

Konsiliarpsychiatrie

P. Herzig

Einleitung

Die Ausführungen von Prof. R. Krapf zur Konsilienskultur [1] sind sowohl inhaltlich zu begrüssen als auch darum sehr willkommen, weil die Thematik der konsiliarärztlichen Tätigkeit (unabhängig von der Fachspezifität) meines Wissens in der Literatur äusserst stiefmütterlich behandelt und kaum kritisch reflektiert wird. Ich kann mich nicht erinnern, in den gängigen Zeitschriften in letzter Zeit einen Artikel zum Thema gelesen zu haben, und es ist mir auch kein entsprechendes Lehr- oder Handbuch bekannt. Eine kurze Recherche auf den einschlägigen Internet-sites hat keine Resultate erbracht.

Der genannte Artikel veranlasst mich, einige ergänzende Überlegungen beizusteuern. Ich tue dies aus der Erfahrung als praktizierender Psychiater, der seit 14 Jahren für das Spital Limmattal (Schlieren/ZH; Schwerpunktspital mit Grundversorgungsauftrag) konsiliarisch tätig ist und der in dieser Zeit ziemlich genau tausend Konsilien bei hospitalisierten Patienten durchgeführt hat. Während der Autor des genannten Artikels hauptsächlich die Sichtweise des Klinikdirektors und Auftraggebers vertritt, ist meine Optik jene des externen Konsiliararztes, mithin ausschliesslich jene des Auftragnehmers.*

In bezug auf die Definition eines Konsiliums stütze ich mich im wesentlichen auf die im erwähnten Artikel gegebene Beschreibung. Es handelt sich um den Beizug eines für ein bestimmtes (Teil-)Fachgebiet spezialisierten Kollegen, der bezüglich einer im Auftrag formulierten Fragestellung den Patienten untersucht und beurteilt und daraufhin auf der Basis der Untersuchungsergebnisse dem auftraggebenden Arzt einen Rat bezüglich des weiteren Vorgehens gibt. Ein Konsiliarauftrag kann spitalintern erteilt werden (z. B. einem Internisten mit Subspezialität Gastroenterologie für eine Magenspiegelung bei einem Patienten auf der chirurgischen Abteilung), oder es können externe (z. B. niedergelassene) Ärzte dafür beigezogen werden, wenn die entsprechende Spezialrichtung am Spital selbst nicht vertreten ist (z. B. ein Neurologe, ein Psychiater usw.). Es ist selbstverständlich, dass im Prinzip die Einwilligung des Patienten zur Durchführung eines Konsiliums vorliegen muss. Fehlt dieses Einverständnis und gelingt es nicht, den Patienten zur Kooperation zu gewinnen, so kann

sich der Stationsarzt gegebenenfalls telefonisch vom Konsiliarius beraten lassen. Wenn kein persönlicher Eindruck gewonnen werden kann, bleibt die Beurteilung jedoch mit zahlreichen Unsicherheiten behaftet.

Auftragsverhältnis

In der gegebenen Position besteht ein vertraglich festgelegtes klares Auftragsverhältnis, bei dem das Spital bzw. der zuständige Spitalarzt der Auftraggeber ist. Meine Rolle ist jene des Beraters, der von aussen beigezogen wird. Bei dieser Auftragslage sind die Grenzen relativ klar, und das Risiko ist verhältnismässig gering, dass sich diese verwischen und es zu unklaren Situationen oder Konflikten in bezug auf die Frage kommt, wer für die Behandlung zuständig ist.

Es ist in diesem Verhältnis auch einfacher zu beachten, dass die Entscheidungskompetenzen letztlich immer bei den Spitalärzten liegen und niemals beim Konsiliarius. Die Empfehlungen des Konsiliararztes sind immer Ratschläge, welche die Spitalärzte annehmen können (was sie in der Regel tun), in Einzelfällen gegebenenfalls aber auch nicht.

Zielsetzung

In erster Linie soll ein psychiatrisches Konsilium eine *Diagnose* zum Ziel haben, welche Möglichkeiten eröffnet, das *weitere Procedere* festzulegen. In akuten, dringenden Fällen, welche eine *rasche, fachgerechte Intervention* erfordern, kann diese gegebenenfalls ausnahmsweise durch den Konsiliarius selbst erfolgen.

Was beinhaltet die konsiliarärztliche Aufgabe?

Bei einem Konsilium (insbesondere einem psychiatrischen) handelt es sich um eine sehr komplexe Aufgabe. Diese umfasst die folgenden Stationen:

Sammeln von Informationen

Zu Beginn des Konsiliums steht das Sammeln von Informationen. Als Auskunftsquellen kom-

* An dieser Stelle muss auf den Unterschied zwischen Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie hingewiesen werden. Ein privat praktizierender Psychiater kann generell lediglich tagsüber zur Verfügung stehen. Im Prinzip hat die private Praxis grundsätzlich Vorrang. Ein Liaisonpsychiatrischer Dienst, der z. B. durch eine Poliklinik gestellt wird, mit Personal gut dotiert und direkt einem Spital angeschlossen ist, verfügt in dieser Hinsicht über wesentlich mehr Möglichkeiten und kann gegebenenfalls einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst gewährleisten.

1 Krapf R. Konsilienskultur. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(3):156-60.

Korrespondenz:
Dr. med. Peter Herzig
Bremgartnerstrasse 11
CH-8953 Dietikon

men (nebst dem Patienten selbst) je nach Fall folgende Instanzen in Frage: der Stationsarzt (die Krankengeschichte), das Pflegepersonal (die Pflegeberichte/Kardex), Angehörige, der Hausarzt, Psychotherapeuten, Sozialdienste, Berichte von psychiatrischen Kliniken, manchmal auch Seelsorger.

Es gilt der Grundsatz, dass möglichst viele Informationen von möglichst vielen Quellen zusammengetragen werden sollen. Dies ist sinnvoll, weil ein Konsilium immer eine Querschnittuntersuchung darstellt: Der persönliche Eindruck, welchen der Konsiliararzt vom Patienten gewinnt, ist nicht selten verzerrt und nur bedingt repräsentativ, weil das momentane psychische Befinden von zahlreichen Faktoren abhängig ist und rasch wechseln kann. Aus diesem Grund soll versucht werden, mittels erweiterter Informationen eine Längsschnittdimension zu gewinnen, z. B. in bezug auf den Verlauf während der letzten Zeit (je nachdem Tage, Wochen, Monate).

Direkter Kontakt mit dem Patienten

Als nächstes erfolgt in der Regel der direkte Kontakt mit dem Patienten selbst. Hier geht es darum, mit dem Patienten einen möglichst vertrauensvollen *Kontakt* herzustellen, so dass dieser die Bereitschaft aufbauen kann, einem ihm bis anhin völlig unbekanntem Menschen eine gewisse Offenheit entgegenzubringen. In diesem Zusammenhang stellt sich nicht selten auch die Aufgabe, Vorurteile gegenüber Psychiatern bzw. der Psychiatrie abzubauen. Zu diesem Zweck darf sich die Gesprächsführung nicht an einem starren Checklistsenschema orientieren, und der Konsiliarist muss sich ein Stück weit flexibel den persönlichen Eigenheiten des Patienten anpassen und empathisch auf seine Schilderungen eingehen.

Während des Interviews muss sich der Konsiliarist aber gleichzeitig konzentrieren auf seine *diagnostische Aufgabe*. Es handelt sich um eine konzentrierte prozessuale Diagnostik: In Frage kommende Diagnosen müssen bedacht, die geschilderten Symptome und die aktuellen psychopathologischen Befunde laufend den in Frage kommenden Diagnosen zugeordnet werden. Aus der Gesamtheit der zur Verfügung stehenden Informationen entsteht (im Idealfall) schrittweise ein Bild der Person und einer (oder mehrerer) möglichen Diagnose(n). Dabei ist auch zu beachten, dass psychiatrische Diagnosen als Entitäten ausschliesslich im Lehrbuch vorkommen, niemals aber im wirklichen Leben. Menschen sind komplexe Geschöpfe, und diese Komplexität muss im Lauf einer konsiliarischen

bzw. diagnostischen Beurteilung (künstlich) aufgeteilt werden in fassbare diagnostische Einheiten. Dabei spielen nicht nur klinisch bedeutungsvolle Symptome und die Psychopathologie eine Rolle, sondern auch Persönlichkeitsmerkmale, biographische Einflüsse, durch die aktuelle Situation bedingte Verhaltensformen usw.

Es gilt ebenso, die *Kooperationsbereitschaft* bzw. die *intellektuelle Kapazität* des Patienten abzuschätzen. Die eigenen Äusserungen (Sprache, Informationsfülle usw.) müssen diesen Parametern angepasst werden, damit nicht am Patienten vorbeikommuniziert wird. Sinn und Zweck dieser Haltung ist das Erarbeiten eines *Konsenses* mit dem Patienten.

In diesem Zusammenhang muss gegen Ende des Interviews eine *zusammenfassende Beurteilung* der Situation mitgeteilt werden. Nicht selten geht es hier auch darum, den Patienten zu beruhigen und ihm zu verstehen zu geben, dass seine psychische Symptomatik nachvollziehbar ist. Wenn es angebracht scheint, kann es wertvoll und für den Patienten enorm entlastend sein, das psychische Problem als Reaktion z. B. auf eine belastende Lebenssituation zu erklären und nicht als Ausdruck einer Geisteskrankheit. An diesem Punkt wird deutlich, dass eine konsiliarische Beurteilung fast immer auch eine therapeutische Komponente beinhaltet. Man kann diese Haltung als eine «theragnostische» Mischung von Diagnostik und Therapie bezeichnen, welche auf der Einsicht und Erfahrung basiert, dass es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren, und jeder intersubjektive Kontakt auf beiden Seiten Reaktionen auslöst (die in der vorliegenden Situation im günstigen Fall eine therapeutische, im ungünstigen Fall eine schädigende Wirkung haben kann).

Aus der Beurteilung erwächst das *Skizzieren eines vorläufigen Behandlungsziels*. Damit verbunden sind das Aufzeigen einer therapeutischen Möglichkeit und damit das Schaffen einer *Perspektive* als Ausweg aus dem gegenwärtigen Leiden. Diese Optionen sind vorsichtig und betont im Sinne von *Möglichkeiten* darzulegen, um nicht Gefahr zu laufen, beim Patienten unrealistische Hoffnungen zu wecken, welche über kurz oder lang zwangsläufig enttäuscht werden.

Wenn der Patient die Beurteilung und die daraus erwachsenden Möglichkeiten im wesentlichen akzeptieren kann, so kann auf dieser Basis eine *Strategie für die Therapie* entwickelt werden. Dazu müssen oftmals Informationen vermittelt werden, z. B. über stationäre oder ambulante therapeutische Behandlungen, über soziale Betreuungsmöglichkeiten, über medikamentöse Be-

handlungen und die damit verbundenen Kenntnisse (etwa über mögliche Wirkungen bzw. Nebenwirkungen usw.).

Um das *Patientengeheimnis* zu schützen, kann es die Situation unter Umständen erfordern, dass vereinbart wird, welche Informationen vom Konsiliarius an den auftraggebenden Stationsarzt weitergegeben werden dürfen und welche als vertraulich zu behandeln sind. Dieser Umstand ist nicht in jedem Konsilium relevant, je nach Inhalt des Gesprächs darf er aber keinesfalls vergessen werden. Mit der expliziten Frage an den Patienten, welche Informationen er als vertraulich behandelt haben will, spricht ihm der Konsiliarius explizit Autonomie und Entscheidungsfreiheit zu, und dadurch auch Mit- bzw. Eigenverantwortung für seine Situation und das weitere Vorgehen.

Eine wesentliche Herausforderung bei einem psychiatrischen Konsilium ist der Umstand, dass innert kürzester Zeit ein möglichst vertrauensvoller und tragfähiger Kontakt hergestellt werden sollte und gleichzeitig die notwendigen diagnostischen Schritte (z.B. Erfragen von Symptomen) nicht vernachlässigt werden dürfen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass psychiatrische Patienten gerade in Hinsicht auf die Beziehungsfähigkeit oftmals beschränkte persönliche Kompetenzen haben oder durch die psychische Störung selbst in einer Weise beeinträchtigt sind, dass die Beziehungsgestaltung erschwert oder zeitlich stark verzögert ist.

Während des Abklärungsgesprächs muss sich der Konsiliarpsychiater also laufend und flexibel auf verschiedenen Ebenen bewegen. Die Aufgabe kann gesehen werden als ein Sammeln und Ordnen von Puzzleteilen, die zu unterschiedlichen Folien gehören. Diese Folien müssen schliesslich übereinandergelegt werden, so dass ein möglichst vollständiges Bild des Patienten und seiner gesundheitlichen Situation sowie der daraus resultierenden Notwendigkeiten und Möglichkeiten entsteht. Dieses Vorgehen unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der üblichen klinischen Diagnostik, aber die zur Verfügung stehende Zeit ist stark limitiert, und am Ende muss ein konkretes Resultat vorliegen.

Information des Stationsarztes und des Pflegepersonals

Ist die Arbeit mit dem Patienten selbst abgeschlossen, folgt die Information des Stationsarztes und nach Möglichkeit auch die des Pflegepersonals. Hier geht es in erster Linie um die *Zusammenfassung* der Befunde und des Vorschlags für das weitere Vorgehen. Es ist grundsätzlich eine Diskussion mit dem zuständigen Arzt anzu-

streben, weil an diesem Punkt des Ablaufs die Möglichkeit besteht, *didaktische bzw. agogische Momente* einfließen zu lassen. R. Krapf betont in seinem Beitrag die Bedeutung von Konsilien für die Ausbildung der Stationsärzte. Es muss ergänzt werden, dass auch auf seiten des Pflegepersonals ein grosser Bedarf (und in der Regel auch ein ausgeprägtes Bedürfnis) nach fallbezogenen, fachlichen Informationen besteht und es sehr geschätzt wird, wenn der Konsiliararzt sich dafür Zeit nimmt. Nebenbei ergibt sich damit ein sehr wünschenswerter Langzeiteffekt: Der Konsiliararzt wird verstärkt als (wenn auch externes) Teammitglied erlebt. Wenn das Pflegepersonal Wertschätzung und Aufmerksamkeit erfährt, wird die Zusammenarbeit einfacher und der Informationsfluss besser.

Krankengeschichte

Abschliessend müssen die erhobenen anamnestischen Angaben, die Symptomatik, die Befunde, die Beurteilung und die Vorschläge für das weitere Vorgehen in der Krankengeschichte dokumentiert werden. Es empfiehlt sich, dies möglichst ohne Zeitverlust zu erledigen, damit die Informationen umgehend dem nächsten Dienstarzt bzw. andern involvierten Ärzten (Oberärzte usw.) und gegebenenfalls dem Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Formal ist darauf zu achten, dass die Beurteilung und vor allem die Vorschläge möglichst konkret und verständlich formuliert werden.

Welche Qualifikation muss der Konsiliarpsychiater erfüllen?

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass die psychiatrische Konsiliartätigkeit eine Aufgabe darstellt, welche hohe Ansprüche an die Qualifikation des Konsiliararztes stellt. Notwendig sind:

- Hohe fachliche Kompetenz, diagnostische Erfahrung und Sicherheit.
- Gute personale Kompetenz in bezug auf Kontakt- und Beziehungsfähigkeit.
- Fähigkeit zu speditivem Arbeiten – die zur Verfügung stehende Zeit ist eng begrenzt!
- Hohe Flexibilität und integrative Fähigkeiten im Umgang mit verschiedenen Instanzen (Konsensbildung). Wenn Machtansprüche bestehen und entsprechende Konflikte entstehen, so behindert dies eine gute Zusammenarbeit, und letztlich zahlt dafür hauptsächlich der Patient den Preis. In dieser Hinsicht hilft ein gutes Bewusstsein für die eigentliche Natur des Auftrags, dass sich nämlich der Konsiliarius in der Rolle eines

- Ratgebers befindet, der gegebenenfalls auch akzeptieren und aushalten muss, dass sein Rat für einmal nicht oder lediglich teilweise befolgt wird.
- Ein gesunder Sinn für Pragmatismus in der gegebenen Situation. Die vorhandenen Möglichkeiten müssen erkannt und ausgeschöpft werden, aber genauso müssen die Einschränkungen und Grenzen respektiert und in die Überlegungen miteinbezogen werden.
 - Bewusstheit für den «theragnostischen» Aspekt der Tätigkeit. Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren, und jegliche diagnostische Tätigkeit beinhaltet im Idealfall immer bereits ein Stück Therapie (im schlechten Fall stellt sie eine Noxe dar)! Die psychiatrische Arbeit allgemein ist ein stetes Oszillieren zwischen einführender Empathie und Anteilnahme am persönlichen Schicksal des Patienten einerseits und der kritischen, ordnenden und beurteilenden Distanz des Diagnostikers andererseits. Diese Haltung gilt auch für die konsiliarische Tätigkeit.

Schlussfolgerungen

Aus dem Gesagten lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Psychiatrische Konsiliartätigkeit soll durch erfahrene und entsprechend kompetente Ärzte geleistet werden.
- Eine spezifische Aus- und kontinuierliche Fortbildung von interessierten Ärzten für konsiliarische Tätigkeit wäre sinnvoll und grundsätzlich zu fordern.
- Weniger erfahrene Konsiliarärzte können von regelmässiger Supervision bzw. einem Coaching durch erfahrene Kollegen wichtige Impulse erhalten.
- Zum Thema existiert offenbar kaum Literatur, ein Defizit, das behoben werden sollte.
- Das Bewusstsein der spitalinternen Kaderärzte für die spezifische Problematik und die Komplexität der psychiatrischen Konsiliartätigkeit sollte laufend gefördert werden.
- Und schliesslich: Die Honorierung der psychiatrischen Konsilien nach TARMED wird der Komplexität der Aufgabe leider überhaupt nicht gerecht.

Dank

Ohne die kritische Durchsicht von Dr. med. Lilli Herzig, Epalinges, wäre der Text für eine Veröffentlichung kaum geeignet gewesen. Ich bin ihr für ihre wertvollen Anmerkungen und Hinweise zu grossem Dank verpflichtet!