patienten [1]. Darüber hinaus bestehen Hinweise darauf, dass bei speziellen Patientengruppen, wie z.B. in der Neurologie [24], dieser Anteil sogar deutlich höher liegt. So werden von den in der neurologischen Abteilung unseres Krankenhauses (KEH) stationär behandelten Patienten ca. 11,8% an unseren konsiliarpsychiatrischen Dienst überwiesen, die entsprechende relative Konsilrate der separaten epileptologischen Abteilung des KEH liegt bei zusätzlich 4%. Üblicherweise liegt die relative Konsilrate für alle Patienten somatischer Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses bei ca. 1–2% [8].

Viele Studien belegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und komplizierteren Krankheitsverläufen, wobei gezeigt werden konnte, dass die Krankenhausliegedauer bei somatopsychisch komorbiden Patienten im Vergleich zu lediglich somatisch Erkrankten länger ist, oder dass es zu vermehrten stationären Wiederaufnahmen und/oder vermehrten ambulanten Arztbesuchen solcher Patienten kam. Insbesondere das Vorliegen deliranter, depressiver oder dementieller Syndrome zeigte sich als entsprechender Risikofaktor (vgl. Übersicht in [5, 6]). Es zeigte sich, dass psychische Erkrankungen zu einer Zunahme der subjektiven Beeinträchtigung eines körperlich

Kranken führen [3]. Die erhöhte psychische Komorbidität körperlich kranker Patienten im Allgemeinkrankenhaus stellt mit zunehmender Subspezialisierung der medizinischen Fachrichtungen und zunehmender Gründung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ein klassisches Arbeitsfeld der Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie dar. Weitere Patientenklientelen sind Suizidenten und Patienten mit somatoformen Störungen.

Je nach organisatorischer Nähe zu den somatischen Fächern unterscheidet man konsiliar- oder liaisonpsychiatrische Dienste.

Begriffsbestimmung

Wie oben aufgezeigt, ist die Beratung mehrerer Ärzte zur Klärung eines Krankheitsfalles (das Konsilium) zum notwendigen Arbeitsinstrument bei zunehmender Spezialisierung der Fachbereiche der Medizin entwickelt worden. Hierbei wird nicht zwischen psychiatrischer Konsiliartätigkeit und z.B. internistischer Beratung eines Chirurgen unterschieden. Als Konsiliarpsychiatrie bezeichnet man deshalb auch die sonst in der Medizin übliche Zusammenarbeit eines Psychiaters, der durch einen nicht spezialisierten Arzt (oder auch durch Pflegepersonal) auf eine somatische Station gerufen wird. Im Rahmen der Konsiliarpsychiatrie wird der angeforderte Kollege nicht von sich selbst aus tätig.

Der Begriff der Liaisonpsychiatrie (franz.: Liaison=Bindung, Verbindung) umfasst jedoch einen weitergehenden Ansatz. Ursprünglich beschrieb der Begriff der Liaisonpsychiatrie die Tätigkeit eines Teams von Psychiatern und Sozialarbeitern, die in einem Allgemeinkrankenhaus ohne psychiatrische Abteilung und ohne psychiatrische Betten tätig wurden. Hierbei ist der Psychiater im Rahmen seines multidisziplinären Teams, z.B. in einer internistischen Abteilung, regelmäßig, also auch ohne direkte Anforderung präsent. Darüber hinaus sind Aufgaben des Liaisonpsychiaters über den direkten Patientenkontakt hinaus die Beratung des gesamten Teams der somatischen Station in psychosozialen Fragen, Ausbildungs- und Lehrfunktion und Forschung [6, 9].

Die Liaisonpsychiatrie wird also als ein Dienst verstanden, bei dem der Psychiater auf einer somatischen Station kontinuierlich arbeitet. Zwei Varianten der Tätigkeit sind hier vorgeschlagen: Entweder der Psychiater hat keinen direkten Kontakt zum somatischen Patienten, sondern schult und betreut in regelmäßigen Abständen das somatische Team, das als Mediator der Therapie in psychologischen und psychiatrischen Aspekten bei somatischen Erkrankungen dient. Für unser oben aufgeführtes Beispiel könnte dies etwa bedeuten, dass der Liaisonpsychiater die anfordernden Ärzte einer neurologischen Abteilung in »psychosomatischer Grundversorgung« schult, so dass einfachere Fälle von diesen selber im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung behandelt werden, wogegen der Liaisonpsychiater eher für die komplexen Fälle zur Verfügung steht, wo er dann aber auch z.B. fokussierte Kurzzeitpsychotherapien durchführt

[11]. Andererseits könnte ein Liaisonpsychiater voll in das jeweilige Stationsteam integriert sein, nimmt eigenständig Therapieverantwortung wahr und wird nicht erst auf Anforderung tätig. Fließende Übergänge zwischen beiden Tätigkeitsbereichen sind offensichtlich, so dass sich immer mehr der Begriff der Konsiliar/Liaisonpsychiatrie durchsetzt [22]. Des Weiteren sind Überschneidungen zu Bereichen der Medizinpsychologie, zur Psychogynäkologie, Psychokardiologie oder Psychonephrologie entstanden. Die im deutschsprachigen Raum bestehende Trennung zwischen Psychosomatik als einer vornehmlich psychotherapeutisch ausgerichteten Konsiliar- und Liaisonarbeit und der Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie, die das Gesamtspektrum von diagnostischen und therapeutischen Verfahren umschließt, ist in dieser Form international nicht bekannt [7, 8].

Die oben skizzierten Anforderungen an die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie erfordern die Ausbildung eines Psychiaters, der in der Lage sein muss, die über die allgemeine Psychiatrie hinausreichenden Aspekte psychiatrischer und psychosomatischer Komorbidität, Diagnostik und Therapie miteinander zu verbinden. Insbesondere bestehen Überschneidungen mit den Fächern der Medizinpsychologie und Psychosomatik. Hier muss kurz die im deutschsprachigen Raum zu verzeichnende fachärztliche Trennung zwischen »Psychosomatik« und »Psychiatrie« angeführt werden. Dies ist eine Besonderheit, die sich im angelsächsischen Raum so nie entwickelt hat und auch bis heute dort nicht verstanden wird. Im Rahmen der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und -psychotherapie könnte die Trennung beider Bereiche jedoch aufgehoben werden. Auch wird es notwendig sein, bessere Absprachen unabhängig von der Zufälligkeit einer persönlichen Schulung des gerade an einem Krankenhaus arbeitenden Konsiliars aufzubauen [4]. Damit wird jedoch auch eine zunehmend komplexere Qualitätsanforderung an den im Bereich der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie arbeitenden Kollegen gestellt werden. Unstrittig ist, dass der Psychiater, der im somatischen Bereich Patienten mitbetreut, psychogene Einflüsse auf das somatische Krankheitsbild und dessen Heilung erkennt und beeinflussen kann. Er muss in der Lage sein, die Ärzte der anderen medizinischen Fachgebiete nachvollziehbar auf mögliche psychogene Mitfaktoren der somatischen Erkrankung aufmerksam zu machen und somit adäquate Hinweise für die Betreuung des Patienten geben können. Gerade die Erörterung somatischer Differentialdiagnosen für psychische oder Verhaltensauffälligkeiten ist dabei wichtig und stellt eine genuine Aufgabe des Konsiliarpsychiaters dar, deren Erwägung durch den anfordernden Arzt er nicht umstandslos voraussetzen kann. So lag im eigenen Krankengut bei einer Patientin, die unter Umgehung des Konsiliars wegen »psychogener Gangstörungen« auf die gerontopsychiatrische Station verlegt worden war, tatsächlich eine Myositis vor. Der wegweisende Befund einer markanten CK-Erhöhung war erst in der Psychiatrischen Abteilung erhoben worden und die Patientin wurde umgehend in die Neurologische Abteilung zurückverlegt.

Darüber hinaus muss der Konsiliarpsychiater bei zunehmenden neuropsychologischen Fragestellungen neuropsychologisches Wissen erwerben, das deutlich über Kenntnisse in der Diagnosestellung unkomplizierter Aphasien hinausgeht. Er sollte so zum Beispiel auch Sprachmodalitäten differentialdiagnostisch würdigen können und eine Aphasie im Rahmen einer Demenz von der bei zerebraler Ischämie unterscheiden können.

Insbesondere bei Patienten mit postoperativen Verwirrheitszuständen, z. B. im Rahmen eines Delirs bei Demenz oder auf einer Intensivstation mit einer Vielzahl der dort gegebenen zerebral wirksamen Medikamente, kann ein versierter Konsiliarpsychiater Hilfestellung geben: So werden etwa hypoaktive Delirien häufig als »Depression« verkannt und entsprechend unzureichend behandelt [5, 10, 19].

Über das Wissen um somatopsychische Zusammenhänge hinaus sind weitere moderne psychologische Ansätze von Bedeutung. Insbesondere die Theorien zur Krankheitsverarbeitung (Bewältigungsverhalten, Coping) stehen hier im Mittelpunkt. Es handelt sich dabei um Versuche, Krankheitsentstehung und -erhaltung auch durch das Verhalten des Kranken und nicht allein durch die Einwirkung von Noxen zu erklären [13, 16]. Gerade weil der Konsiliarpsychiater hier aber mit z. T. diskreteren oder durch die gleichzeitig vorliegende körperliche Erkrankung pathoplastisch veränderten psychiatrischen Symptomen konfrontiert wird, als dies innerhalb einer psychiatrischen Abteilung der Fall ist, kommt einem Wissen, das über das allgemeine psychopathologische Basiswissen hinausgeht, ein zentraler Stellenwert zu [22, 23]. Gute Kenntnisse der biologischen Medizin ermöglichen es dem Konsiliarpsychiater, im Rahmen des Konsils Laborkonstellationen hinsichtlich zerebraler Implikationen sowie zerebrale Effekte medikamentöser Therapie in Zusammenhang mit dem psychischen Beschwerdebild des Patienten zu erkennen. Ein Konsiliarpsychiater muss in der Lage sein, somatische Befunderhebungen kritisch interpretieren zu können. Der hohe Anteil älterer Patienten erfordert ein spezielles Wissen über gerontopsychiatrische Aspekte [5, 10, 12].

Bei der fachspezifischen psychiatrischen Behandlung von Patienten genügt es bekanntermaßen nicht, den Patienten allein als Problem oder Symptomträger zu sehen. Dies betrifft aber erst recht den Bereich der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Deswegen ist es notwendig, sich mit systemtheoretischen Ansätzen auseinanderzusetzen. Gerade im schwierigen Feld der Zusammenarbeit zwischen somatischer und psychiatrischer Fachrichtung wird dies deutlich. Hierbei ist es notwendig, sich als Konsiliarpsychiater die Frage zu stellen, aus welchem Grund das Konsil angefordert wird. Es muss gefordert werden, dass der Konsiliarpsychiater sich in die dyadische Beziehung zwischen Patient und primär behandelndem Arzt (oder Team) »hineinzudenken« vermag. Dabei muss es dem Konsiliar bewusst sein, dass er selbst sich nicht in einer klassischen Arzt-Patient-Dyade bewegt, sondern vielmehr in einem Dreierfeld zwischen Patient, Stationsarzt und Konsiliar. Nicht zu vergessen ist, dass der Patient unter Umständen aus der Tat-

sache heraus, dass er vermittelt über seinen Stationsarzt mit einem Psychiater in Kontakt treten muss, dieses als Kränkung und Ablehnung empfindet. Dies sollte möglichst zu Beginn des Konsils thematisiert werden, denn dabei kann meistens sehr schnell »das Eis gebrochen werden« [25]. Hilfreich für den Konsiliarpsychiater ist es, sich die Frage zu stellen, wer das Konsil veranlasst hat. Häufig ist die Ursache des angeforderten Konsils nicht allein in einer möglicherweise vorliegenden psychischen Erkrankung des Patienten, sondern darüber hinaus in einer Konfliktsituation des Teams der anfordernden Station zu sehen, das sich hinsichtlich des Umgangs mit einem verhaltensauffälligen Patienten nicht einig ist. Aufgabe des Konsiliarpsychiaters ist es hier, die Situation des Patienten als Objekt eines möglicherweise als bedrohlich erlebten übermächtigen Krankenhauses bzw. einer ängstigenden somatischen Station verstärkt in das Wahrnehmungszentrum der primären Behandler zu rücken. *Saupe* und *Diefenbacher* [22] postulieren typischerweise zwei Konfliktsituationen auf somatischen Stationen, die zu einem psychiatrischen Konsil führen können:

- Zum einen findet man eine Konfliktenstehung zwischen Arzt und Pflegepersonal durch die besondere Situation des Pflegepersonals bezüglich »schwieriger Patienten«. Dieser Konflikt wird dadurch geschürt, dass es einem Arzt möglich ist, sich einer durch einen »schwierigen Patienten« auf der Station entstehenden Spannung durch Verlassen der Station und Ausweichen in Funktionsräume o. ä. zu entziehen. Für das Pflegepersonal besteht diese Möglichkeit nicht. Eine mögliche Konfliktlösung wird dann darin gesehen, den bestehenden Konflikt so umzudeuten, dass die Notwendigkeit eines psychiatrischen Konsils mit der Fragestellung einer Verlegung in die psychiatrische Abteilung bestünde.
- Ein zweiter, ebenso nicht seltener Konflikt entsteht zwischen Arzt und Pflegepersonal aufgrund von unausgesprochenen, unterschiedlichen Ansätzen der ärztlichen und pflegerischen Sicht, die nicht offen thematisiert worden sind. Diese werden als seelische Krise des Patienten uminterpretiert. Diese vermeintliche seelische Krise des Patienten soll nun von einem Konsiliarpsychiater gelöst werden, der Patient ist gewissermaßen »Indexpatient« für einen Konflikt innerhalb des Behandlungsteams.

Letztlich muss es dem Konsiliarpsychiater eigen sein, das institutionelle Geflecht in einem Allgemeinkrankenhaus mit dessen unterschiedlichen Interessen im Blick zu behalten und dabei seine eigenen fachlichen Standards zu behaupten. Er muss wissen, dass sich wandelnde äußere institutionelle Bedingungen von seiner Seite aus mit verschiedenen Verfahrensweisen flexibel beantwortet werden müssen. Wenn dies beachtet wird und das Krankenhaus als System mit wechselnden Rahmenbedingungen, wechselnden Problemstellungen und wechselnden Interessen mitgedacht wird, dann wird der Konsiliarpsychiater seine Arbeit im systemischen Zusammenhang verstehen und lösen können.

Organisation der Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus

Die Notwendigkeit der Zunahme der psychiatrischen Konsultätigkeit im Sinne der Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie bzw. des Liaisondienstes wurde im bisherigen Abschnitt des Artikels begründet. Ebenso ist unstrittig, dass besondere Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung in Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie neben der Ausbildung in allgemeiner Psychiatrie und Psychotherapie bestehen.

Wie kann nun der konsiliarpsychiatrische Dienst organisiert werden?

Die praktische Durchführung der Konsils wird entweder durch einen niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (oder Nervenarzt) oder durch einen Oberarzt oder Facharzt einer psychiatrischen psychotherapeutischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses durchgeführt. Nur Universitätskliniken und Häuser mit größeren Kapazitäten können einen eigenen, aus mehreren Ärzten bestehenden konsiliarpsychiatrischen Dienst einrichten. Dieser wird von einem erfahrenen Psychiater und Psychotherapeuten geleitet. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der supervidierten Durchführung des konsiliarpsychiatrischen Dienstes durch einen erfahrenen Assistenten bzw. Facharztkandidaten in Weiterbildung. Hier wäre es sinnvoll, die Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie in eine Pflichtrotation der Facharzt-Weiterbildungskandidaten aufzunehmen, wie das z. B. schon heute für die Funktionsbereiche Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin und für das Fach Neurologie der Fall ist. Wenn personelle Kapazitäten es ermöglichen, wäre es sinnvoll, den Liaisondienst als eigene Pflichtrotation einzusetzen.

Ganz entscheidend für den Einsatz in der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie ist – wie dies für alle Teilgebiete in der Ausbildung zum Psychiater und Psychotherapeuten gilt – eine strukturierte Einführung in dieses Feld unter Zugrundelegen eines Curriculums sowie berufs- und weiterbildungsbegleitenden Fortbildungsveranstaltungen hausinterner und externer Natur zum speziellen Thema der Konsiliarpsychiatrie [17].

Neben dem entsprechenden theoretischen Hintergrund ist hierbei die regelmäßige und nach Möglichkeit multidisziplinäre Besprechung von Kasuistiken sinnvoll. Hierbei sollte der Konsiliarpsychiater die Organisation und Vorbereitung durchführen, die Veranstaltung jedoch nicht nur Ärzten in der Facharztausbildung Psychiatrie und Psychotherapie, sondern auch für die Ärzte der somatischen Abteilungen öffnen. Nur hierdurch kann erreicht werden, dass insbesondere in somatischen Abteilungen das Aufgabengebiet und die Herangehensweise eines Konsiliarpsychiaters bewusst werden und es z. B. nicht als Kränkung empfunden wird, wenn der Konsiliarpsychiater nochmals somatische Differentialdiagnosen erwägt, die vom anfordernden Arzt guten Glaubens, aber vielleicht doch etwas vorschnell, ad acta gelegt worden waren.

Ein wesentlicher Punkt in der Durchführung der konsiliarpsychiatrischen Arbeit stellt die Dokumentation dar. Insbesondere mit Hinweis darauf, dass Aufzeichnungen des Konsiliarpsychiaters in Arzt- und Verlegungsbriefen genutzt werden, ist es notwendig, Diagnosen und Therapieempfehlungen schriftlich darzulegen und verständlich zu formulieren. Darüber hinaus sollten diese mit dem behandelnden Arzt und dem Pflorgeteam besprochen werden. Eine hinreichende Dokumentation führt zur Verbesserung der späteren ambulanten Weiterversorgung des Patienten und verhindert unnötige zusätzliche Wiederaufnahmen aufgrund von Kommunikationsdefiziten zwischen Krankenhaus und ambulantem Behandler. Hierbei scheint es notwendig, dass der Konsiliarpsychiater aktiv auf die Übernahme seiner Aufzeichnungen in den somatischen Entlassungsbrief hinweist. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, eine an andere Funktionsbereiche der Psychiatrie und Psychotherapie angelehnte Basisdokumentation für den Konsiliardienst zu nutzen. Hierbei ist insbesondere die Dokumentation der Vorgeschichte inkl. psychiatrischer Vorbehandlung und Vormedikation, die Fremdanamnese, die kritische Betrachtung somatischer Voruntersuchungen und Vorbefunde sowie des psychopathologischen Befundes notwendig. Hieraus ergeben sich Diagnose und Behandlungsoptionen. Insbesondere konkrete Hinweise für die Weitervermittlung in eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten im ambulanten Setting scheinen für den behandelnden somatischen Kollegen hilfreich zu sein. Schließlich sollte ebenfalls dokumentiert werden, in welcher Form und in welchen Inhalten der behandelnde somatische Kollege sowie der somatische Pflegedienst über das *Procedere* unterrichtet wurden.

Leider liegen bis heute kaum Standards für die Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie vor. Bis auf wenige bereits jetzt formulierte Mindestanforderungen, vor allem im angelsächsischen Bereich [21], steckt die Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie hier in den Kinderschuhen [4].

Ein deutsches Problem der Organisation ist die ärztlich-psychologische Betreuung von Patienten mit somato-psychischer Komorbidität durch die Koexistenz separater psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosomatischer Dienste. Hier bedarf es des Aufbaus integrierter Versorgungsstrukturen und einer Verbesserung der Absprache zwischen beiden separaten Diensten, wie bereits weiter oben aufgeführt [7, 4]. Einen interessanten Ausblick über interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Somatik zeigen die Medical-Psychiatric-Units in den USA. Hier existieren Stationen, auf denen somatische Kollegen unmittelbar mit Psychiatern zusammenarbeiten, Visiten abhalten und therapeutische Entscheidungen gemeinsam treffen [14].

Ein besonderes Feld stellt die Versorgung von Alten- und Pflegeheimen durch Konsiliarpsychiatern dar. Die Belegungsstruktur von Alten- und Pflegeheimen hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend geändert. So hat die Zahl der pflegebedürftigen Heimbewohner deutlich zugenommen. *Vollhardt* berichtet schon 1993 [27] über einen An-

stieg von 30% 1969 auf 70% 1988. Ein hoher Anteil der Heimbewohner leidet zusätzlich zur körperlichen Erkrankung an einer psychischen Störung, zu einem hohen Maße an dementiellen Syndromen in Verbindung mit Wahnsymptomen, Halluzination oder Depressionen. Gerade bei Vorliegen solcher zusätzlicher Symptome verschärfen sich die ohnehin bestehenden Verhaltensauffälligkeiten infolge der Demenz, was dann die Betreuung dieser Bewohner erheblich erschwert.

Hierbei besteht unstrittig und vielerorts beschrieben eine Mangelversorgung psychisch kranker Heimbewohner. Es wurde bereits 1988 durch die Bundesregierung [2] eine systematische Einführung institutioneller psychischer Konsiliarbetreuung für Heime gefordert. So ist seit vielen Jahren bekannt [20], dass bei Heimbewohnern, die durch das Pflegepersonal als »unkooperativ« beschrieben wurden, tatsächlich eine signifikant erhöhte psychische Komorbidität vorliegt, die ggf. erfolgreich behandelt werden kann. Hier ist insbesondere die fehlende Schulung des Pflegepersonals hinsichtlich psychischer Komorbidität mit Verhaltensauffälligkeiten zu beklagen. Auch besteht die Gefahr eines therapeutischen Nihilismus, der zu einem erhöhten Gebrauch von sedierender Medikation führen kann. Mögliche psychosoziale Interventionen, wie Milieugestaltung und Psychotherapie werden dabei deutlich unterschätzt, obwohl sie durchaus vielversprechend erscheinen [26]. Einzelne Autoren können nachweisen [18], dass eine Intensivierung von psychiatrischer Konsultation in Heimen zu einem reduzierten Gebrauch von Psychopharmaka führt. Dies zeigt die Notwendigkeit regelmäßiger psychiatrischer Visiten in Heimen, die im Sinne von Kooperationsmodellen in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzten erfolgen sollten [12].

Probleme der psychiatrischen Konsultation

Wie oben ausgeführt, ist die Tätigkeit eines Konsiliarpsychiaters eine komplexe Tätigkeit, die unterschiedliche Herangehensweisen in Bezug auf die Diagnostik und Therapie eines psychisch komorbiden Patienten, jedoch auch eine spezifische Sichtweise auf systemische Hintergründe von Konflikten im Allgemeinkrankenhaus erfordert. Darüber hinaus wird der Psychiater auf der somatischen Station häufig als »Mysterium« aufgefasst, seinerseits wiederum bestehen Unsicherheiten, sich auf somatischem Terrain zu bewegen.

Aufgrund der Komplexität der Tätigkeit scheint es hilfreich, Phasen eines psychiatrischen Konsils zu postulieren, wie dies bereits 1961 von *Meier* und *Mendelson* [15] vorgeschlagen wurde:

- Zunächst erfolgt die Initiierung des Konsils. Diese kann Ausdruck einer Verunsicherung des anfordernden somatischen Kollegen im Umgang mit dem Patienten sein und muss dann vom Psychiater uminterpretiert werden (vgl. Abschnitt »Begriffsbestimmung«). Dies erst führt zu der eigentlichen Fragestellung des Konsils.

- Im nächsten Schritt erfolgt die psychiatrische Untersuchung des Patienten. Hier besteht, wie oben beschrieben, die Notwendigkeit, dass neben der psychiatrischen Exploration unter den im Absatz »Organisation der Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus« beschriebenen Aspekten auch die kritische Überschau der somatischen Diagnostik und Therapie erfolgt. Nur so kann der Konsiliarpsychiater einen umfassenden Eindruck gewinnen.
- Zum Dritten erfolgt die Intervention, die wie oben beschrieben nicht nur den Patienten, sondern das gesamte Stationsteam und ggf. auch die Angehörigen des Patienten berücksichtigen muss.

Gesprächsführung und Psychotherapie in der Konsiliarpsychiatrie

Je nach Temperament, Persönlichkeit, Ausbildung und Erfahrung haben Ärzte unterschiedliche Stile entwickelt, um Gespräche mit ihren Patienten durchzuführen. Allerdings kann es durchaus schwerfallen, die Gesprächsführung in Abhängigkeit von den Erfordernissen und Zielen differierender konkreter Situationen zu variieren. Der Konsiliarpsychiater nutzt die Gabe zur flexiblen Gestaltung seiner Gesprächsführung, um den unterschiedlichen Erfordernissen seiner Beratung gerecht zu werden.

Es ist verständlich, dass der Konsiliarpsychiater z. B. im Rahmen der Diagnostik bei einer Patientin mit Verdacht auf komorbide depressive Störung einen anderen Gesprächsstil wählen muss als bei einem Einsatz zur Behandlung eines deliranten Patienten. So lassen sich verschiedene Gesprächsmodelle variieren, unterschiedliche Gesprächsführungsstile abrufen, die entsprechenden Situationen angepasst sind. Im folgenden sollen kurz das diagnostische Gespräch, das beratende Gespräch, das psychotherapeutische Gespräch sowie das Gespräch mit dem Behandlungsteam vorgestellt werden.

Das diagnostische Gespräch steht meist beim Beziehungsaufbau mit einem neuen Patienten im Vordergrund. Zunächst beginnt dieser Gesprächsstil mit offenen Formulierungen, die im weiteren Gespräch zu geschlossenen Fragen führen, die zum einen eine Exploration des Patienten ermöglichen und ihm zum anderen die Möglichkeit geben, eigene Sorgen anzusprechen. Daneben hat sich die klientenzentrierte Gesprächsführung als hilfreich erwiesen. Dem Gesprächspartner wird hierbei Verständnis für das Gesagte vermittelt, auf Kritik und Bewertung des Gesagten verzichtet und die emotionalen Erlebnisinhalte validiert. Dadurch ist man in der Lage, abwehrende Grundhaltungen beim Gesprächspartner abzubauen und eine therapeutische Beziehung zu ihm aufbauen zu können. Unbedingte Akzeptanz und Empathie sind wesentliche Voraussetzung für diesen Gesprächsstil. Eine solche Gesprächsführung ist darüber hinaus geeignet, beruhigend auf angespannte Patienten einzuwirken. Der Patient fühlt sich ernst genommen, kann ohne Beurteilung sein Anliegen vorbringen und erlebt sich weniger hilflos.

Der zweite hervorzuhebende Gesprächsstil ist *das beratende Gespräch*. Dieser Gesprächsstil ist anzuwenden bei Patienten, zu denen bereits eine Beziehung aufgebaut werden konnte und die bereit sind, Informationen aufzunehmen, mit denen sie selbst in der Lage sind, Verhaltensveränderungen in bezug auf sich und ihre Erkrankung zu erwirken. Wichtig hierbei erscheint, dem Patienten die Möglichkeit zu geben in ausreichender Zeit das Gesagte aufzunehmen und zu verarbeiten. Er muss nachfragen können und es muss Raum für eigene Äußerungen des Patienten geben. Häufig tritt bei somatisch arbeitenden Kollegen das Gefühl auf, den Patienten schnell und konzentriert mit allen wichtigen Informationen versorgt zu haben. Vergessen wird dabei jedoch, dass der Patient nicht genügend Zeit erhält, das Besprochene zu verstehen, aufzunehmen und zu verarbeiten. Auch kommt es häufig dazu, dass der Arzt zu schnell Ratschläge erteilt, die einen dirigistischen Charakter haben. Patienten wirken ablehnend, wenn Ärzte vorschnell einordnen und damit die Erfahrungen des Patienten in das Gespräch nicht einfließen lassen. Wenn die subjektive Erlebnisweise des Patienten nicht wahrgenommen wird oder wenn ein Problem des Patienten, unabhängig von seinem konkreten Anliegen, in abstrahierter Form besprochen wird oder er das Gefühl hat, dass seine Erlebnisse abgewertet werden, dann führt das zur Schädigung der Beziehung zwischen Patienten und Arzt. Dies sollte durch die Wahl einer geeigneten Gesprächsführung zu vermeiden sein. Ein adäquater Gesprächsstil führt dazu, dass der Patient sich verstanden und in seinen Sorgen angenommen fühlt und auch seltener nach Behandlungskomplikationen eine gerichtliche Auseinandersetzung erwägt, als wenn er sich nicht ausreichend wahrgenommen erlebt hat [21].

Zum dritten ist *das psychotherapeutische Gespräch* zur erwähnen. Hierbei ist zu beachten, dass im Rahmen der konsiliarpsychiatrischen Behandlung durch die kurze Liegedauer der Patienten therapeutische Kontakte auf nur wenige oder gar eine einzelne Sitzung konzentriert bleiben müssen. Hierbei ist es wichtig, voraussetzend verständlich zu machen, dass nach psychotherapeutischem Verständnis eine Krankheit für den Betroffenen einen Verlust an zuvor bestehender Funktionsfähigkeit darstellt. Der Patient versucht eine kognitive und affektive Bearbeitung dieses Prozesses. Dies kann zur Leugnung der Krankheit, zu Hilflosigkeit, Angst, Wut und Depression führen. Hierbei ist die Aufgabe des Konsiliarpsychiaters, dies einerseits zu erkennen, z. B. als Zeichen der Noncompliance mit der medizinischen Behandlung, und andererseits unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des Patienten und der Ausprägung des vorliegenden psychopathologischen Befundes eine supportive oder aufdeckende psychotherapeutische Behandlung zu beginnen. Ein wichtiges Mittel des supportiven Herangehens ist dabei die Suggestion oder das Abreagieren von Affekten auf der Grundlage einer positiven Übertragungsbeziehung. Dies muss durch den Konsiliar aktiv gefördert werden. Darüber hinaus ist der Einsatz von Psychopharmaka zur raschen und kurzfristigen Beherrschung ausgeprägter Reaktionen nützlich und sinnvoll. Sind eher persönlich-

keitseigene Variablen vorherrschend, ist ein primäres psychotherapeutisches Vorgehen sinnvoll, ebenfalls wiederum mit patientenorientierter Anwendung eher supportiver oder aufdeckender psychotherapeutischer Zugänge.

Zuletzt soll auch die Gesprächsführung mit dem unmittelbaren Behandlungsteam erörtert werden. Hierbei ist es, wie oben berichtet, von großer Notwendigkeit, die dokumentierten Behandlungsempfehlungen mit dem Team der entsprechenden Station zu besprechen. Wichtig erscheint insbesondere, im Pflorgeteam Raum zur Schilderung persönlicher Eindrücke, aber auch zu Fragen im Umgang mit dem Patienten zu lassen, um damit als Konsiliarpsychiater wesentliche zusätzliche Informationen zur eigenen Urteilsbildung zu gewinnen. Als sinnvoll hat sich hierbei erwiesen, dass der Konsiliarpsychiater die Übergabesituation des Pflorgeteams besucht. Ebenfalls sinnvoll ist es, Verhaltensempfehlungen für das Pflorgeteam in ein bis zwei einfachen Formeln zu skizzieren. So muss zum Beispiel bei einem unruhigen dementen Patienten erläutert werden, dass sich das somatische Pflorgeteam durchaus, wenn möglich, auf die eigene Welt des Dementen einlassen soll und ihn nicht regelhaft mit der Realität zu konfrontieren und zu frustrieren hat und wie man dadurch eine Reduktion etwa bestehender Unruhe erzielen kann.

Durch solche Beispiele gelingt es dem Konsiliarpsychiater, eine Vertrauensbasis herzustellen, die ihn als Mittler zwischen den Vorstellungen des Teams und den psychischen Problemen des zu behandelnden Patienten erleben lässt. Damit kann der therapeutische Fortschritt für den entsprechenden Patienten deutlich beschleunigt werden.

Coping-Strategien bei körperlichen Erkrankungen

Das Konzept des Copings [16] ist im Rahmen der Konsiliarpsychiatrie wichtig. Es ermöglicht dem Konsiliarpsychiater, den Patienten nicht über seine Defizite, sondern über seine Bewältigungsstrategien wahrzunehmen und ihn damit als Hauptgestalter seines Krankheitsverlaufes zu begreifen. Bei schweren, insbesondere bei chronischen Erkrankungen treten häufig Bewältigungsprobleme auf, die in engem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. Das Repertoire an aktiven Bewältigungsstrategien eines Patienten wird als Coping bezeichnet. Das aktive Verhalten eines Patienten, mit seiner Erkrankung zurechtzukommen, wird bei Zunahme der chronischen Erkrankung immer bedeutsamer für das Behandlungsergebnis. Das Coping-Konzept ist ein psychologisches Modell, bei dem versucht wird, den eigenen Anteil des Patienten am Verlauf einer Erkrankung und dem Therapieergebnis zu erfassen. Es geht davon aus, dass der chronische Verlauf einer Erkrankung zunehmend vom Patienten selber abhängt und er aktiv an den Behandlungszielen beteiligt sein muss, um die für ihn annehmbare Lebensqualität zu erzielen. Dimensionen des Coping-Verhaltens sind: die aktive problemlösungsorientierte Verhaltensweise, die lösungssuchende Verhaltensweise sowie selbstbeschwichtigende und die Situation umdeutende gedankliche

Operation. Darüber hinaus das Trösten, das Selbst-Trösten und das Affektausagieren [16].

Vom Konsiliarpsychiater verlangt die Berücksichtigung des Bewältigungsverhaltens einen speziellen Blickwinkel auf den Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung. Aufgabe des Gespräches kann es nicht sein, die Defizite des Patienten aufzudecken. Vielmehr steht im Mittelpunkt zu erfragen, wo seine persönlichen Bewältigungsstrategien in der Vergangenheit gelegen haben, und herauszufinden, welche Strategien der Bewältigung der Patient bereits jetzt gut nutzt. Die Qualität des Coping-Verhaltens hängt dabei von der Grundpersönlichkeit des Patienten, seiner Lerngeschichte und der Art seiner subjektiven Wahrnehmung des Problems ab.

Darüber hinaus wird Coping neben den spezifischen Eigenschaften der Persönlichkeit von Umweltfaktoren, z. B. dem sozialen Umfeld, beeinflusst. Hier setzt die Therapie des Konsiliarpsychiaters im Sinne einer kurztherapeutischen Intervention an. Zum Beispiel könnte dies durch ein Gespräch initiiert werden, das darstellt, welche Stärken der Patient hat und was er in der Vergangenheit Positives erreicht hat, um damit den Blickwinkel des Patienten auf seine eigenen Bewältigungsreserven zu lenken. Damit wird eine gezielte Sicht auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen des Patienten unabhängig von seiner Einengung durch die entstandene Angst möglich. Wichtig ist dabei zu wissen, dass im Mittelpunkt nicht einfach die wirklichen und objektivierbaren Schwierigkeiten, z. B. der chronischen Erkrankung, für den Patienten stehen, sondern deren subjektive Wertung durch den Patienten. Ansatzpunkt ist für den Konsiliarpsychiater, die subjektive Sicht des Patienten auf das anstehende Problem durchzuarbeiten. Damit wird im ersten Schritt zunächst die Problemwahrnehmung er- und bearbeitet und im zweiten Schritt kann dann eine aktive Modifikation im Rahmen der kognitiven Intervention erzielt werden.

Verschiedene Autoren [13, 16, 22] schlagen ein dreistufiges Vorgehen zur Evaluierung der Coping-Ressourcen eines Patienten vor:

1. Zunächst soll der Patient schildern, wodurch er am meisten beeinträchtigt wird. Dabei ist nicht allein die inhaltliche Aussage des Patienten bedeutsam, sondern insbesondere auch seine Art der Beschreibung. Hier lassen sich Persönlichkeitszüge zwischen den Polen übergengenau-zwanghaft und impressionistisch-histionisch erkennen.
2. Danach wird der Patient nach seinen Konzepten und Strategien befragt, mit denen er in der Vergangenheit mit ähnlichen Belastungen umgegangen ist. Dabei können verschiedene Formulierungshilfen genutzt werden, z. B. für die Affektumkehr: »Nehmen Sie die Dinge eher leichter?«, für den rationalen Coping-Stil: »Hätten Sie gern mehr Informationen über ihre Krankheit?«, für das Ausagieren: »Sind Sie eher in der Stimmung, etwas Unsinniges zu tun?«, oder die Suche nach Alternativen: »Versuchen Sie, ihre Anspannung durch Essen (Trinken/Drogen) abzubauen?«

- Erst in der dritten Phase sollte man über die vom Patienten präferierten Bewältigungsstrategien sprechen. Hierbei ist es sinnvoll, Vor- und Nachteile der bisherigen Strategie gegeneinander abzuwägen, um dann unter Anleitung des Patienten ergänzende oder alternative Strategien zu erarbeiten. Hierbei wird deutlich werden, wie sehr Funktionalität bzw. Dysfunktionalität der Coping-Mechanismen durch die Persönlichkeitsstruktur oder innerpsychische Prozesse beeinflusst wird. Dies wiederum kann Ausgangspunkt für die Intervention des Konsiliarpsychiaters sein.

Schlussbetrachtung und Ausblick

Mit zunehmender Integration psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern kommt es über den Psychiater Schritt für Schritt zur Etablierung moderner psychiatrischer und psychotherapeutischer Konzepte und Verfahren in den somatischen Fachrichtungen. Dies wird von den Patienten mehr und mehr akzeptiert und als überwiegend positiv beurteilt [25]. Es trägt zu einer besseren Versorgung von somatischen Patienten mit psychischer Komorbidität bei. Auch unter den anfordernden somatischen Ärzten wächst die Akzeptanz gegenüber der Konsiliarpsychiatrie. Hierbei sollte der Konsiliarpsychiater jedoch folgendes beachten, um die Compliance der von ihm beratenen Ärzte mit seinen diagnostischen und therapeutischen Vorschlägen zu verbessern:

Zum einen kann ein psychiatrisches Konsil im Rahmen der Konsiliarpsychiatrie nur als schriftlich dokumentiertes Konsil standhalten. Es sollte einen differenzierten psychopathologischen Befund, die psychiatrische Diagnose (ggf. mit somatischen Differentialdiagnosen) und einen nachvollziehbaren Therapieversuch enthalten. Vorschläge bezüglich der Psychopharmakotherapie müssen mit entsprechendem Dosierschema, Interaktionsspektrum und Nebenwirkungen gesehen werden. Darüber hinaus muss der behandelnde somatische Kollege ggf. über die Latenz des Wirkeintritts von Psychopharmaka informiert werden. Beim Einsatz psychotherapeutischer Verfahren sollte das Verfahren kurz erläutert werden und konkrete Handlungsanweisungen bezüglich des ggf. ambulant weiter behandelnden Therapeuten gegeben werden. Wichtig scheint darüber hinaus die persönliche Beratung des somatischen Kollegen und wie oben erwähnt des therapeutischen Teams. Zur weiteren Integration des Psychiaters in der somatischen Medizin sind vielerlei kooperative Ansätze denkbar. Insbesondere im Rahmen der Behandlung von Schmerzpatienten, onkologischen Patienten und bei der Behandlung von geriatrischen Patienten ist dies offenkundig.

Abschließend seien [4] in zehn Punkten wesentliche Aspekte der praktischen Konsiliarpsychiatrie zusammengefasst, auf deren Grundlage eine fruchtbare Kooperation zwischen Konsiliar und anforderndem Arzt gedeihen kann (vgl. Tab. 1).

Zehn Gebote der Konsiliarpsychiatrie

- Kläre die Dringlichkeit des Konsiliums (Notfall oder Routine).
- Nimm **persönlichen Kontakt zum Anforderer** auf.
- Lege Wert darauf, dass der **Patient über die Durchführung des Konsiliums informiert** wurde.
- Falls erforderlich, **präzisiere die Fragestellung** oder entwickle sie zusammen mit dem Anforderer.
- Bilde Dir ein **eigenes Urteil** und verzichte nie auf die eigenhändige Durchsicht der Krankenblattunterlagen.
- Setze keine psychiatrischen Kenntnisse voraus**, verlasse Dich insbesondere nicht darauf, dass alle in Frage kommenden organischen Differentialdiagnosen abgeklärt sind.
- Verfasse Deinen Befund kurz**, spezifisch (orientiert am Zielproblem) und so, dass er auch von psychiatrischen Laien verstanden und umgesetzt werden kann.
- Denke daran, dass die Anforderer keine Spezialisten in Psychopharmakotherapie sind: **Kläre** also auch sie (und nicht nur den Patienten!) **über mögliche UAW auf** und informiere über durchzuführende Maßnahmen.
- Denke daran, konkrete Ratschläge für eine ggf. erforderliche **Weiterbehandlung** zu geben, und wirke darauf hin, dass die psychiatrische Diagnose, falls erforderlich, im Entlassungsbrief aufgenommen wird.
- Bliebe über Entwicklungen in den von Dir betreuten somatischen Fächern auf dem Laufenden.

Tab. 1: Zehn Gebote der Konsiliarpsychiatrie

Literatur

- Arolt V: Die Häufigkeit psychischer Störungen bei körperlich Kranken. In: Arolt V, Diefenbacher A (ed): *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. Steinkopff Verlag, Darmstadt 2004, 19-53
- BMFJG - Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. 1988
- Bullinger M, Schmidt S, Morfeld M: Lebensqualität bei körperlichen Erkrankungen. In: Arolt V, Diefenbacher A (ed): *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. Steinkopff Verlag, Darmstadt 2004, 86-99
- Diefenbacher A: Erkrankungen im Grenzbereich zwischen Psyche und Soma aus konsiliar-liaisonpsychiatrischer Sicht. *Die Psychiatrie* 2006; 3: 24-29
- Diefenbacher A: Konsiliar- und Liaisondienste. Erfahrungen und Perspektiven. In: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Kirchen-Peters S (ed): *Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance?* Bundesministerium für Gesundheit 2005, 71-88
- Diefenbacher A: Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. In: Helmchen H et al. (ed): *Psychiatrie der Gegenwart*. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 1999, 433-456
- Diefenbacher A: Psychiatry and psychosomatic medicine in Germany: lessons to be learned? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39: 782-794
- Diefenbacher A: Consultation-Liaison Psychiatry in Germany. In: *Consultation-Liaison Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland*. Karger, Basel 2004
- Diefenbacher A, Arolt V: Konsiliarpsychiatrische Versorgung – Entwicklung und Perspektiven. In: Arolt V, Diefenbacher A (ed): *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. Steinkopff Verlag, Darmstadt 2004, 54-79
- Draper B, Melding P: *Geriatric consultation liaison psychiatry*. Oxford University Press, Oxford 2001
- Elstner S, Diefenbacher A: Psychotherapie im Konsiliar-Liaisondienst. In: Arolt V, Kersting A (ed): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer Heidelberg (in Vorbereitung)

12. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Kirchen-Peters S (ed): Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Bundesministerium für Gesundheit 2005
13. Kächele H, Steffens W: In: Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie körperlicher Krankheiten. Springer, Berlin 1988
14. Kwentus J, Kathol RG: Integrierte medizinische und psychiatrische Stationen und Behandlungskonzepte – Implementierung eines neuen Versorgungsmodells. In: Diefenbacher A (ed): Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York 1999, 161-176
15. Meyer E, Mendelson M: Psychiatric consultations with patients on medical and surgical wards: Patterns and Process. *Psychiatry* 1961; 24: 197-220
16. Muthny FA: Krankheitverarbeitung bei körperlichen Erkrankungen und Erfordernisse des psychosozialen Konsiliardienstes. In: Arolt V, Diefenbacher A (ed): *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. Steinkopff Verlag, Darmstadt 2004, 101-121
17. Niklewski G, Diefenbacher A, Hohagen F: Fortbildung in Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie: Vorgaben, Inhalte und Durchführung – Vorschlag für ein Curriculum. *Nervenarzt* 2007, 78: 111-115
18. Nißle K: Evaluation eines gerontopsychiatrischen ambulanten Behandlungskonzeptes. *Psychiatr Prax* 1994; 21: 143-146
19. Reischies FM, Diefenbacher A: Demenz-Screening bei älteren psychiatrischen Konsiliarpatienten im Allgemeinkrankenhaus. *Med Klin* 2000; 300-304
20. Rovner BW, Steele CD, German P, Clark R, Folstein MF: Psychiatric diagnosis and uncooperative behavior in nursing homes. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1992; 5: 102-105
21. Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists: Psychological care of medical patients – A practical guide. 2nd Ed. 2003, RC Psych Council Report No. CR 108
22. Saupe R, Diefenbacher A (ed): *Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1996
23. Saupe R, Diefenbacher A, Härter M: Konsiliar- und Liaison-Dienste für psychische Erkrankungen. In: Berger M (ed): *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie*. Urban & Fischer, München/Jena 2004
24. Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler Ch et al.: Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen in der Neurologie. *Nervenarzt* 1994; 65: 680-688
25. Windgassen K, Weißen PH, Schmidt K: Vorurteile und Urteile. Die psychiatrische Konsiliaruntersuchung aus der Sicht des Patienten. *Psych Praxis* 1997; 24: 134-137
26. Wojnar J, Bruder J: Psychotherapeutische Unterstützung pflegebedürftiger alter Menschen in Heimen. *Z Gerontopsychol Psychiatr* 1995; 8: 163-168
27. Vollhardt BR: Landesärztliche Tätigkeit in Altenheimen in Nordrhein-Westfalen. *Psycho* 1993; 19: 369-375

Interessenskonflikt:

Der korrespondierende Autor versichert, dass das Thema unabhängig und produktneutral präsentiert wurde. Verbindungen zu einer Firma, die ein genanntes Produkt bzw. ein Konkurrenzprodukt herstellt oder vertreibt, bestehen nicht.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Torsten Kratz
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Funktionsbereich Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)
Herzbergstraße 79
10365 Berlin
e-mail: T.Kratz@keh-berlin.de