



Punkte sammeln auf...

springermedizin.de/ eAkademie

Teilnahmemöglichkeiten

Diese Fortbildungseinheit steht Ihnen als e.CME und e.Tutorial in der Springer Medizin e.Akademie zur Verfügung.

- e.CME: kostenfreie Teilnahme im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- e.Tutorial: Teilnahme im Rahmen des e.Med-Abonnements

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
E-Mail: kundenservice@springermedizin.de

CME Zertifizierte Fortbildung

M. Wolf¹ · V. Arolt² · R. Burian¹ · A. Diefenbacher MBA¹

¹ Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster

Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik

Ein Überblick

Zusammenfassung

Im Allgemeinkrankenhaus ist die psychische Komorbidität bei somatisch kranken Patienten häufig und sie führt zu komplizierteren Behandlungsverläufen und auch längeren Verweildauern als bei lediglich körperlich erkrankten Patienten. Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen können Ursache oder Folge der somatischen Erkrankung sein oder sie bestehen zufällig koinzident. Die Aufgabe der Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik (KLPP) ist es, somatische Abteilungen und ihre Ärzte und Behandlungsteams diagnostisch, therapeutisch und (sekundär-)präventiv in der ganzheitlichen Behandlung ihrer Patienten zu unterstützen. Im vorliegenden Artikel wird ein Überblick über die Entwicklung der KLPP sowie ihre Rolle in Diagnostik und Therapie bei häufig im Allgemeinkrankenhaus vorkommenden Krankheitsbildern (Delir bei Demenz, depressive Verstimmungen, Alkoholmissbrauch und somatoforme Störungen) gegeben. Abschließend wird auf versorgungspolitische Implikationen unter Berücksichtigung der Kooperation zwischen dem Allgemeinkrankenhaus und der ambulanten Weiterbehandlung psychiatrischer Konsilpatienten in der Praxis des Hausarztes eingegangen.

Schlüsselwörter

Somatopsychische Komorbidität · Konsiliar-Liaison · Psychiatrie und Psychosomatik · Allgemeinkrankenhaus · Kooperation mit Hausärzten

KLPP ist spezialisiert auf die Diagnostik und Therapie somato-psychischer Komorbiditäten

Bei der liaisonpsychiatrischen Tätigkeit ist der Psychiater routinemäßig in den Behandlungsprozess integriert

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrages können Sie ...

- die unterschiedlichen Beziehungen zwischen somatischer und psychischer Symptomatik bei primär körperlich erkrankten Patienten im Allgemeinkrankenhaus erkennen,
- die häufigsten psychischen Störungen diagnostizieren,
- notwendige psychotherapeutische Interventionen einleiten und
- als Vermittler auf die Beziehungsgestaltung zwischen Station, Arzt und Patient einwirken.

Begriffsbestimmung, Geschichte und Epidemiologie

Die Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik (KLPP) ist das Teilgebiet des psychiatrischen Fachgebiets, das auf die Diagnostik und Therapie somatopsychischer Komorbiditäten bei den Patienten spezialisiert ist, die mit primär körperlichen Erkrankungen in einer medizinischen Institution, insbesondere einem Allgemeinkrankenhaus behandelt werden. Sie hat ihre Wurzeln in den USA, wo amerikanische Psychiater seit 1920 die Integration psychiatrischer Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern auf dem konzeptuellen Boden einer psychobiologischen, **ganzheitlich verstandenen Psychiatrie** entwickelten. Dies geschah einerseits, um der Unterversorgung psychisch Kranker im Speziellen (überfüllte Nervenheilstätten ohne ausreichende somatisch-medizinische Versorgung) abzuweichen. Andererseits sollte wiederum im Allgemeinkrankenhaus das Versorgungsangebot optimiert und die somatisch erkrankten Patienten bei zusätzlich bestehenden psychischen Störungen schneller einer psychiatrischen Behandlung zugeführt werden. Mit dieser Zusammenführung von „Psyche“ und „Somatik“ entstand die Schnittstelle, die für die KLPP charakteristisch ist.

Ursprünglich wurde zwischen zwei Modellen, der Konsiliarpsychiatrie einerseits und der Liaisonpsychiatrie andererseits, unterschieden. Die **patientenzentrierte Konsiliarpsychiatrie** beschreibt die Konsultation eines Psychiaters durch einen Arzt anderer Fachrichtung, der eine Empfehlung für die weitere Behandlung seines Patienten benötigt, die er anschließend eigenverantwortlich umsetzt. Damit dies gewährleistet ist, muss der Konsilpsychiater selbst zu umfassenden sowohl psychiatrischen als auch somatischen differenzialdiagnostischen und therapeutischen Erwägungen in der Lage sein und schließlich seine Schlussfolgerungen präzise und dem psychiatrischen Laien gut verständlich darlegen können. Im Rahmen der teamzentrierten liaisonpsychiatrischen Tätigkeit ist der Psychiater hingegen routinemäßig in die diagnostischen und Behandlungsprozesse einer somatischen Abteilung integriert. Neben der Behandlung der Patienten sind insbesondere psychiatrisch-psychotherapeutische Schulungen und auch die **Supervision** von Pflegepersonal und Ärzten der so betreuten somatischen Abteilung Aufgaben des Liaisonpsychiaters. Ein weiteres Augenmerk liegt auf der (Sekundär-) **Prävention** bzw. Früherkennung psychischer Störungen. Der entwicklungsgeschichtlich

Psychiatric and psychosomatic consultation-liaison. An overview

Summary

A high rate of psychiatric comorbidity is found in patients with somatic diseases in general hospitals. Reasons for psychiatric disorders in somatically ill patients are variable and can lead to or be a result of the physical illness or just occur coincidentally. Consultation-liaison services (C/L) assist the physician and the treatment team on internal surgical wards in general hospitals in paying attention to and caring for somatic psychiatric comorbidities with diagnostic, therapeutic and, if appropriate, secondary preventative methods. In this article an overview of the development of C/L psychiatry is given. Furthermore, the importance of particular psychiatric disorders seen by psychiatric C/L services and their treatment is described. Finally, specific aspects of service delivery with regard to collaborative care between general hospital physicians and private practitioners are discussed.

Keywords

Somatic psychiatric comorbidity · Consultation-liaison · Psychiatric and psychosomatic · General hospital · Collaborative care

bedingte fließende Übergang zwischen beiden Modellen sowie die Übersichtsarbeiten des kanadischen Psychiaters Lipowski führten Ende der 1960er Jahre zur Namensgebung „Konsiliar-Liaison-Psychiatrie“ [1, 2].

Bereits in den 1970er Jahren erfolgte in den USA durch gezielte Fördermittel eine Expansion konsiliarpsychiatrischer Tätigkeiten in den Allgemeinkrankenhäusern, wohingegen in Deutschland als Resultat der Psychiatrie-Enquête seit 1975 überhaupt erst psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern in nennenswertem Umfang eröffnet wurden und erst infolge dessen nach und nach die Zahl psychiatrischer (und psychosomatischer) Konsile anstieg. Die überwiegende Mehrzahl der Konsilanforderungen wegen Fragestellungen, die sich auf das weite Spektrum der somatopsychischen Komorbidität einschließlich somatoformer Störungen und der Versorgung von Menschen nach Suizidversuchen beziehen, wird von psychiatrischen Konsildiensten und/oder Konsiliarpsychiatern bearbeitet. Bislang liegt ein einziges deutschsprachiges Lehrbuch für diesen Bereich vor [3]. In geringer Zahl werden auch Konsildienste von psychosomatischen und medizinpsychologischen Abteilungen vorgehalten, auf die im Folgenden nicht näher eingegangen wird [4, 5].

Die Bedeutung und Notwendigkeit konsiliarpsychiatrischer Maßnahmen wird bei Betrachtung epidemiologischer Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Störungen bei körperlich erkrankten Patienten deutlich. Bezüglich der Prävalenzen psychischer Störungen bei stationären Patienten mit körperlich bedingten (chronischen) Erkrankungen haben diese im Vergleich zu Gesunden bzw. zur Allgemeinbevölkerung ein 1,5- bis 2-fach erhöhtes Risiko, zu erkranken. Dabei spielen affektive Erkrankungen (16–23%), Angststörungen (19–27%), somatoforme Störungen (9–19%) und Suchterkrankungen (5–9%) eine maßgebliche Rolle [5]. Andere Verteilungen zeigen sich bei Patienten höheren Alters: Über die Allgemeinbevölkerung sagen Daten, dass 56% der Menschen über 70 Jahren eine psychische Störung aufweisen, dabei stehen demenzielle und affektive Störungen sowie bei Männern der Alkoholmissbrauch zahlenmäßig im Vordergrund. Einen weiteren Zuwachs zeigen Untersuchungen aus Altenheimen bei Menschen mit einem Altersdurchschnitt von über 80 Jahren: Bei 65% der Bewohner lagen psychische Störungen vor. Dabei bestanden vor allem (69%) akute organisch bedingte Störungen [1, 7, 8].

Psychische Komorbidität – häufige Krankheitsbilder

Im Rahmen der konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit ist es von besonderer Bedeutung, die verschiedenartigen Beziehungen zwischen somatischer und psychischer Symptomatik zu begreifen: Handelt es sich um eine psychiatrische Komplikation einer somatischen Erkrankung oder Therapie (z. B. depressive Verstimmung bei Hypothyreose oder Steroidtherapie) oder um eine somatische Komplikation oder Symptome einer psychischen Erkrankung (z. B. Delir bei Alkoholentzug bzw. Tachykardie oder thorakales Engegefühl bei einer Panikstörung), um Probleme der Krankheitsverarbeitung (der somatischen Diagnose) oder schlicht um eine Koinzidenz einer somatischen und psychiatrischen Erkrankung? Ausgehend von den Häufigkeitsverteilungen im Konsiliar- und Liaisondienst werden im Folgenden die wichtigsten psychischen Krankheitsbilder erläutert [1, 6, 7].

Akute organisch bedingte Störungen

Die psychopathologische Ausprägung akuter organisch bedingter Störungen ist vielfältig und reicht vom sehr häufigen Delir über amnestische Syndrome bis hin zu, organisch bedingten, Halluzinosen, wahnhaften und affektiven Störungen [9, 10]. Insbesondere ältere Patienten sind für hirnrorganische Syndrome anfällig. Die häufigste Störung, das Delir, tritt in der Patientengruppe älter als 65 Jahre mit einer Prävalenz ab 25% in Abhängigkeit von der somatischen Grunderkrankung auf. Die häufigsten Ursachen sind neben infektiologischen, neurologischen und plötzlichen Stoffwechselveränderungen sowie Entzügen von abhängig machenden Substanzen insbesondere Medikamentenwechselwirkungen, -nebenwirkungen und -überdosierungen. Von besonderer Bedeutung sind daher für den psychiatrischen Konsiliar die kritische Überprüfung der **Medikamentenanamnese** und die Durchsicht der Patientenkurve (z. B.: „Würden in der Häuslichkeit regelmäßig Benzodiazepine als Schlafmittel verordnet und im Krankenhaus vielleicht versehentlich abgesetzt?“). Es muss bedacht werden, dass eine **Benzodiazepinabhängigkeit** vielen Patienten entweder nicht bewusst oder aber peinlich ist, sodass solche Angaben oft erst auf sehr gezieltes und nicht wertendes Nachfragen zu erhalten sind. Weil Kombinationsbehandlungen multipler Medikamente im Konsiliardienst eher die Regel als die Aus-

Die überwiegende Mehrzahl der Konsilanforderungen wird von psychiatrischen Konsildiensten vorgehalten

Affektive Erkrankungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen spielen eine maßgebliche Rolle

Die Beziehungen zwischen somatischer und psychischer Symptomatik müssen erkannt werden

Insbesondere ältere Patienten sind für hirnrorganische Syndrome anfällig

Oftmals muss von einem multifaktoriellen Delir ausgegangen werden

Die Behandlung des Delirs fußt prinzipiell auf der Behandlung der Grunderkrankung

Ein häufiger Ortswechsel ist für kognitiv eingeschränkte Menschen ungünstig

Im Gespräch mit dem Patienten sind Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation zu fördern

nahme darstellen, sollte der Konsiliarpsychiater stets Zugriff auf eine Interaktionsdatenbank haben (z. B. <http://www.psiac.de> oder <http://www.mediQ.ch>) und über die PRISCUS-Liste informiert sein, die Hinweise gibt, welche Medikamente für ältere Menschen geeignet sind und welche nicht (<http://www.priscus.net>. Zugegriffen: 24.01.2013). Oftmals muss von einem sog. multifaktoriellen Delir ausgegangen werden. Die klinischen Bilder des Delirs umfassen die ganze Spannweite von „klassischen“, hyperaktiven Verlaufsformen bis hin zu hypoaktiven Delirien, die nicht selten mit einer depressiven Störung verwechselt werden. Auf den nichtpsychiatrischen Stationen macht insbesondere das „**Delir bei Demenz**“ differenzialdiagnostische Schwierigkeiten, es wird häufig übersehen. Beispielsweise werden Verhaltensauffälligkeiten umstandslos einem scheinbar „bekannten demenziellen Syndrom“ zugesprochen. Oftmals geschieht es dann, dass diese Patienten auf der somatischen Normalstation im Verlauf wegen zunehmender Verhaltensstörungen als „nicht mehr führbar“ deklariert werden und dann der psychiatrische Konsildienst zwecks Verlegung auf eine psychiatrische Station gerufen wird.

Um einer irrationalen Interpretation und entsprechend falschen Handlungskonsequenzen vorzubeugen wird von mehreren Autoren ein frühzeitiges Screening propagiert: mittels des **Short Mini Mental Status Test** (sMMST) und der **Confusion Assessment Method** (CAM) kann mit wenig Zeitaufwand bereits ein umfassender Eindruck über die aktuelle Verfassung solcher Patienten gewonnen werden [8, 9]. Insbesondere mithilfe der gut vom Pflegepersonal anzuwendende CAM wird der Beginn und Verlauf der Symptome aufgeklärt und explizit nach Störung der Aufmerksamkeit, Desorganisiertheit des Denkens und quantitativen Bewusstseinsstörungen gefragt [11]. Eine zeitnahe Diagnose ist wichtig, weil das Delir stets eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung anzeigen kann. Die Behandlung des Delirs fußt prinzipiell auf der Behandlung der Grunderkrankung, zusätzlich können eine neuroleptische und **sedierende Behandlung** mit je nach Patientenalter und Begleiterkrankungen angepassten Dosierungen indiziert sein [12]. In der Leitlinie Delir des National Institute of Clinical Excellence (NICE), die der Konsiliarpsychiater ebenso wie die gemeinsame S3-Leitlinie zu Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin der DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin) und der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) kennen sollte (<http://www.egms.de/static/pdf/journals/gms/2010-8/000091.pdf>. Zugegriffen: 24.01.2013), wird u. a. der Einsatz der CAM empfohlen; sollte die Verordnung eines Neuroleptikums erforderlich sein, wird von NICE eine zeitliche Befristung auf eine Woche vorgeschlagen (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf>. Zugegriffen: 24.01.2013).

Im KL-Dienst wird oftmals der Verbleib bzw. die (psychiatrische oder somatische) Weiterbehandlung des betroffenen Patienten zum Diskussionspunkt [2]. Dabei sollte der Psychiater aufklärend und unterstützend wirksam werden. Der somatisch tätige Arzt sollte mit Hinweisen auf seine Kompetenzen in der Behandlung der somatischen Grunderkrankung bestärkt werden und gemeinsam sollten Vor- und Nachteile einer Verlegung in die psychiatrische Abteilung erwogen werden, wobei besonders zu berücksichtigen ist, dass ein häufiger Ortswechsel für kognitiv eingeschränkte Menschen ungünstig ist.

Alkoholabhängigkeit

Bei ca. 20% der Patienten im Allgemeinkrankenhaus liegt eine alkoholassoziierte Störung vor [13]. Vom KL-Psychiater sind neben der Diagnosestellung vor allem die Beratung und Motivation zur Behandlung, die Vermittlung in eine Weiterbehandlung sowie die medikamentösen Strategien bei Alkoholentzugssymptomen gefragt. Zur diagnostischen Einschätzung ist ein kurzer Screening-Test hilfreich, der gut und schnell auch vom Nichtpsychiater erlernt und während der Visite eingesetzt werden kann: Der **CAGE-Test** liefert ab zwei positiv beantworteten Fragen einen Hinweis für das Vorliegen einer Alkoholerkrankung. Dabei beziehen sich die im Akronym CAGE zusammengefassten Fragen auf C „cut down drinking“ (vergeblicher Versuch, Alkoholkonsum zu reduzieren), A „annoyed“ (Verärgerung bei Kritisierung des Alkoholkonsumverhaltens), G „guilty“ (Schuldgefühle wegen des Trinkverhaltens), E „eye opener“ (Alkoholkonsum am Morgen). Im Gespräch mit dem Patienten sind Krankheitseinsicht, Veränderungsmotivation und ggf. die Entscheidung des Patienten zu einer Suchttherapie zu fördern. Der KL-Psychiater unterstützt diesen Prozess mit **Kurzinterventionen**, die neben diagnostischen Elementen auch Empfehlungen (z. B. zu Trinkmengenreduktion, Ernährung, spezifische suchtherapeutische Behandlungen) und die Vermittlung in eine Weiterbehandlung beinhalten [12, 14]. Insbesondere bei männlichen Patienten, die wegen einer akuten

somatischen Erkrankung auf dem Boden eines riskanten Alkoholkonsums behandelt werden, ist es belegt, dass kurze motivationale Frühinterventionen von 1 bis 4 Sitzungen à 5–15 min erfolgreich den Alkoholkonsum reduzieren [15]. Gesprächstechniken wie das „**motivationale Interview**“ können auch von entsprechend geschulten Sozialarbeitern und Pflegepersonal im Konsiliardienst erfolgreich eingesetzt werden [12, 16].

Bei Patienten mit einem vegetativen Alkoholentzugssyndrom bzw. -delirium geht es häufig um folgende konsiliarische Fragen:

Einschätzung des Schweregrades und Therapie des Entzugssyndroms. Hier können dem nicht-psychiatrischen Stationsteam skalengestützte Entzugsschemata wie die „**AES** (Alkoholentzugssyndrom)-Skala“ [17] vermittelt werden.

Risikobewertung. Hier ist die psychiatrische Expertise zur Auswahl des geeigneten Behandlungssettings (Übernahme auf eine Suchtstation, Verlegung zur Intensivstation bei komplizierten Delirien usw.) gefragt.

Medikamentöse Strategien. Je nach Kompetenz des nichtpsychiatrischen Teams bieten sich skalengestützte dynamische Medikationsschemata (z. B. Diazepamgabe nach AES-Score) oder das kalkulierte, feste Ansetzen einer Entzugsmedikation mit Vorgabe eines Schemas zum ausschleichen den Absetzen an. Nichtpsychiatrische Ärzte sind sich häufig der Notwendigkeit einer **Vitamin-B1-Gabe** zur Prophylaxe einer Wernicke-Enzephalopathie nicht bewusst. Besonders bei Patienten in schlechtem Allgemein- und Ernährungszustand sollte dies so früh wie möglich (am besten schon in der Notaufnahme) empfohlen werden. Bei der medikamentösen Empfehlung zur Alkoholentzugsbehandlung müssen vom Psychiater pharmakokinetische Eigenschaften insbesondere vor dem Hintergrund der jeweils zugrunde liegenden somatischen Erkrankung berücksichtigt werden (vgl. auch oben: Interaktionsdatenbanken).

Depressive Störungen und Anpassungsstörungen

Bei depressiven Störungen liegen die Prävalenzen je nach zugrunde liegender somatischer Erkrankung zwischen 15 und 50% [18]. Dabei sind die Ursachen vielfältig. Handelt es sich um eine eigenständige, koinzidente depressive Erkrankung oder liegt eine Anpassungsstörung vor dem Hintergrund einer schweren körperlichen Erkrankung vor [19]? Gibt es Hinweise für körperlich bedingte (Hypothyreose, Demenz) oder iatrogene (Medikamente) Ursachen der depressiven Verstimmung [12]? Aufgabe für den KL-Psychiater ist es, zunächst die Störung ggf. durch Zusatzuntersuchungen (z. B. sMMST oder CAM zum Abwägen eines hypoaktiven Delirs) zu erfassen und differenzialdiagnostisch zu bewerten. Diagnostisch können sich die Symptomebenen stark überlappen. Oftmals ist die Frage danach, ob es sich beispielsweise um körperliche Symptome im Rahmen einer Depression oder um eigenständige, der somatischen Grunderkrankung zugehörige Beschwerden handelt, ad hoc nicht abschließend zu beantworten [12, 20]. So sind insbesondere die Symptome Apathie und Erschöpfbarkeit, psychomotorische Einschränkungen und Vitalstörungen bei körperlich erkrankten Menschen nicht als depressionsspezifische Krankheitsmerkmale zu werten. Vielmehr sollte hier neben den Fragen nach Herabgestimmtheit, Antriebs- und Interessenverlust die Suche nach **kognitiven Symptomen der Depression** (z. B. Versagens- und Schuldgedanken) begonnen werden [18]. Ein erhöhtes Risiko für eine Noncompliance bei medizinisch erforderlichen Prozeduren (z. B. Rehabilitationsmaßnahmen) sowie eine erhöhte Mortalität bei Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung, was etwa für myokardiale Ischämien gilt, machen die Bedeutung der Diagnose einer Depression klar. Die Beratung des Arztes, Pflorgeteams und Patienten richtet sich nach der wahrscheinlichsten Ursache des depressiven Syndroms. So kann neben der Behandlung der somatischen Grunderkrankung durchaus ergänzend zum **Einsatz von Antidepressiva** geraten werden, wobei wegen der relativ guten Verträglichkeit bei geringem Interaktionspotenzial Citalopram oder Sertralin, aber auch Venlafaxin und Mirtazapin bevorzugt eingesetzt werden können. Auch hier gilt es, relevante somatische Vorerkrankungen sowie die Begleitmedikation zu berücksichtigen, um Medikamentenwechselwirkungen im Blick zu haben, wie z. B. erhöhte Blutungsneigung bei der Kombination von SSRI und ASS. Bei Anpassungsstörungen ist vor allem die Stärkung bestehender Ressourcen und Ausbildung von Coping-Strategien entscheidend sowie der Einsatz supportiver Maßnahmen wie Entspan-

Mittels skalengestützter dynamischer Medikationsschemata kann ein ausschleichendes Absetzen erreicht werden

Diagnostisch können sich die Symptomebenen stark überlappen

Die Beratung richtet sich nach der wahrscheinlichsten Ursache des depressiven Syndroms

Bei Anpassungsstörungen ist vor allem die Stärkung bestehender Ressourcen und Ausbildung von Coping-Strategien entscheidend

Suizidgedanken können bei Patienten mit infausten Erkrankungen auch Coping-Strategien zur Selbstwerterhaltung sein

Es liegen anhaltend körperliche Symptome vor bei wiederholt negativen medizinischen Untersuchungsergebnissen

Aufgabe des KL-Psychiaters ist es, als Vermittler auf die Beziehungsgestaltung zwischen Station, Arzt und Patient einzugehen

nungsverfahren (z. B. Atementspannung oder progressive Muskelrelaxation nach Jacobson; [21]). Auch kann die Empfehlung zu einer anschließenden psychotherapeutischen Behandlung sinnvoll sein, die allerdings wohl nur dann tatsächlich initiiert werden dürfte, wenn der Konsiliarpsychiater die erforderliche Indikation und nötige Vorgehensweise mit dem Hausarzt des Patienten abgesprochen hat [22].

Akute Suizidalität ist eine besondere Herausforderung im KL-Dienst: Zum einen betrifft es diejenigen Patienten, die unmittelbar nach einem Suizidversuch entweder internistisch oder chirurgisch behandelt werden müssen. Auch hier wird im Rahmen einer Krisenintervention ein fürsorgliches und offenes Gesprächs- und Beziehungsangebot gemacht, es folgen Diagnostik und Einschätzung der Suizidalität sowie eine sofortige Intervention und Klärung des weiteren Vorgehens (Sicherungsmaßnahmen, ggf. medikamentöse Intervention; [18, 23]). Andere Patienten geraten wegen einer schweren körperlichen Erkrankung in eine suizidale Krise; hierbei gelten die gleichen Grundsätze wie eben geschildert. Es ist in der Konsiliarsituation wichtig wahrzunehmen, dass Suizidgedanken bei Patienten mit schweren und infausten Erkrankungen auch Coping-Strategien zur Selbstwerterhaltung sein können: „Wenn ich die Erkrankung (z. B. Schmerzen, Pflegebedürftigkeit) gar nicht mehr aushalte, kann ich mich immer noch umbringen“. Dies verhilft den Betroffenen zum Gefühl der Kontrolle über eine ansonsten als überwältigend erlebte Situation. Der Konsiliarpsychiater sollte vertrauensvoll, aber auch sehr sorgfältig die Gefährdung abwägend mit solchen Gedanken umgehen und diesen Mechanismus auch dem somatischen Team vermitteln. Durch eine solche Intervention ergeben sich Möglichkeiten, gemeinsam mit dem „mündigen Patienten“ und dem Team über symptomatische und/oder palliative Strategien zu beraten [23, 24, 25].

Somatoforme Störungen

Nach ICD-10 ist das Charakteristikum für die Diagnose einer somatoformen Störung das anhaltende oder wiederholte Vorliegen körperlicher Symptome, z. T. in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, trotz wiederholter negativer medizinischer Untersuchungsergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht „körperlich begründbar“ sind. Schon definitionsgemäß haben Patienten dieser Störungsgruppe initial kein „psychiatrisches“ oder „psychosomatisches“ Krankheitskonzept. Komorbide somatoforme Störungen treten bei körperlich Kranken mit bis zu 19% häufig auf [6]. Behandlerseitig spielen zwei Extreme eine große und manchmal wenig hilfreiche Rolle im Umgang mit diesen Patienten: zum einen eine ärztliche Haltung, die zur Unterlassung notwendiger körperlicher Untersuchungen neigt, weil die Symptomatik „psychogen“ anmutet, andererseits wiederum jene, eine über die Maßen ausführliche, aber letztendlich nutzlose Diagnostik zu initiieren, wodurch der Chronifizierung der psychischen Störung Vorschub geleistet wird [26]. Neben der diagnostischen Einschätzung ist es somit Aufgabe des KL-Psychiaters, als Vermittler auf die Beziehungsgestaltung zwischen Station, Arzt und Patient einzugehen, indem er empathisches Verständnis fördert und versucht, chronifizierende Risikofaktoren („doctor-shopping“, unrealistische Ziele der Behandlungsplanung) zu identifizieren sowie **alternative Wege zur Symptombewältigung** (Physiotherapie, Entspannungsverfahren) zu empfehlen. Im therapeutischen Umgang mit dem Patienten gilt es, aufgrund des problematischen, auf ein rein körperliches Erklärungsmodell fixierten Krankheitskonzeptes, die Anamneseerhebung auf der Symptomebene zu beginnen und nach und nach soziale und psychische Faktoren einzubeziehen. Langfristig sind Verhaltenstherapie und ggf., insbesondere bei chronisch somatoformen Schmerzstörungen mit komorbiden depressiven und ängstlichen Begleitsymptomen, die Verordnung von Antidepressiva hilfreich. Für konkrete Behandlungsempfehlungen, die für Nichtpsychiater im Umgang mit somatisierenden Patienten hilfreich sein können, sei auf die einschlägige Literatur verwiesen [12, 25, 27].

Psychotherapeutische Interventionen

Psychotherapie im Allgemeinkrankenhaus bei körperlich erkrankten Patienten bedarf einer inhaltlichen Modifikation, um sinnvoll und effektiv zu sein. Beutel [24] propagiert Behandlungsempfehlungen und -ziele im psychotherapeutischen Vorgehen, um der besonderen Situation des körperlich erkrankten Patienten Rechnung zu tragen: Veränderung des Gesundheitsverhaltens und **Förderung der aktiven Mitverantwortung** kann erzielt werden durch eine flexible Dauer und Frequenz der Behandlung, Empathie, Psychoedukation, Fokus im „Hier und Jetzt“. Dennoch gilt es im KL-Dienst,

den Bedarf des einzelnen Patienten zu ermitteln und ggf. als Hauptziel die Motivation zu einer langfristigen psychotherapeutischen Behandlung zu initiieren.

Inhalt und Tiefe der psychotherapeutischen Intervention sollten jedoch vom Störungsbild und Problemtyp [28] abhängig gemacht werden. Dabei können Interventionen im Sinne der **supportiven psychologischen Beratung**, aber auch spezielle psychotherapeutische Techniken hilfreich sein. Hier haben sich beispielsweise Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie bei depressiven oder ängstlichen Symptomen, der motivationalen Gesprächsführung bei komorbider Suchterkrankung sowie Entspannungsmaßnahmen bewährt. Inhaltliches Ziel ist, neben einer emotionalen Entlastung, über Information, Hilfe zur Problemlösung und Aktivierung des sozialen Netzwerkes die Wiedererlangung der Kontrolle über die eigene Situation durch den Patienten zu erreichen [23, 29, 30]. Angesichts des zur Verfügung stehenden Zeitintervalls im Rahmen zunehmend kürzerer Aufenthaltsdauern ist eine effiziente Planung der psychotherapeutischen Intervention von erheblicher Bedeutung.

Eine besondere Situation ergibt sich bei der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. Hier erweisen sich eine oft vorhandene Sprachbarriere, eine kulturell geprägte ablehnende Haltung gegenüber der Psychiatrie sowie kulturell differente Formen der Symptompräsentation als Herausforderungen. Diesen kann im Konsiliardienst sowohl mit institutionellen (z. B. Vorhalten von Dolmetscherlisten in den Krankenhäusern) als auch mit individuellen Maßnahmen (**kultursensible Fallkonzeptualisierung**) begegnet werden. Auch hier sei aus Platzgründen auf die einschlägige Literatur verwiesen [31].

Versorgungspolitische Bedeutung

Vor Einführung der DRGs in den somatischen Krankenhausabteilungen in Deutschland hatte eine Krankenkassenstudie gezeigt, dass über 32,4% der psychiatrischen Hauptentlassungsdiagnosen nicht in psychiatrischen, sondern in somatischen Abteilungen der Krankenhäuser gestellt wurden [13]. Verschiedene Studien zeigen, dass Patienten mit somatopsychischer Komorbidität auch längere Verweildauern im Allgemeinkrankenhaus aufweisen. Auch aus ökonomischer Perspektive werden allerdings ständig kürzer werdende Liegedauern gefordert. Somit gewinnen insbesondere **interdisziplinäre Kooperationen** innerhalb der Krankenhäuser im Sinne einer horizontalen Vernetzung sowie eine engere Verzahnung mit dem ambulanten oder nachbehandelnden System als vertikale Vernetzung immer mehr an Relevanz.

Aufgrund der hohen Dichte somatopsychischer Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus kann dieser Morbiditätsbereich geradezu als „virtueller psychiatrischer Versorgungssektor“ definiert werden [32]. Es gilt, frühzeitig psychiatrische Komorbidität zu identifizieren und eine adäquate Behandlung zu initiieren. Um dem damit einhergehenden „**Versorgungsauftrag**“ zu entsprechen, sollte es Aufgabe jedes Allgemeinkrankenhauses sein, einen konsiliarpsychiatrischen Dienst vorzuhalten, sei es in Kooperation mit einer eigenen psychiatrischen Abteilung oder in Zusammenarbeit etwa mit niedergelassenen Nervenärzten oder Ärzten für Psychosomatik und Psychotherapie. Ein entsprechender Passus ist kürzlich z. B. in den Landeskrankenhausplan des Landes Berlin aufgenommen worden (<http://www.berlin.de/sen/gesundheit/krankenhauswesen/krankenhausplan> > Dokumente > Krankenhausplan 2010, S 78. Zugegriffen: 25.01.2013). Für den psychiatrischen Konsildienst stellt sich der Auftrag, als Schnittstelle und Filter (Diagnosefindung, Klärung Weiterbehandlung) für Patienten mit psychischer Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus zu fungieren. Trotzdem muss er weiterhin den somatisch tätigen Arzt darin unterstützen, ein eigenes Gespür für psychische Störungen zu entwickeln, lange bevor es zu „Eskalationen“ und Überforderungen kommt, um den konsiliarischen Prozess zu beschleunigen. Auch müssen (sekundär-)präventive Maßnahmen ausgeschöpft werden, was insbesondere Patienten mit einer Suchterkrankung sowie die Prävention von Delirien bei Demenz betrifft. Ältere Patienten werden aufgrund der demographischen Entwicklung als große Krankengruppe im Allgemeinkrankenhaus mit komplexen Krankheitsgeschichten und -verläufen eine auch zahlenmäßig zunehmende Bedeutung erreichen und spezielle Versorgungsangebote („**demenzfreundliches Krankenhaus** „) erforderlich machen [32, 33]. Die Kenntnis entsprechender Leitlinien ist hierfür hilfreich [34].

Hauptziel kann ggf. die Motivation zu einer langfristigen psychotherapeutischen Behandlung sein

Inhaltliches Ziel ist die Wiedererlangung der Kontrolle über die eigene Situation

Patienten mit somatopsychischer Komorbidität weisen eine längere Verweildauer im Allgemeinkrankenhaus auf

Psychiatrische Komorbidität muss frühzeitig identifiziert und adäquat behandelt werden

Der psychiatrische Konsildienst ist Schnittstelle und Filter für Patienten mit psychischer Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus

Kooperation von Konsiliarpsychiater und Hausarzt

Eine besondere Bedeutung kommt der Schnittstelle von der stationär-somatischen zur ambulanten Behandlung zu. Oft werden die konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen nach der stationären Entlassung aufgrund von Informationsverlusten trotz weiterer Behandlungsnotwendigkeit nicht fortgeführt. Hier konnten wir in einer eigenen Studie zeigen, dass eine **proaktive telefonische Kontaktaufnahme** des Konsiliarpsychiaters mit dem weiterbehandelnden Hausarzt die „Konkordanz“ (also: Umsetzung der konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen durch den weiterbehandelnden Hausarzt) signifikant erhöht und mit günstigeren Behandlungsverläufen einhergeht [22, 35].

Fazit

Die Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik bildet eine wesentliche Schnittstelle zwischen Psychiatrie und „somatischer“ Medizin. Die Erfüllung dieser Aufgabe verlangt von den psychiatrisch-psychosomatisch konsiliarisch tätigen Psychiatern/-innen breit gefächerte medizinische Kenntnisse und Erfahrungen. Neben dem eigenen fachlichen Wissen muss auch entsprechende Kompetenz auf „somatischem“ Terrain vorhanden sein [34, 36, 37, 38].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Diefenbacher MBA

Abteilung für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik,
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin
a.diefenbacher@keh-berlin.de

Danksagung. Die Autoren danken Celia Grissmer, Thomas Schilter und Marcus Vogel für ihre Unterstützung bei der Erstellung der CME-Fragen.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Diefenbacher A (1999) Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. In: Helmchen H et al (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, 4. Aufl., Bd. II. Allgemeine Psychiatrie, Springer, Berlin S 433–456
- Diefenbacher A (2002) Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus – Geschichte, Aufgaben und Perspektiven eines psychiatrischen Arbeitsbereichs. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie, vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin (Online-Bibliothek der HU: <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/diefenbacher-albert-2002-07-02/HTML/>)
- Arolt V, Diefenbacher A (Hrsg) (2004) Psychiatrie in der klinischen Medizin, Handbuch der Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Steinkopff, Darmstadt
- Diefenbacher A (2004) Consultation-liaison psychiatry in Germany. In: Diefenbacher A (Hrsg) Consultation-liaison psychiatry in Germany, Austria and Switzerland. Adv Psychosom Med 26, Karger, Basel, S 1–19
- Diefenbacher A (2005) Psychiatry and psychosomatic medicine in Germany: lessons to be learned? Aust NZ J Psychiatry 39:792–804
- Arolt V (2004) Die Häufigkeit psychischer Störungen bei körperlich Kranken. In: Arolt V, Diefenbacher A (Hrsg) Psychiatrie in der klinischen Medizin, Steinkopff, Darmstadt, S 19–53
- Arolt V, Driessen M, Dilling H (1997) Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus. Dtsch Arztebl 94(20):A1354–A1358
- Bickel H (2007) Deutsche Version der Confusion Assessment Method (CAM) zur Diagnose eines Delirs. Psychosomatik Konsiliarpsychiatrie 3:224–228
- Reischies F, Diefenbacher A (2004) Delirium in general hospital inpatients: German developments. In: Diefenbacher A (Hrsg) Consultation-liaison psychiatry in Germany, Austria and Switzerland. Karger, Basel, S 128–136
- Thomas C, Driessen M, Arolt V (2010) Diagnostik und Behandlung akuter psychoorganischer Syndrome. Nervenarzt 81:613–628
- Thomas C, Kreisel SH, Oster P et al (2012) Diagnosing delirium in older hospitalized adults with dementia: adapting the confusion assessment method to international classification of diseases, tenth revision, diagnostic criteria. J Am Geriatr Soc 60(8):1471–1477
- Diefenbacher A, Burian R, Klesse C, Härter M (2012) Konsiliar- und Liaisondienste für psychische Störungen In: Berger M (Hrsg) Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie, 4. Aufl., Elsevier Urban & Fischer, München, S 895–917

13. Maylath E, Spanka A, Mehr R (2003) In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankheitsfälle der DAK im Vorfeld der DRGs. *Gesundheitswesen* 65:486–494
14. Kremer G, Baune B, Driessen M, Wienberg G (2004) Alcohol-Related interventions in general hospitals in Germany: public health and consultation-liaison psychiatry perspectives. In: Diefenbacher A (Hrsg) *Consultation-liaison psychiatry in Germany, Austria and Switzerland*. Karger, Basel, S 118–127
15. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer FR et al (2007) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2 Art. No.:CD004148. DOI 10.1002/14651858.CD004148.pub3
16. Miller WR, Rollnick S (2004) Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. 2. Aufl. Lambertus, Freiburg im Breisgau
17. Wetterling T (2004) Alkoholentzugssyndrom. In: Arolt V, Diefenbacher A (Hrsg) *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. Steinkopff, Darmstadt, S 323–335
18. Arolt V, Rothermundt M (2003) Depressive Störungen bei körperlich Kranken. *Nervenarzt* 74(11):1033–1054
19. Strain JJ, Diefenbacher A (2008) The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry* 49:121–130
20. Härter M, Baumeister H, Bengel J (2007) *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer, Berlin
21. Elstner S, Diefenbacher A (2009) Anpassungsstörungen. *Psychiatrie Psychotherapie update* 3:21–33
22. Lehmann D, Burian R, Barrett B, Diefenbacher A (2011) Kooperation von Konsiliarpsychiatern und Hausärzten – eine Longitudinalstudie. In: Stoppe G (Hrsg) *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen*. Deutscher Ärzte, Köln, S 87–92
23. Elstner S, Gläser H, Diefenbacher A (2010) Psychotherapie im psychiatrischen Konsildienst. In: Arolt V, Kersting A (Hrsg) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Heidelberg, S 429–440
24. Beutel ME (2005) Psychodynamische Therapieansätze bei chronisch Kranken. In: Faller H (Hrsg) *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen*. Thieme, Stuttgart, S 32–42
25. Fritzsche K (2005) Die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung. In: Fritzsche K, Wirsching M (Hrsg) *Psychosomatische Medizin Psychotherapie*. Springer, Berlin, S 55–64
26. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W et al (2012) Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. *Dtsch Arztebl Int* 109(47):803–813
27. Rief W, Nanke A (2004) Somatoform disorders in primary care and inpatient settings. In: Diefenbacher A (Hrsg) *Consultation-liaison psychiatry in Germany, Austria and Switzerland*. Karger, Basel, S 144–158
28. Elstner S, Diefenbacher A (2011) Psychotherapeutisches Basishandeln im Konsildienst. *Psychodynam Psychother* 10:78–84
29. Gläser H, Alm B, Diefenbacher A (2007) Akute psychische Erkrankungen im Allgemein-krankenhaus. In: Hewer W, Rössler W (Hrsg) *Akute psychische Erkrankungen*. 2. Aufl. Elsevier Urban & Fischer, München, S 538–539
30. Golombek U, Diefenbacher A (2009): Persönlichkeitsstörungen – die schwierigen Patienten. In: Madler C, Jauch KW, Werdan K, Siegrist J, Pajonk FG (Hrsg) *Das NAW Buch Akutmedizin – Die ersten 24 h*. 4. Aufl. Elsevier Urban & Fischer, München, S 751–759
31. Burian R, Diefenbacher A (2011) Konsiliarpsychiatrie. In: Machleidt W, Heinze A (Hrsg) *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. Elsevier Urban und Fischer, München, S 477–488
32. Diefenbacher A (2009) Psychiatrie außerhalb der psychiatrischen Versorgung – das Allgemeinkrankenhaus als „virtueller psychiatrischer Versorgungssektor“. In: *Gemeinde-nahe Psychiatrie*. Bertuch, Weimar, S 101–116
33. Inouye AK, Bogardus ST, Charpentier PA et al (1999) A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 340:669–676
34. Leentjens A, Rundell JR, Wolcott D et al (2011) Reprint of: psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and the Academy of psychosomatic medicine (APM). *J Psychosom Res* 70:486–491
35. Linden M (2004) Mental disorders in primary care. In: Diefenbacher A (Hrsg) *Consultation-liaison psychiatry in Germany, Austria and Switzerland*. Karger, Basel, S 1–19
36. Georgescu D (Chair), Cimilli C, Garryfallos G et al (Working Group des UEMS European Board of Psychiatry) (2009) Report of the European board of psychiatry: consultation liaison psychiatry in Europe. In: <http://www.uemspychiatry.org/board/reports/2009-Oct-CL%20Psychiatry%20in%20Europe.pdf>. (Zugegriffen: 25.01.2013)
37. Levenson J (2011) *Psychosomatic medicine psychiatric care of the medically ill*. 2. Aufl. The American Psychiatric Publishing, Washington DC, London
38. Lobo A, Lozano M, Diefenbacher A (2007) *Psychosomatic Psychiatry: a European view*. *J Psychiatry* 21(2):65–80

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Teilnahme nur online unter: springermedizin.de/eAkademie
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

? Welche Antwort zu den Begriffen „Konsiliarpsychiatrie“ und „Liaisonspsychiatrie“ ist falsch?

- Der Konsiliarpsychiater im klassischen Konsiliarmodell arbeitet, entgegen dem Liaisonmodell, überwiegend teamzentriert.
- Es ist die Aufgabe des das Konsil anfordernden Arztes einer internistischen oder chirurgischen Station, die im psychiatrischen Konsil gegebenen Empfehlungen in eigener Verantwortung umzusetzen.
- Liaisonspsychiatrie bedeutet die Integration des Psychiaters in Behandlungsprozesse und Abläufe auf einer somatischen Station im Allgemeinkrankenhaus.
- Der Liaisonspsychiater supervidiert und schult Pflegepersonal und Ärzte der somatischen Abteilung, je nach Vereinbarung.
- Der Liaisonspsychiater ist routinemäßig in die diagnostischen und therapeutischen Prozesse der Somatik integriert.

? Welche Antwort zur Epidemiologie komorbider psychischer Erkrankungen ist richtig?

- Das Delir ist bei älteren Menschen, insbesondere wenn sie über 80 Jahre alt sind, eine seltene Erkrankung.
- Angststörungen treten bei stationären Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen selten auf.
- Das Risiko, an einer psychischen Störung zu leiden, ist bei chronisch körperlich kranken Patienten um das 4- bis 5-Fache erhöht.
- Affektive Störungen sind bei chronisch körperlich erkrankten Patienten im Allgemeinkrankenhaus mit 16–23% häufig.
- Somatoforme Störungen finden sich bei ca. 3% der im Allgemeinkrankenhaus behandelten somatischen Patienten.

? Welche Antwort zum Delir ist falsch?

- Ein Delir ist zumeist multifaktoriell bedingt.
- Ein Delir entwickeln vorwiegend junge Patienten.
- Sowohl entzündliche als auch endokrinologische und hämodynamische Veränderungen können zu einem Delir führen.
- Sowohl Medikamentenwechselwirkungen als auch Medikamentenüberdosierungen können zu einem Delir führen.
- Ein Delir ist eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung in jedem Lebensalter.

? Welche Antwort zur Confusion Assessment Method (CAM) und zum Short Mini Mental Status Test (sMMST) ist falsch?

- Die CAM prüft Aufmerksamkeit und formale Denkstörungen.
- Die CAM prüft Beginn und Verlauf deliranter Symptome.
- Die CAM wurde zum Screening psychoorganischer Symptome etabliert.
- sMMST und CAM sind zeitlich kurze Screening-Tests
- sMMST und CAM können nur durch den Konsiliarpsychiater eingesetzt und ausgewertet werden.

? Welche Antwort zu alkoholbedingten Störungen ist richtig?

- Alkoholbedingte Störungen sind immer in psychiatrischen Abteilungen zu behandeln.
- Zur Durchführung eines Screenings und zur Diagnostik von Alkoholabhängigkeit ist der Konsiliarpsychiater unabdingbar.
- Der CAGE-Test liefert ab zwei positiven Antworten Hinweise für das Vorliegen eines problematischen Alkoholkonsums.

- Die Motivation des Patienten zur Suchtbehandlung ist im konsiliarischen Prozess Grundvoraussetzung für die Aufnahme eines Gesprächs durch den Konsilpsychiater.
- Wenn bereits somatische Symptome im Rahmen der Alkoholerkrankung bestehen, ergibt sich keine Indikation mehr zur Initiierung einer motivationalen Intervention durch den Konsilpsychiater.

? Sie werden zu einem 50-jährigen Patienten mit chronischer Darmerkrankung in die somatische Abteilung gerufen. Welches klinische Symptom zeigt Ihnen am ehesten an, dass eine komorbide depressive Störung besteht?

- Vitalitätsverlust
- Seit 3 Wochen bestehende Versagens- und Schuldgedanken
- Gewichtsverlust
- Schnelle Erschöpfbarkeit
- Durchschlafstörungen

? Welche Antwort zu depressiven Stimmungslagen bei somatisch erkrankten Patienten trifft nicht zu?

- Eine Hypothyreose kann ein depressives Syndrom verursachen.
- Ein demenzieller Prozess kann zu einem depressiven Syndrom führen.
- Depressive Patienten fallen in somatischen Abteilungen manchmal zunächst mit „Noncompliance“ auf.
- Suizidale Patienten müssen in jedem Fall sofort zu ihrer eigenen Sicherheit auf die psychiatrische Station verlegt werden.
- Depressionen erhöhen das Mortalitätsrisiko verschiedener somatischer Erkrankungen.



Für Zeitschriftenabonnenten ist die Teilnahme am e.CME kostenfrei

? Herr F. klagt seit Jahren über abdominelle Schmerzen. Er hat zahlreiche Ärzte konsultiert und bringt zu Ihrem konsiliarischen Termin einen dicken Ordner mit Unterlagen über unterschiedliche somatische Untersuchungen und häufig wiederholt durchgeführte apparative Diagnostik ohne pathologische Befunde mit. Wie wird der Verlauf dieses Gesprächs sein? Welche Antwort ist richtig?

- Sie werden auf keinen Fall weitere Untersuchungen veranlassen.
- Sie werden alle Untersuchungen nochmals wiederholen, um Ihre Diagnose zu sichern.
- Der Patient hat am ehesten ein somatisch geprägtes Krankheitskonzept. In der Gesprächsführung sollte man sich zunächst darauf einstellen.
- Solche Störungen sind in der somatischen Medizin mit 5% vergleichsweise selten.
- Herr F. wird nach diesem Gespräch in jedem Fall sofort einer psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zustimmen.

? Welche Antwort zu psychotherapeutischen Interventionen in der psychiatrischen Konsiliar-Liaison-Tätigkeit ist falsch?

- Konsiliarpsychotherapeutische Interventionen zeichnen sich häufig durch flexible Frequenz und Dauer der Behandlung aus.
- Psychoedukative Elemente können ein wichtiger Bestandteil konsiliarpsychiatrischer Kurzinterventionen sein.
- Ziel psychotherapeutischer Interventionen könnte die Wiedererlangung der Kontrolle über seine aktuelle, ihn hilflos machende Situation durch den Patienten sein.
- Eine motivationale Gesprächsführung kann indiziert sein.
- Die Motivation und Hilfestellung bei der Vermittlung und Einleitung einer langfristigen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbehandlung ist alleinige Aufgabe des Hausarztes.

? Welche Aussage zum Delir ist richtig?

- Eine prophylaktische Gabe von Haloperidol kann das Auftreten eines Delirs verhindern.

- Als Delir-Leitlinie stehen z. B. die des National Institute of Clinical Excellence (NICE) sowie die Leitlinie zu Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin der DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin) und der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) zur Verfügung.
- Ein Delir tritt häufig im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf.
- Allen Patienten ist bekannt, wenn sie mit einem abhängig machenden Benzodiazepin vom Hausarzt behandelt werden und geben dies üblicherweise in der Anamnese an.
- Das hypoaktive Delir ist leicht von einer Depression zu unterscheiden.

Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springermedizin.de/eAkademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeschluss. Nach Ablauf des Zertifizierungszeitraums können Sie diese Fortbildung und den Fragebogen weitere 24 Monate nutzen.



Exklusiv mit e.Med – neue Kursformate für Ihre Online-Fortbildung

Mit dem e.Med-Komplettpaket können Sie neben den bisherigen e.CMEs (Beitrags-PDF plus CME-Fragebogen) auch die neuen e.Learningformate e.Tutorial und e.Tutorial.plus nutzen.

➤ Das **e.Tutorial** ist speziell für die Online-Fortbildung konzipiert und didaktisch optimiert. Klar gegliederte Lernabschnitte, besondere Hervorhebung von Merksätzen, zoomfähige Abbildungen und Tabellen sowie verlinkte Literatur erleichtern das Lernen und den Erwerb von CME-Punkten.

➤ Das **e.Tutorial.plus** bietet multimedialen Zusatznutzen in Form von Audio- und Videobeiträgen, 3D-Animationen, Experteninterviews und weiterführende Informationen. CME-Fragen und Multiple-Choice-Fragen innerhalb der einzelnen Lernabschnitte ermöglichen die Lernerfolgskontrolle.

➤ **Wissenscheck:** Kurse, deren Zertifizierungszeitraum abgelaufen ist, können weiterhin für Ihre Fortbildung und Ihren persönlichen Wissenscheck genutzt werden.

Im e.Med-Komplettpaket ist der uneingeschränkte Zugang zur e.Akademie enthalten. Hier stehen Ihnen alle Kurse der Fachzeitschriften von Springer Medizin zur Verfügung.

Teilnehmen und weitere Informationen unter: springermedizin.de/eAkademie

Unser Tipp: Testen Sie e.Med gratis und unverbindlich unter springermedizin.de/eMed

Hier steht eine Anzeige.

