„Ärztliche Psychotherapie in der Konsilien-Liaison-Psychiatrie und Psychosomatik“

Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher MBA

Facharzt Neurologie und Psychiatrie
Zusatztitel Psychotherapie
Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Zusatztitel Geriatrie

a.diefenbacher@udk-berlin.de



http://www.kometcampus.de/

Sur l‘eau

Rien faire comme une bête, auf dem Wasser liegen und friedlich in den Himmel schauen, sein, sonst nichts, ohne alle weitere Bestimmung und Erfüllung, könnte anstelle von Prozess, Tun, Erfüllen treten.

(T.W. Adorno, Minima Moralia)



Psychotherapie – quo vadis ?





2015

5. Der junge Psychiater in der Notaufnahme – praktische Tipps des Intensivmediziners ____ 98
Bodo Klee

6. Die Kunst der Erwartungslosigkeit – Brief eines niedergelassenen Psychiaters an den psychiatrischen Assistenzarzt ____ 104
Matthias Stieglitz

III. Das Gesundheitswesen – einige formale, rechtliche und sozialmedizinische Kontexte 109

1. Sektorenübergreifende Versorgung im Gesundheitswesen ____ 109
Samuel Elstner und Claudia Wein

2. Hamburger Modell – Modelle der beruflichen Wiedereingliederung ____ 114
Claudia Wein

3. Wohnformen ____ 120
Samuel Elstner und Claudia Wein

4. Rechtliche Grundlagen ____ 127
Torsten Kratz

5. Arzt und Polizei – zwei unbekannte Wesen? ____ 134
Martin John

6. Einführung in das Psych-Entgeltgesetz (PEPP) ____ 138
Eric Hahn und Albert Diefenbacher

IV. Der klinische Blick – klinische Basisfertigkeiten und darüber hinaus 147

1. Der neurologische Befund ____ 147
Bernd Vorderwülbecke und Albert Diefenbacher

2. Der psychiatrische Blick: Worauf man beim „ersten Blick" achten sollte und was man dabei erkennen kann ____ 156
Sabina Levy und Konrad Uebelhack

3. Das sozio-emotionale Entwicklungsniveau. Ein erweiterter Blick bei der psychiatrischen Diagnostik ____ 165
Sabine Zepperitz und Samuel Elstner

V. Fachteil Psychiatrie 171

1. Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz ____ 171
Torsten Kratz

2. Sind Abhängigkeitskranke denn überhaupt glaubwürdig? ____ 175
Reto Gantenbein

3. Milieutherapie und Ansätze aus der Soteria – Wie gestalte ich das Umfeld therapeutisch? ____ 181
Eric Hahn und Albert Diefenbacher

4. Der manische Patient ____ 190
Sophie Sommerick

5. Die Psychotherapie in der Facharztausbildung _____ 195
Christoph Schade, Annegret Dreher und Claudia Dambacher

6. Exkurs: Internationale Kooperation
European Psychiatric Association (EPA): Zurück in die Zukunft! _____ 202
Cécile Hanon, Nikolina Jovanovic, Olivier Andlauer and Martina Rojnic Kuzman

Sachwortverzeichnis _____ 207

5. Die Psychotherapie in der Facharztausbildung

Christoph Schade, Annegret Dreher und Claudia Dambacher

Zwischen Couch und Wirklichkeit

Sie haben sich für die Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie entschieden. Dies ist einer der wenigen Facharzttitel, der zwei Qualifikationen beinhaltet. Man stelle sich nun einmal vor, es gäbe einen Facharzt für Innere Medizin und Chirurgie oder Augenheilkunde und Dermatologie. Diese Facharztkombinationen würden schon allein durch die Fülle der Fachinhalte eher abschreckend wirken. Nun haben Sie sich sogar für eine Facharztausbildung entschieden, die auch noch eine Qualifikation beinhaltet, die den „normalen" Bereich der Schulmedizin verlässt. Warum eigentlich? Reicht Ihnen die Somatik nicht schon aus? Wir gehen mal davon aus, dass genau diese Kombination den Reiz für Sie ausmacht.

Durch diese Komplexität ergeben sich aber auch erhebliche Probleme in dieser Facharztausbildung, die ein Ungleichgewicht der Ausbildungsinhalte zur Folge haben können. Die Facharztausbildung zum Psychiater und Psychotherapeuten findet überwiegend in psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Fachkrankenhäusern statt. Diese Kliniken sind meist mit dem Versorgungsauftrag für bestimmte Regionen beliehen. Entsprechend stehen häufig akutpsychiatrische Krankheitsbilder im Vordergrund der Behandlung, nicht diejenigen, die Sie eventuell im Rahmen einer eigentlichen Psychotherapie kennenlernen würden. Die Kliniken wählen unterschiedliche Ansätze in der Behandlung. Überwiegend wird ein störungsspezifisches Konzept verfolgt, einige Kliniken favorisieren jedoch eine größere Durchmischung von

Notaufnahme











Fallgruben der Ersteinschätzung in der NA

Diskriminierung zwischen somatischen Erkrankungen

und Verhaltensauffälligkeiten:

„Patienten, die mit psychiatrischen Symptomen in der Notaufnahme vorstellig werden, stellen ein besonderes Patientengut dar. Sie sind häufig schwierig im Umgang und haben oft somatische Ursachen für die Beschwerden.“[1)]

„Ein psychiatrischer Notfall ist ein Zustand, der häufig, aber nicht immer, zwangsläufig durch eine psychiatrische Krankheit bedingt ist.“[2)]

„In der Notfallsituation beschränkt sich die Differenzialdiagnose auf den Ausschluss ursächlicher organischer Faktoren“[3)]

1) Beerhorst KS, Kardels B, Beine KH:
Medical Clearance bei psychiatrischen Symptomen. Notfall Rettungsmed 2012 (15): 338-41

2) Mavrogiorgou P, Brüne M, Juckel G: Ärztlich-therapeutisches Vorgehen bei psychiatrischen Notfällen. Deusch Ärztebl 2011:108 (13): 220-30

3) Schönfeldt-Lecuona C, Dirks B, Wolf RC, Pajonk FG, Feudemann RW, Höse A, Connemann B: Notfall+Rettungsmed 2008:11 (8): 531-6

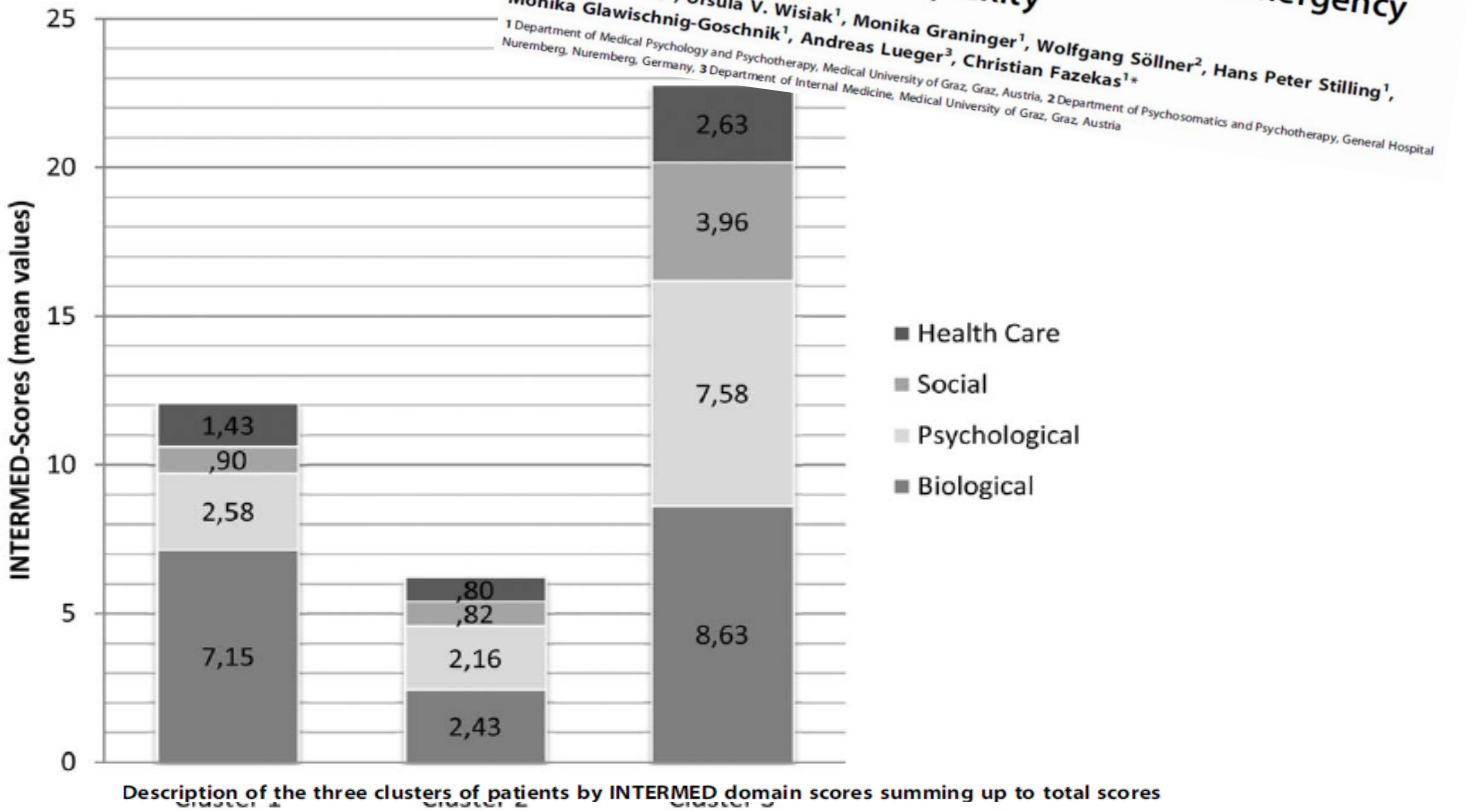
OPEN ACCESS Freely available online

Biopsychosocial Health Care Needs at the Emergency Room: Challenge of Complexity

Franziska Matzer[1], Ursula V. Wisiak[1], Monika Graninger[1], Wolfgang Söllner[2], Hans Peter Stilling[1], Monika Glawischnig-Goschnik[1], Andreas Lueger[3], Christian Fazekas[1]*

1 Department of Medical Psychology and Psychotherapy, Medical University of Graz, Graz, Austria, 2 Department of Psychosomatics and Psychotherapy, General Hospital Nuremberg, Nuremberg, Germany, 3 Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria

PLOS | ONE



Description of the three clusters of patients by INTERMED domain scores summing up to total scores

doi:10.1371/journal.pone.0041775.g002

Einsatz der Psychologinnen und Psychologen in der Notaufnahme des KEH –

ein Modellprojekt

Konsiliar-/Liaison-Psychiatrie:
die Herausforderungen bleibt bestehen!



Volker Arolt

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster

Berlin, 4. 12. 2019

COPES: Ergebnisse – Depressionssymptome

Table 3. Reduction in Depressive Symptoms 3 and 9 Months After ACS[a]

Variable	Usual Care Group (n=77)	Intervention Group (n=80)	Intervention vs Usual Care Group			Nondepressed Cohort (n=80)
			Between-Group Difference	*t* Value	*P* Value	
Depressive symptom score at 3 mo	19.6 (18.2 to 21.1)	19.0 (17.5 to 20.4)	−0.7 (−2.7 to 1.4)	0.64	.52	2.8 (2.3 to 3.3)
Depressive symptom score at 9 mo	17.7 (15.6 to 19.7)	13.2 (11.1 to 15.3)	−4.5 (−7.4 to −1.6)	3.03	.003	3.4 (2.4 to 4.3)
Change in depressive symptom score overall	−1.9 (−3.8 to −0.1)	−5.7 (−7.6 to −3.8)	−3.8 (−6.5 to −1.2)	2.85	.005	0.5 (−0.3 to 1.4)
Men only (n=73)	−1.2 (−3.9 to −1.5)	−4.8 (−7.6 to −2.0)	−3.6 (−7.5 to 0.3)	1.83	.07	. . .
Women only (n=84)	−2.6 (−5.1 to 0.0)	−6.5 (−9.1 to −4.0)	−4.0 (−7.6 to −0.3)	2.16	.03	. . .
Hispanic only (n=68)	−1.6 (−4.4 to 1.3)	−5.1 (−7.9 to −2.2)	−3.5 (−7.6 to 0.5)	1.71	.09	. . .
African American only (n=29)	−1.5 (−5.3 to −2.4)	−7.9 (−12.7 to −3.1)	−6.4 (−12.6 to −0.2)	2.05	.04	. . .

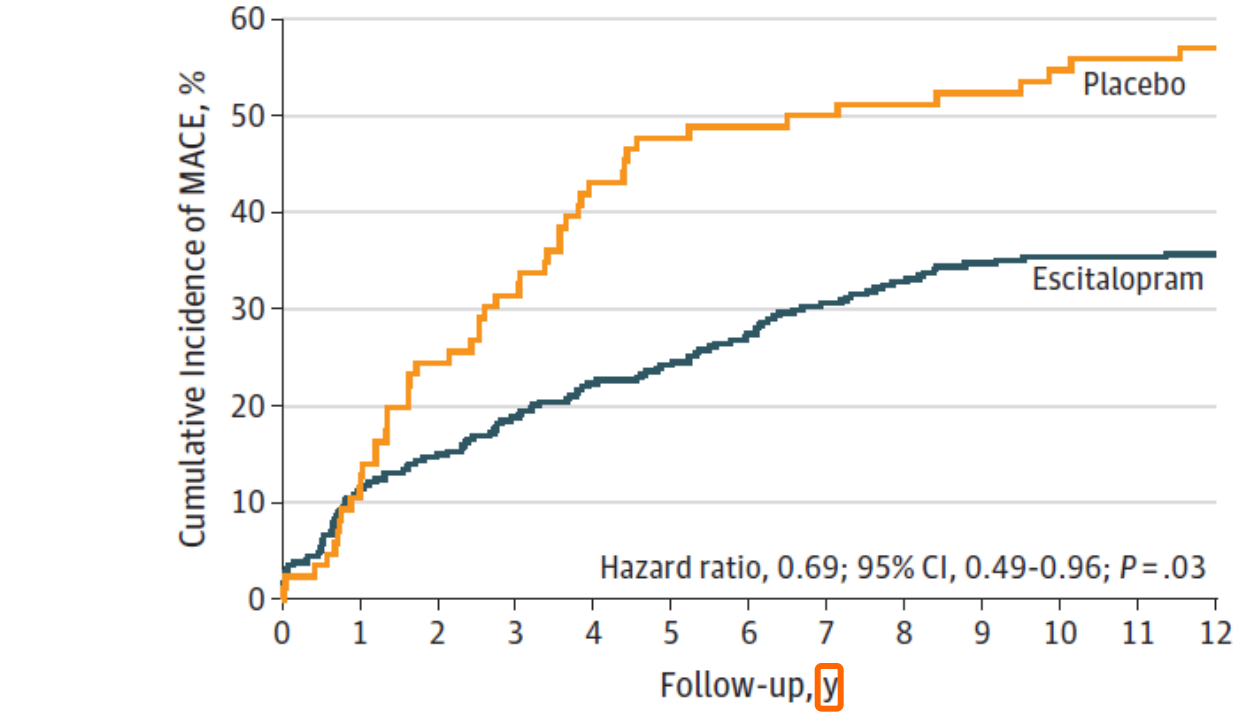
Abbreviations: ACS, acute coronary syndrome; ellipses, not applicable.

[a] Data are presented as mean (95% confidence interval) unless otherwise indicated. Depressive symptom scores were assessed using the Beck Depression Inventory.[25] Multilevel linear mixed models were used to estimate a group × time repeated-measures analysis of variance for the Beck Depression Inventory. Significance tests for change in depressive symptom scores are tests of the group × time interaction effect.

Davidson, K. W. et al. Arch Intern Med 2010;170:600-608. ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

Kumulative Inzidenz von Major Adverse Cardiac Events

Follow-UP der EsDEPACS-Studie (Gwangju, Korea)



No. at risk

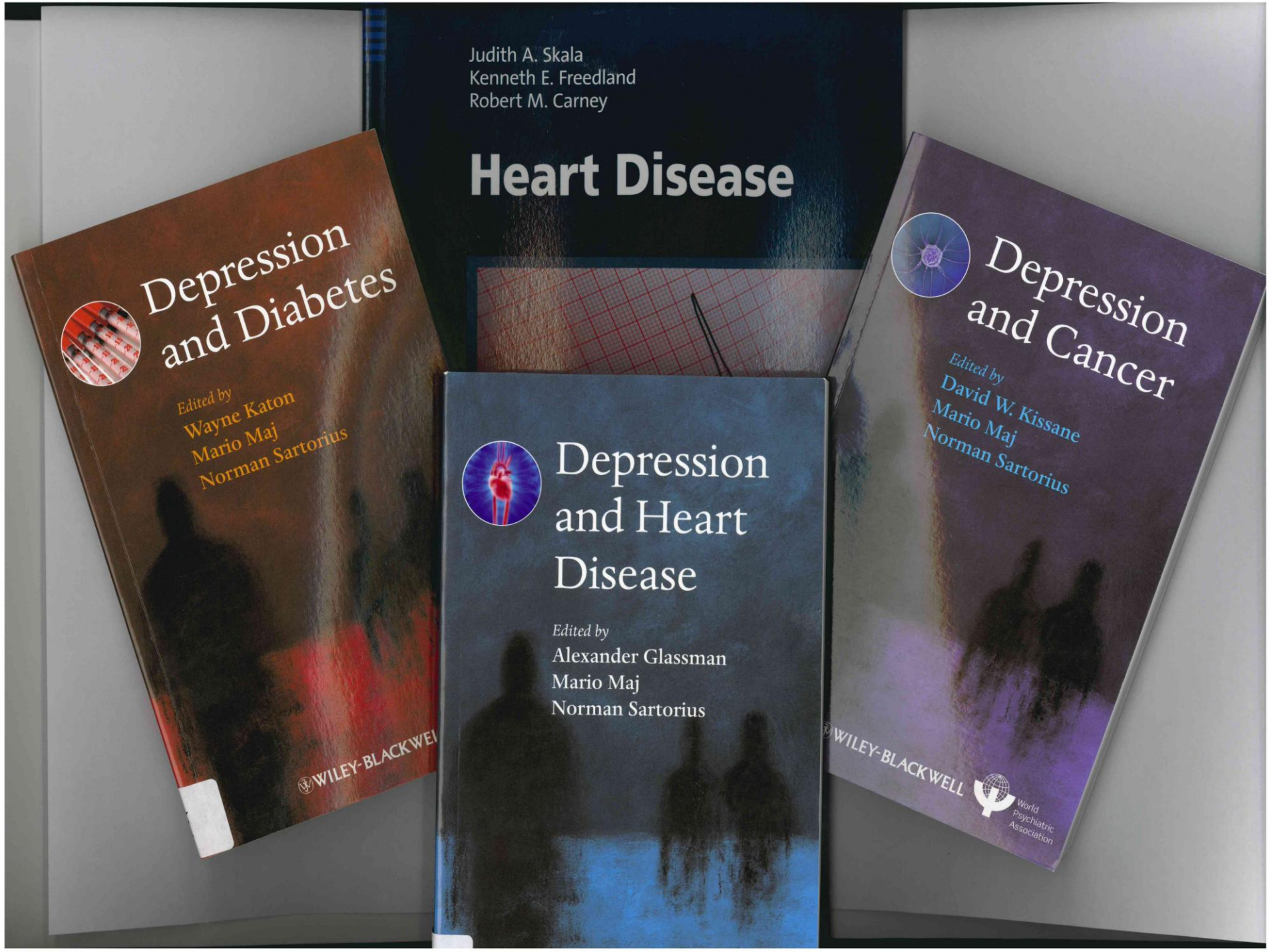
Placebo	151	131	122	109	85	82	81	79	74	72	70	70	70
Escitalopram	149	134	123	117	112	106	100	94	92	90	90	88	88

Kim JM et al. JAMA. 2018;320:350-358.



Psychosomatische Tagesklinik




Judith A. Skala
Kenneth E. Freedland
Robert M. Carney
Heart Disease
Depression and Diabetes
Edited by
Wayne Katon
Mario Maj
Norman Sartorius
WILEY-BLACKWELL
Depression and Heart Disease
Edited by
Alexander Glassman
Mario Maj
Norman Sartorius
Depression and Cancer
Edited by
David W. Kissane
Mario Maj
Norman Sartorius
WILEY-BLACKWELL
World Psychiatric Association

Psychodiabetologische Störungsbilder

Folie von M. Meißner



Konsiliarische Gesprächssituationen in der Psychodiabetologie
-Einführung –



KEH CL-Kurs 24./25.03.2017

Ronald Burian, KEH
Inga-Marlen Pontow, KEH
Albert Diefenbacher, KEH

Vignette 4

Konsil der internistischen Station:
27-jährige Patientin Größe 169 Gewicht: 60kg

Diabetes mellitus Typ 1 seit 2011
HbA1c 7,1%

Therapie: Protaphane 0 – 0 – 0 – 4/6 (zwischen 22.00 – 02.00 Uhr),
Actrapid (20 min. SEA) oder Humalog, berechnet selbst die Dosis
BE-Faktor: 1:1 zu allen Mahlzeiten (bei hoher Aktivität 0,5:1),
Gesamtdosis ca. 15 – 25 IE

SozialAnamnese: ledig, Trennung vom Partner
Hotelfachfrau am Empfang, stellv. Leitung, Schichtdienst

Konsilanfrage:
- Angstattacken in verschiedenen Situationen auftretend, vor allem abends und wenn sie alleine ist.
- Befürchtet, Hypoglykämie und „Schlimmeres“ zu erleiden (bisher nicht erlebt),
- bis zu 100x Woche BZ gemessen,
- „pro forma“ gegessen. Zieht sich zurück,
- schwere Einschränkung der Lebensqualität. Bitte um psychiatrische Stellungnahme und Empfehlung.

Komorbide Depressionen

- cave: Hypoglykämie als Folge eines Suizidversuches oder selbstschädigendem Verhaltens

- Behandlung nach S2-Leitlinie: siehe S3-Leitlinie Depression
  - » Psychotherapie (KVT, IPT, TP, ggf. Stressmanagment)
  - » Pharmakotherapie (cave: SSRI können zu vermehrten Hypoglykämien führen, TZA verschlechtern die Stoffwechsellage, Gewichtszunahme)

Angststörungen

- unklare Datenlage, ob Angststörungen häufiger bei Diabetikern auftreten
- Auswirkungen der Komorbidität: überdurchschnittliche Belastung im Umgang mit Diabetes und Lebenszufriedenheit
- diabetesbezogene Ängste:

  - **Hypoglykämieangst:** übermäßige Angst vor Hypoglykämie, erschwerte Diskrimination Angstsymptome/hypoglykämische Symptome, diabetesspezif. Vermeidungsverhalten (erhöhte BZ-Werte, häufiges Messen, kein Sportnie alleine zu Hause etc.)

  - **Angst vor Diabetesfolgen**

  - **Insulinspritzenphobie (selten)**

Angststörungen

S2-Leitlinie

- Behandlung komorbider Angststörungen: siehe S3-Leitlinie Angststörungen
- Behandlung diabetesbezogener Ängste/Angststörungen:

>>> 1. Wahl : Verhaltenstherapie ***bei einem diabetologisch erfahrenen Psychotherapeuten***

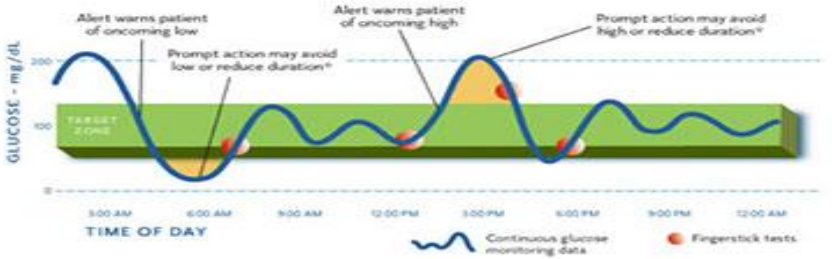
Differenzierung zwischen Symptomen der Panikattacke und der Hypoglykämie

Angst-Symptome	Hypoglykämie-Symptome
Unruhe, Aktivierung, Harndrang, Hitzewelle und trockener Mund, Kloß im Hals, Herzklopfen, wie in „Watte gepackt“, kognitive Katastrophisierung bzgl. des Blutzuckers	Erschöpfung, Übelkeit, Heißhunger, Schweregefühl der Gliedmaßen und Gedanken an eine schnelle „Zuckeraufnahme“



Abbott FreeStyle Libré





Differenzierung zwischen Symptomen der Panikattacken und der Hypoglykämie

Komorbidität von Hypoglykämieangst und Panikstörung bei einer Patientin mit Typ-1-Diabetes - Kombinationsbehandlung mit Verhaltenstherapie und kontinuierlicher Glukosemessung (CGM) in einer psychosomatischen Tagesklinik

Comorbidity of hypoglycaemia anxiety and panic disorder in a patient with type-1 diabetes -
Combined treatment with cognitive-behavioral therapy and Continuous Glucose Monitoring (CGM) in a psychosomatic day-treatment center

Autoren:
Inga-Marlen Pontow
Dr. med. Jan Theil
Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher MBA

DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift

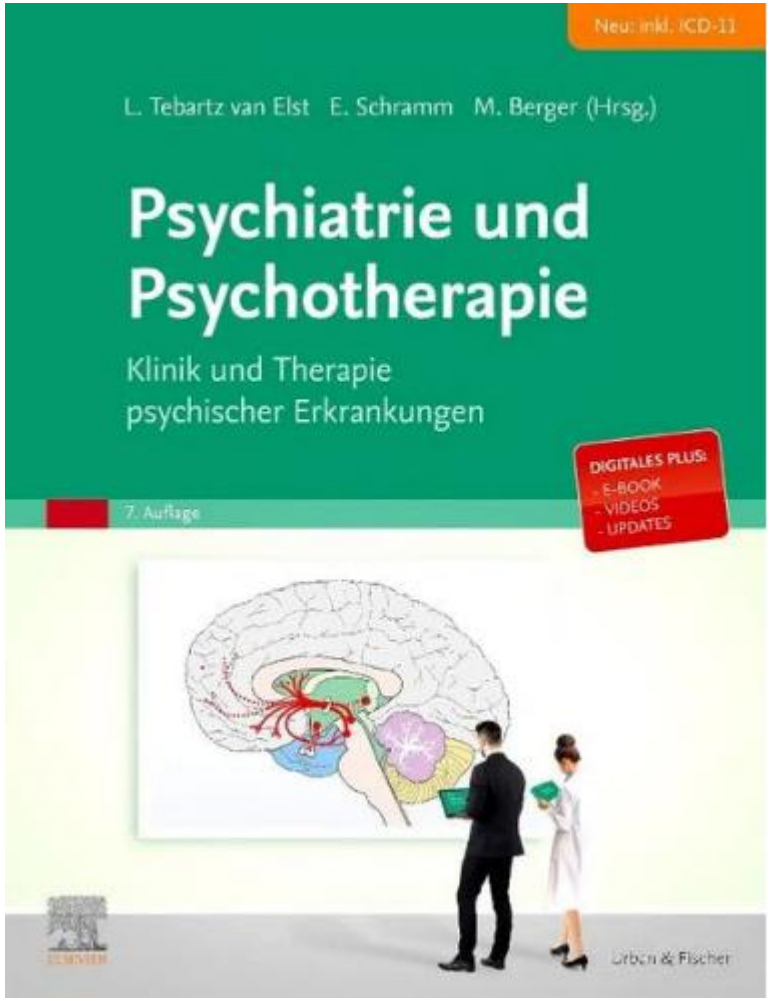
Kasuistik

Komorbidität von Hypoglykämieangst und Panikstörung bei einer Patientin mit Typ-1-Diabetes – Kombinationsbehandlung mit Verhaltenstherapie und kontinuierlicher Glukosemessung (CGM) in einer psychosomatischen Tagesklinik

Comorbidity of hypoglycaemia anxiety and panic disorder in a patient with type-1 diabetes – Combined treatment with cognitive-behavioral therapy and Continuous Glucose Monitoring (CGM) in a psychosomatic day-treatment center

Dtsch Med Wochenschr 2020; 145(05): 314-317
DOI: 10.1055/a-1038-9291

C-L-Psychiatrie und Psychotherapie



Kapitel 34: Konsiliar- und Liaisondienste für psychische Störungen

Nickel, Diefenbacher, Burian, Härter (2024)

Psychotherapie im CL-Dienst - *abhängig von der Organisationform*

- **A: Klassische Konsile** *(„on call“, „Feuerwehr“):*
  - Überwiegend Einmal- Kontakte
  - Zeit/Konsil bei Erstkontakt ca. 60-75min *(einschließlich Dokumentation)*

- **B: Liaison- Projekte**
  - Integration des CL-Psychiaters in ein nicht-psychiatrisches Team
  - Arbeit mit Patienten und Team
  - Meist bei chronischen und komplexen Erkrankungen
    - Psychoonkologie
    - Schmerztherapie
    - Psychodiabetologie
    - Psychokardiologie etc.

Definition

Liaisonpsychiatrie

zeitlich intensivere Integration des Psychiaters in einen Bereich der somatischen Medizin, wo er ***regelmäßig***, also auch ohne direkte Anforderung, präsent ist.

(Diefenbacher, 1999)


Leitlinie

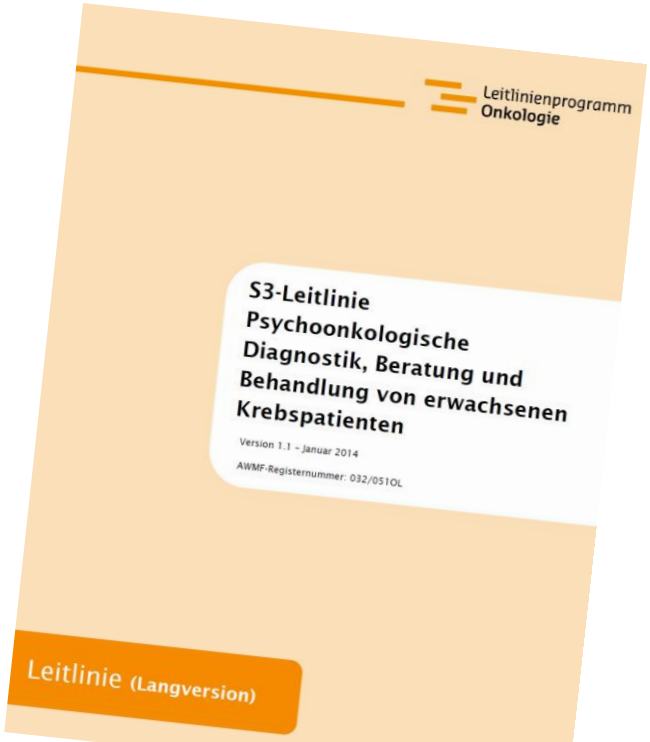
Psychosoziales und Diabetes (Teil 1)*
S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung

Psychosocial Aspects of Diabetes Mellitus (Part 1)
S2-Guideline Psychosocial Aspects of Diabetes – Long Version

Autoren B. Kulzer[1], C. Albus[2], S. Herpertz[3], J. Kruse[4], K. Lange[5], F. Lederbogen[6], F. Petrak[7]

Institute Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Prof. Dr. med. Diefenbacher, Berlin



Nervenarzt 2025 · 96:325–328
https://doi.org/10.1007/s00115-025-01843-5
Angenommen: 2. Mai 2025

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2025

Konsiliar-Liaison-Psychiatrie – psychiatrische Grundversorgung im Allgemeinkrankenhaus

Albert Diefenbacher[1] · Katharina Domschke[2]
[1] Masterstudiengang Musiktherapie, Universität der Künste Berlin, Berlin, Deutschland
[2] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland



Konsiliar-Liaison(CL)-Psychiatrie ist die diagnostische und therapeutische Tätigkeit von Psychiatern auf den nichtpsychiatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern und deren Notaufnahmen. Konsiliarpsychiatrie bezeichnet dabei, wenn Psychiater auf Anforderung anderer Ärzte tätig werden. Liaison-Psychiatrie meint die seltenere regelmäßige kooperative Tätigkeit mit dem Psychiater als fester Bestandteil eines multidisziplinären Teams [14].

» Parallelstrukturen mit psychosomatischen Konsildiensten haben sich kooperativ etabliert

Konsiliar-Liaison-Psychiatrie hat sich in

Sektor betrachten und somit als ein „Filter", um diese Patienten durch psychiatrische Konsildienste in spezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote weiterzuvermitteln [14].

Nickel et al. diskutieren den Einsatz von Screeninginstrumenten in Notaufnahmen, die mit einem standardisierten Vorgehen in der somatischen Abklärung verhaltensauffälliger Patienten deren übereilte Zuweisung in die psychiatrische Weiterbehandlung vermeiden und zur Beschleunigung von Abläufen und Vermeidung aggressiver Stimmung in diesem Setting beitragen könnten [9].

Matzer et al. [13] ha
internistischen univers
me (NA) auf das Vorli

Albert Diefenbacher MBA & Katharina Domschke
1191 Accesses 1 Citation Explore all metrics →



Open Access Psychiatrische Notfälle | Übersicht..

Psychiatrische Konsiliar- und Liaisontätigkeit in der Notaufnahme/Rettungsstelle

Kathrin Nickel, Katharina Domschke, Dieter Ebert

Open Access Methadon | Übersichten

Drogenbezogene Probleme im psychiatrischen Konsildienst

Norbert Scherbaum, Udo Bonnet

Open Access Delir | Übersichten

Delir im psychiatrischen Konsildienst

Eike Ahlers

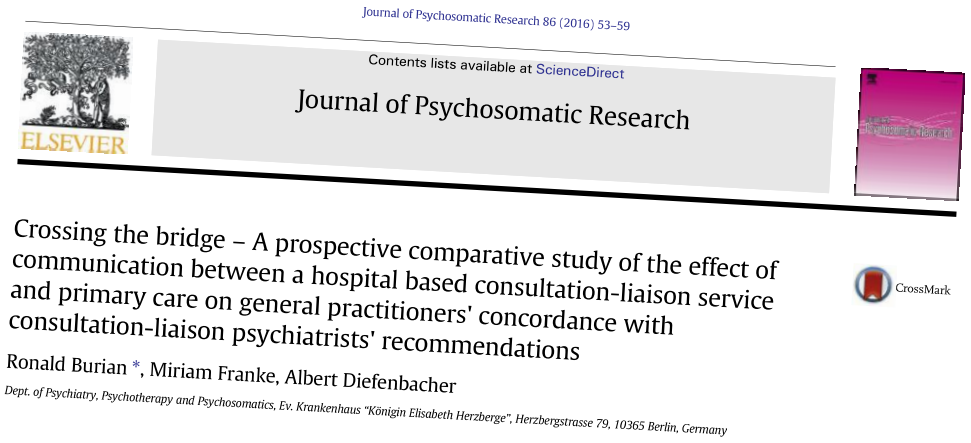
Psychiatrie und Psychosomatik | Übersichten

Schwierige Arzt-Patienten-Interaktionen im psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst lösen: der Nutzen von Bindungsmodellen

Ronald Burian

Die Schnittstelle vom KL-Dienst zur Ambulanten Behandlung

- RCT (N=117)
- KL-Patienten mit Angst und Depression
- Nur 20% der Patienten erhielten die empfohlene Depressionsbehandlung durch ihre HÄ nach Entlassung
- Bei Telefonat KL-HÄ: 85%



Journal of Psychosomatic Research 86 (2016) 53–59

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Psychosomatic Research

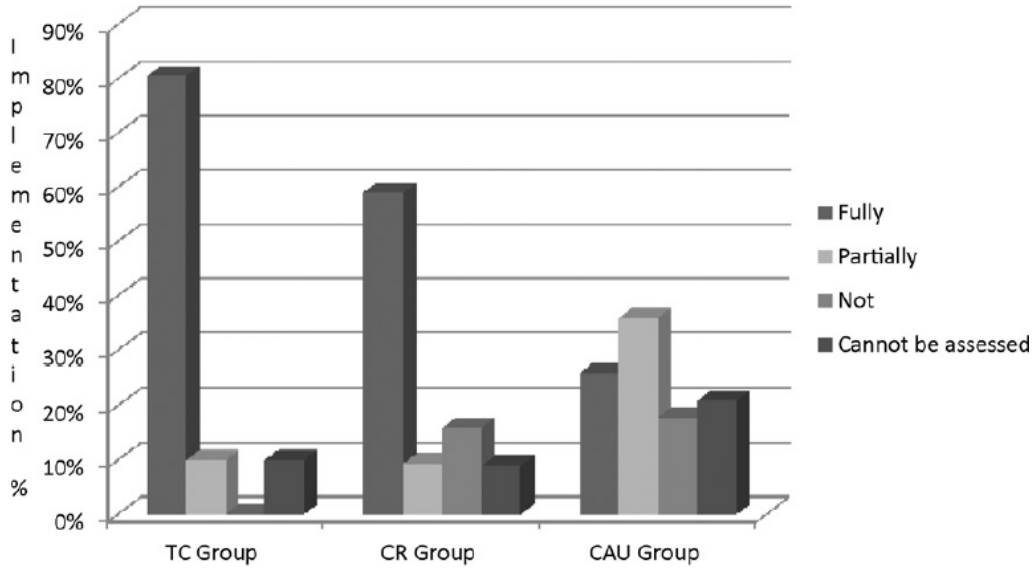
Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations

Ronald Burian *, Miriam Franke, Albert Diefenbacher

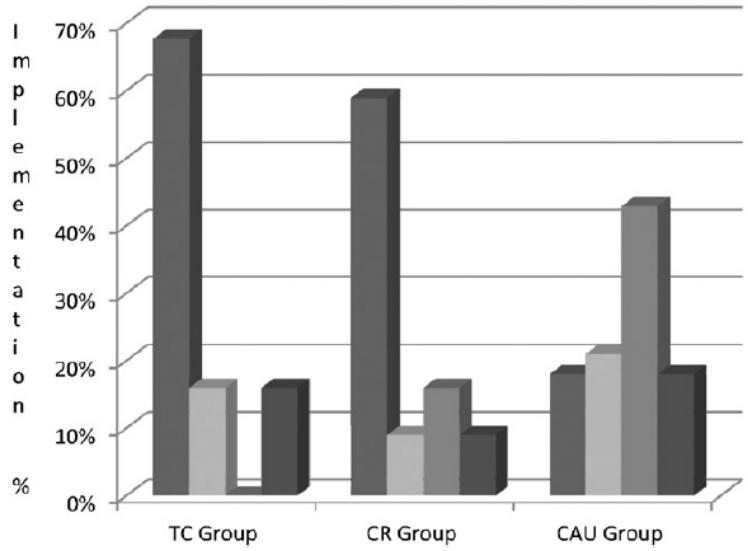
Dept. of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, Ev. Krankenhaus "Königin Elisabeth Herzberge", Herzbergstrasse 79, 10365 Berlin, Germany

Miteinander Reden ist effektiv!

Psychopharmakotherapie

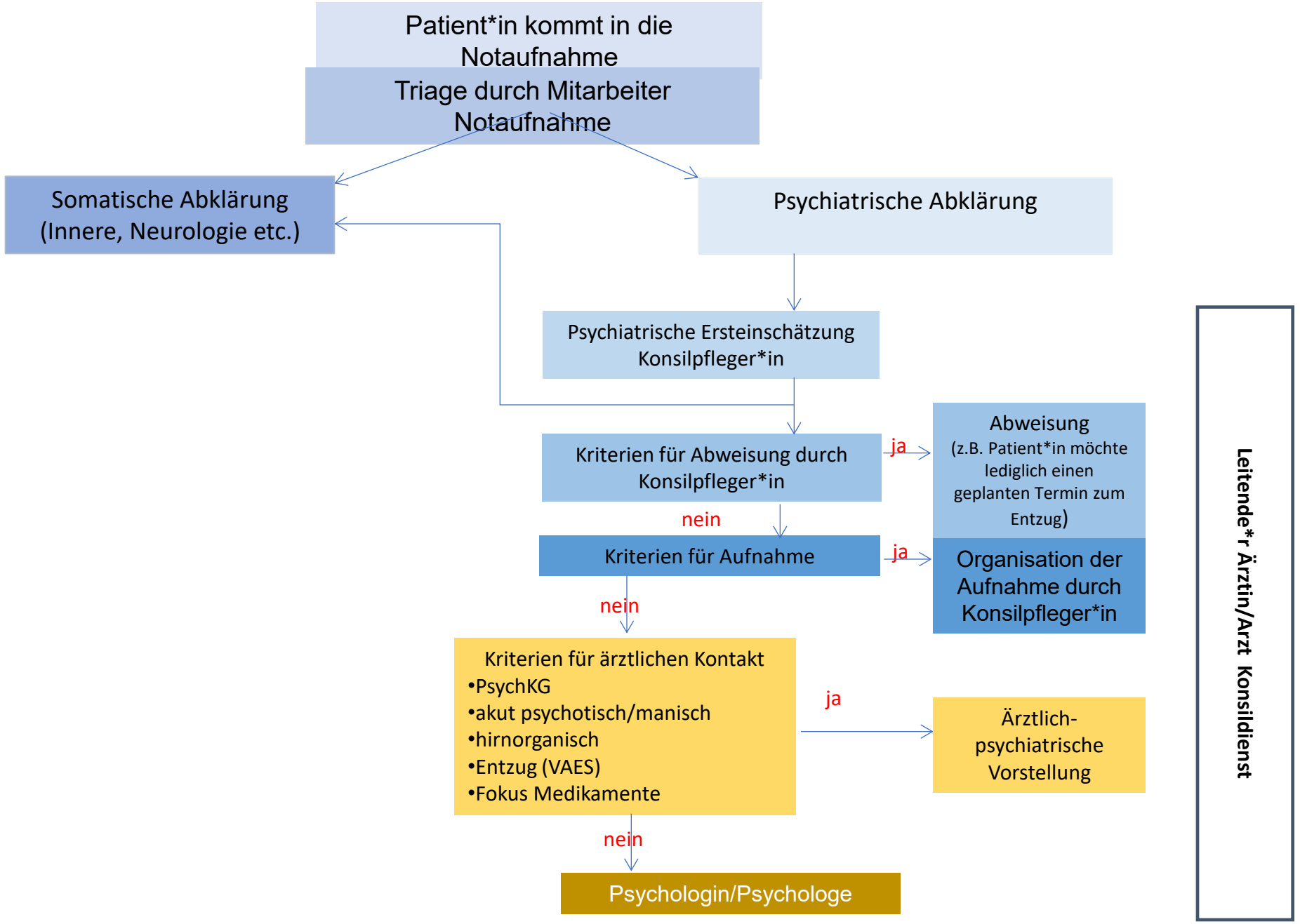


Psychotherapie



TC = telephone call, CR = consultation report, CAU = discharge letter

Burian R, Franke M, Diefenbacher A. J Psom Res 2016; 86: 53-59


Patient*in kommt in die Notaufnahme
Triage durch Mitarbeiter Notaufnahme
Somatische Abklärung (Innere, Neurologie etc.)
Psychiatrische Abklärung
Psychiatrische Ersteinschätzung Konsilpfleger*in
Kriterien für Abweisung durch Konsilpfleger*in
ja
Abweisung (z.B. Patient*in möchte lediglich einen geplanten Termin zum Entzug)
nein
Kriterien für Aufnahme
ja
Organisation der Aufnahme durch Konsilpfleger*in
nein
Kriterien für ärztlichen Kontakt
•PsychKG
•akut psychotisch/manisch
•hirnorganisch
•Entzug (VAES)
•Fokus Medikamente
ja
Ärztlich-psychiatrische Vorstellung
nein
Psychologin/Psychologe
Leitende*r Ärztin/Arzt Konsildienst

Delirium: a Biopsychosocial Approach

Diagnosis and management of **delirium**, which can be regarded as a '**psychosomatic illness**' *strictu sensu*, may be regarded as a "marker" of the overall quality of care given by a general hospital *(Diefenbacher, Leentjens 2005).*

George L. **Engel** (1913 – 1999) und John **Romano** (1911 – 1994)

beschrieben 1959 erstmals den Zusammenhang von gestörter Stoffwechselaktivität, klinischer Symptomatik und den EEG-Veränderungen beim Delir.

NEUROPSYCHIATRY CLASSICS



George L. Engel

Delirium, A Syndrome of Cerebral Insufficiency

George L. Engel, M.D.
John Romano, M.D.

Reprinted (abstract/excerpted) with permission from G. L. Engel and J. Romano, J Chronic Dis 1959; 9:260-277.

Delir (ICD-10 F05)

Hyperästhetisch-emotionaler Schwächezustand

(Bonhoeffer 1912)

- Achsensymptom Bewusstseinstrübung kann auch fehlen !

- *Launische Reizbarkeit,*
  Affektinkontinenz,
  Neigung zu Tränenausbrüchen

BIO-*psychosozial*

Pathoetiological Model of Delirium *(Maldonado 2008)*

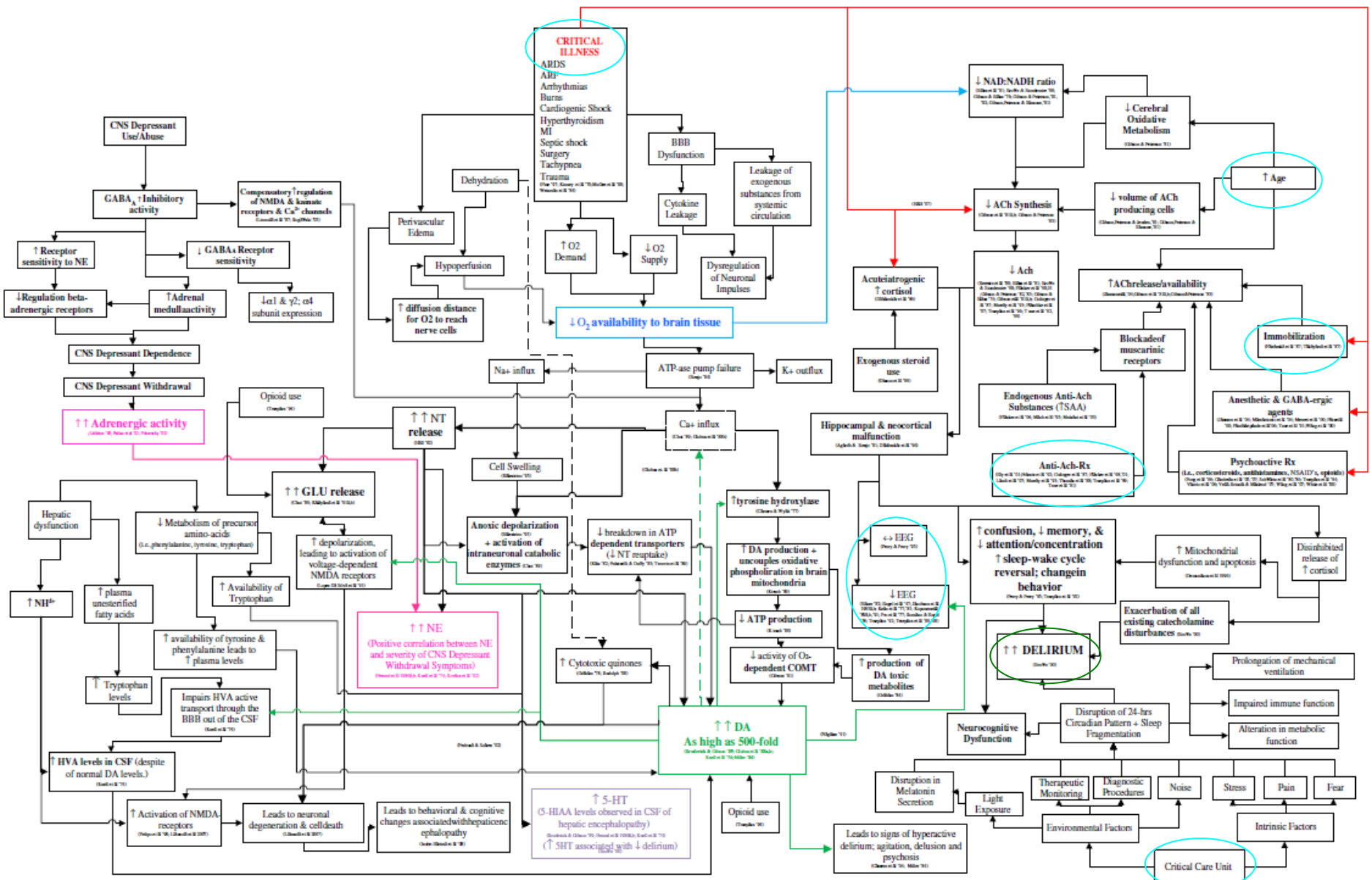
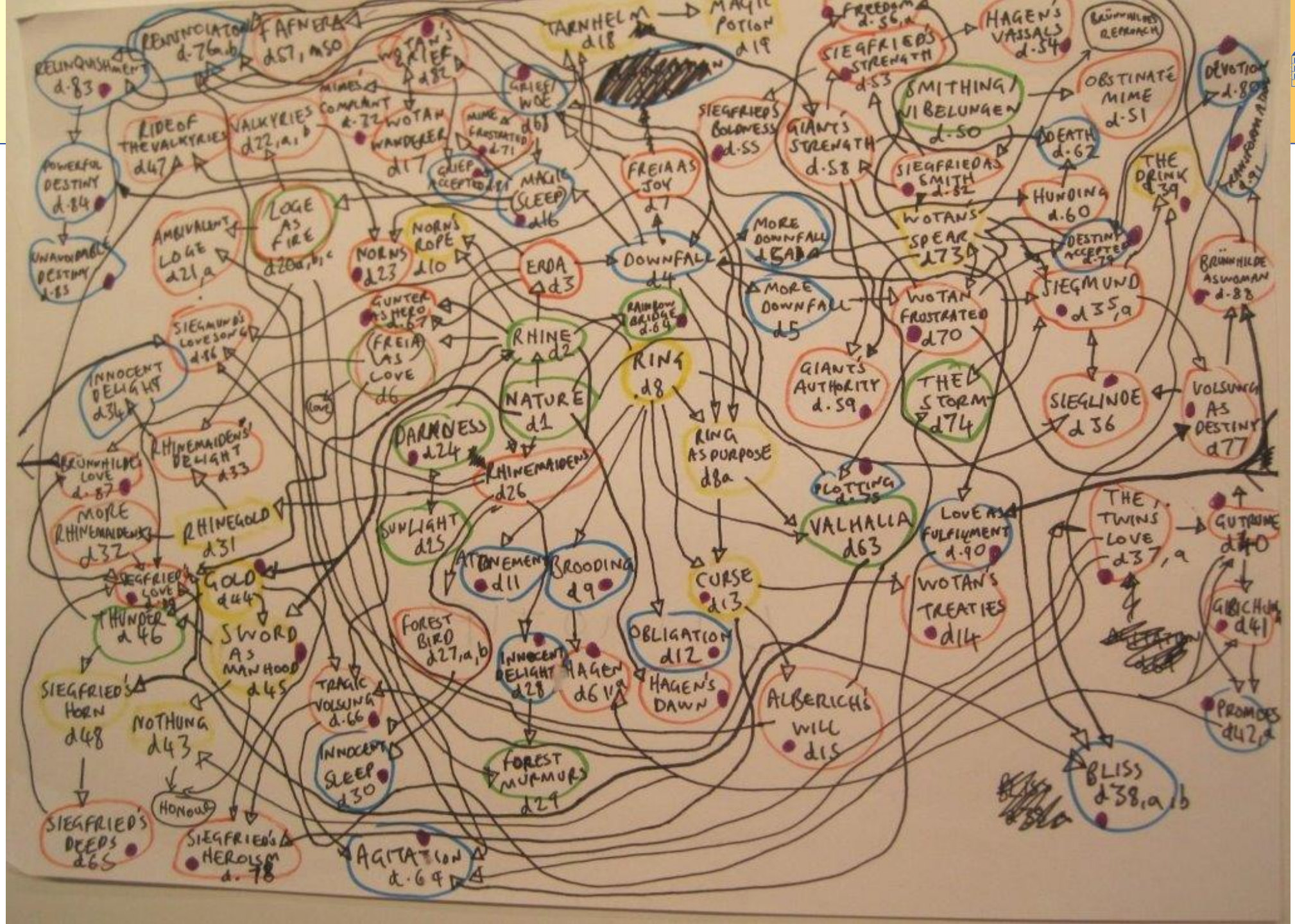


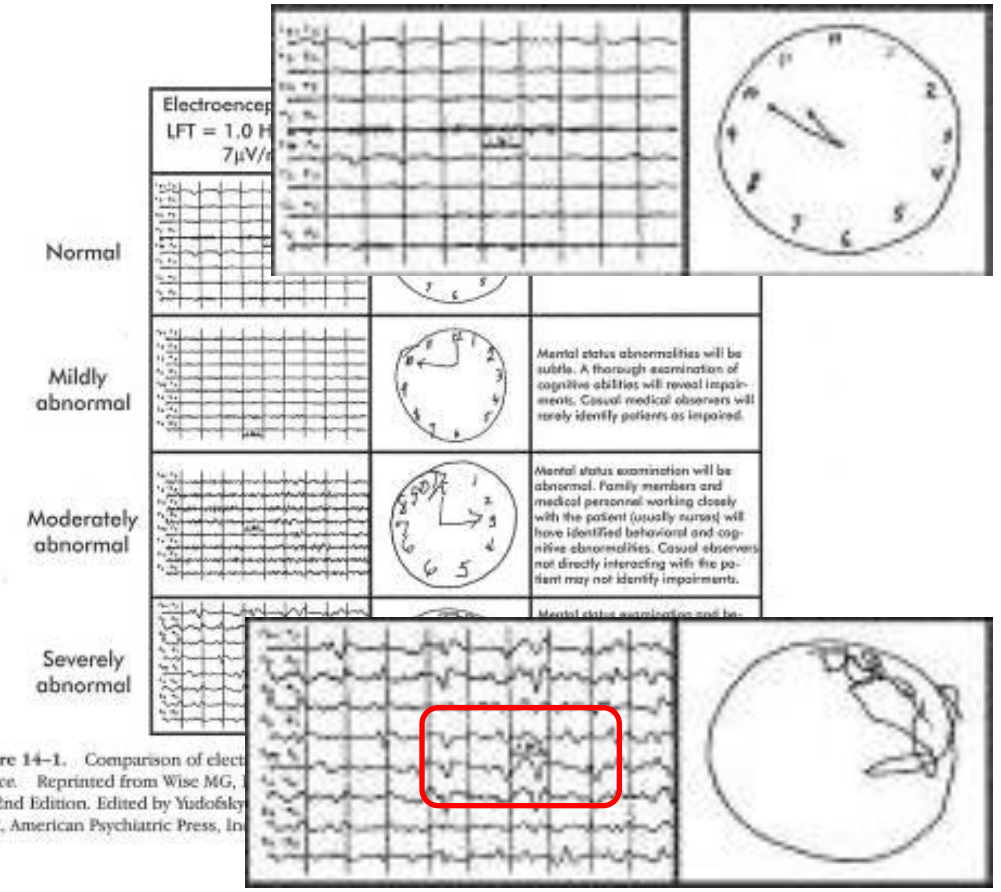
Fig. 1. A basic pathoetiological model of delirium.


RENUNCIATION d-76a,b
FAFNER d57, m50
WOTAN'S GRIEF d52
TARNHELM d18
MAGIC POTION d19
FREEDOM d-56,a
SIEGFRIED'S STRENGTH d-53
HAGEN'S VASSALS d-54
BRÜNNHILDE'S REPROACH
RELINQUISHMENT d-83
MIMES COMPLAINT d-72
GRIEF/WOE d61
SIEGFRIED'S BOLDNESS d-55
GIANT'S STRENGTH d-58
SMITHING! NIBELUNGEN d-50
OBSTINATE MIME d-51
DEVOTION d-80
RIDE OF THE VALKYRIES d47
VALKYRIES d22,a,b
WOTAN WANDERER d17
MIME FRUSTRATED d-71
GRIEF ACCEPTED d-81
MAGIC SLEEP d16
FREIA AS JOY d7
SIEGFRIED AS SMITH d-52
DEATH d-62
THE DRINK d39
POWERFUL DESTINY d-84
HUNDING d60
AMBIVALENT LOGE d21,a
LOGE AS FIRE d20a,b,c
NORNS d23
NORN'S ROPE d10
ERDA d3
DOWNFALL d4
MORE DOWNFALL d5a,b
WOTAN'S SPEAR d39
DESTINY ACCEPTED d-79
UNAVOIDABLE DESTINY d-85
MORE DOWNFALL d5
WOTAN FRUSTRATED d70
SIEGMUND d35,a
BRÜNNHILDE AS WOMAN d-88
GUNTER'S HERO d-67
RAINBOW BRIDGE d-69
SIEGMUND'S LOVESONG d-86
FREIA AS LOVE d6
RHINE d2
RING d8
GIANT'S AUTHORITY d59
THE STORM d74
SIEGLINDE d36
VOLSUNG AS DESTINY d77
INNOCENT DELIGHT d34
NATURE d1
DARKNESS d24
RHINEMAIDENS d26
RING AS PURPOSE d8a
PLOTTING d-58
VALHALLA d63
LOVE AS FULFILMENT d-90
THE TWINS' LOVE d37,a
GUTRUNE d40
BRÜNNHILDE'S LOVE d-87
RHINEMAIDENS' DELIGHT d33
MORE RHINEMAIDENS d32
RHINEGOLD d31
SUNLIGHT d25
ATONEMENT d11
BROODING d9
CURSE d13
WOTAN'S TREATIES d14
GIBICHUNG d41
SIEGFRIED'S LOVE d-89
GOLD d44
THUNDER d46
SWORD AS MANHOOD d45
FOREST BIRD d27,a,b
OBLIGATION d12
HAGEN d61,a
HAGEN'S DAWN
ALBERICH'S WILL d15
PROMISE d42,a
SIEGFRIED'S HORN d48
NOTHUNG d43
TRAGIC VOLSUNG d-66
INNOCENT SLEEP d30
FOREST MURMURS d29
BLISS d38,a,b
HONOUR
SIEGFRIED'S DEEDS d65
SIEGFRIED'S HEROISM d-78
AGITATION d-64

Bed side tests

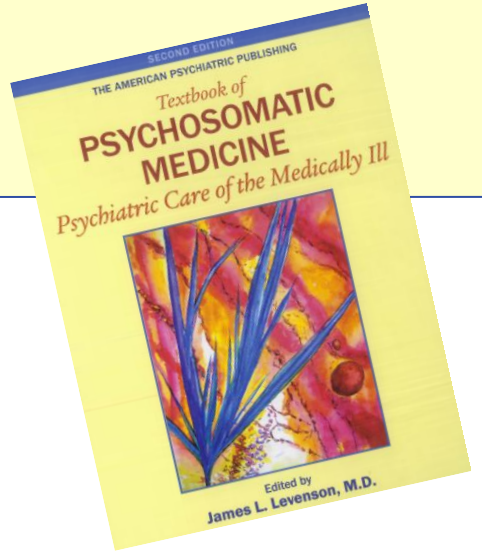
- **Short-Mini-Mental-State-Examination** („sMMS“)
  - 3 words 3 p.
  - Time/orientation 4p.
  - Serial 7´s 5p.
  - 3 words memory 3p.
  - score 15p.
  - **Cut off: failures 4/5**
  - **Time: max. 2 min**

- **Clock Completion Test**

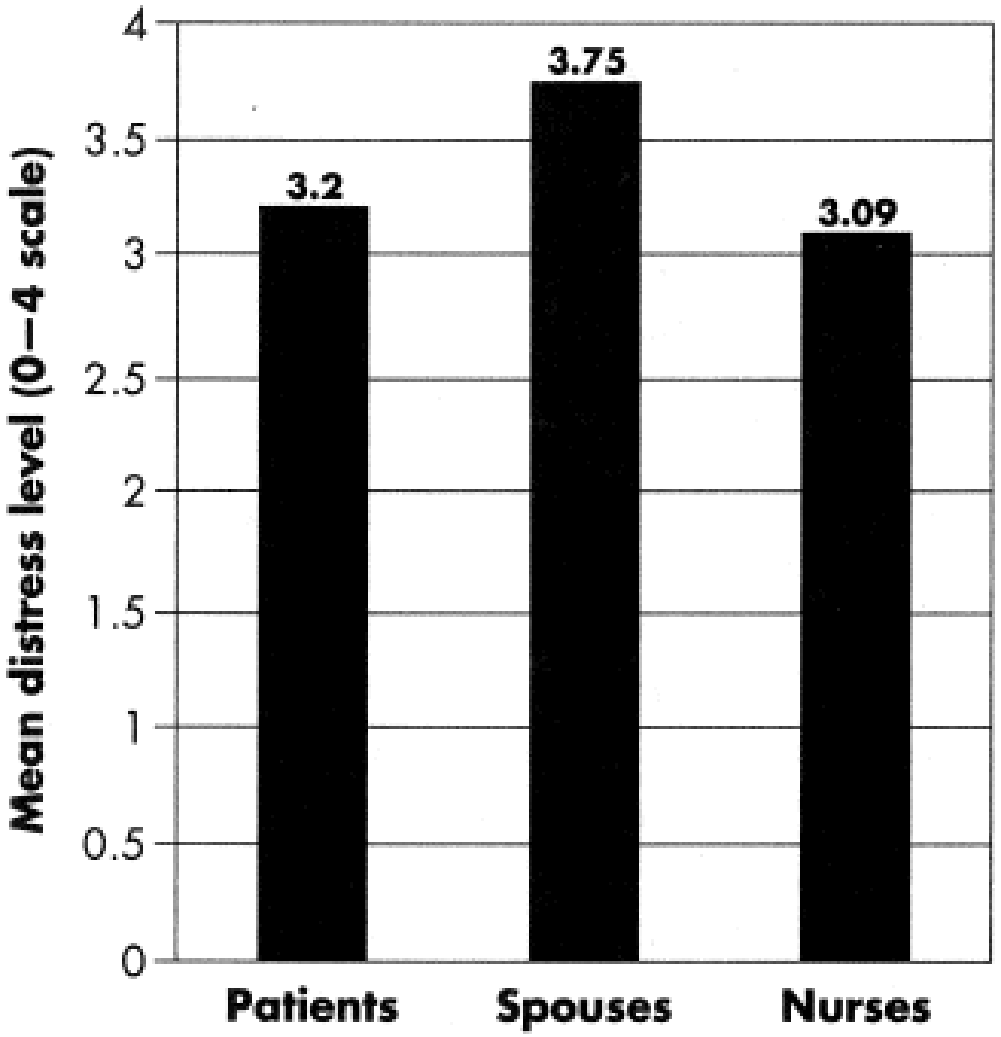


Bio-PSYCHO-*social*

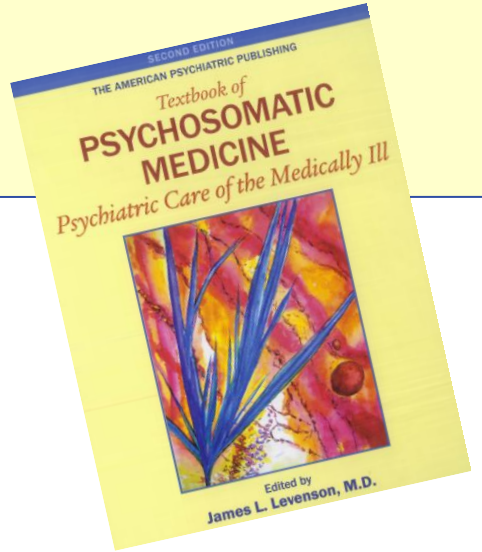
Distress?



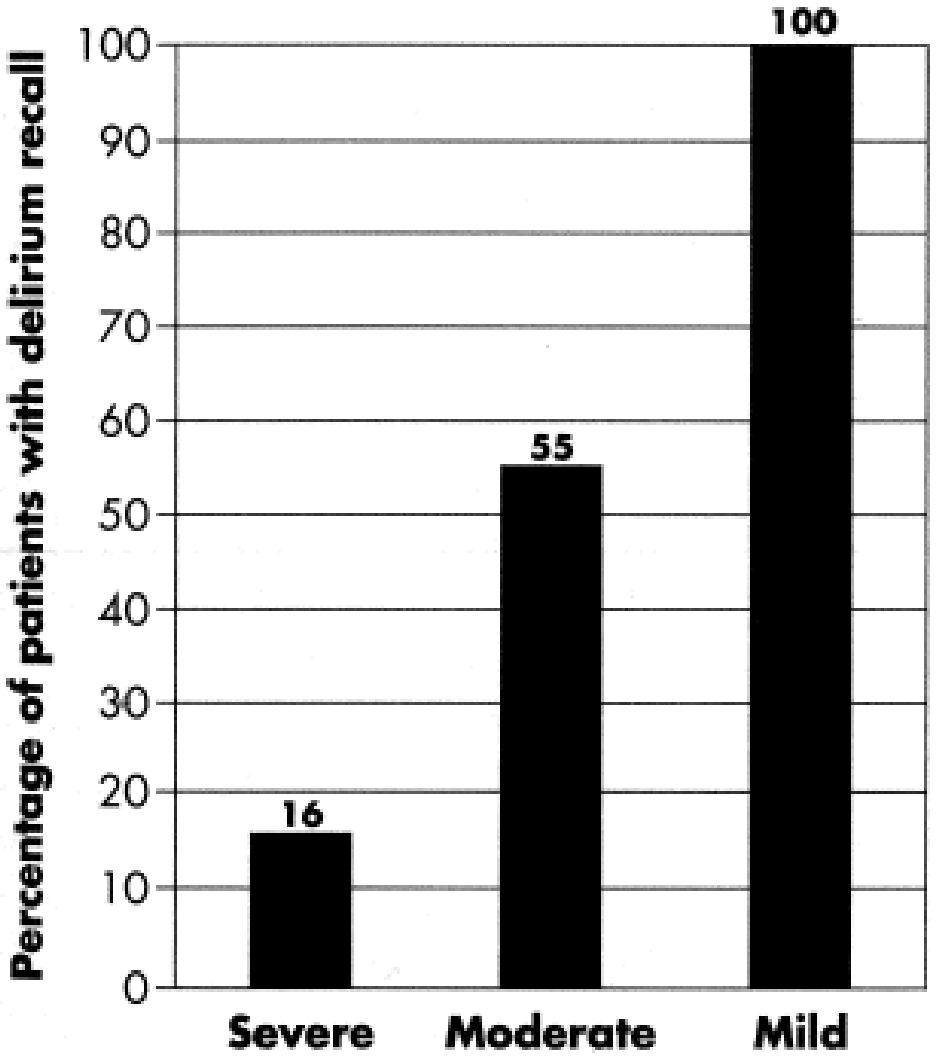
Levenson (Hrsg):
Textbook of Psycsomatic Medicine, 2011, Fig. 5-2, p. 75



Is there always amnesia ?



Levenson (Hrsg):
Textbook of Psycsomatic Medicine,
2011, Fig. 5-2, p. 75



PTSD in Delirium?

Postoperative delirium is an independent risk factor for posttraumatic stress disorder in the elderly patient: a prospective observational study.

Drews T et al., Eur J Anaesthesiol 2015 Mar; 32(3)

> The prevalence of PTSD 3 month after surgery in elderly patients was high using the screening instrument PTSS-14 (12 %)

… post-traumatic stress disorder … following discharge from an intensive care unit.

Svenningsen H, Dan Med J 2013 Apr; 60(4)

- After 2 vs. 6 months, PTSD was found in 7 % vs. 5 %, anxiety in 6 % vs. 4 %, and depression in 10 % at both interviews.

*Bio-psycho-**SOZIAL***

ORIGINALARBEIT

Prävention des postoperativen Delirs

Eine prospektive Intervention mit gerontopsychiatrischer Liaisonpflege auf chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus

Torsten Kratz, Manuel Heinrich, Eckehard Schlauß, Albert Diefenbacher

ZUSAMMENFASSUNG

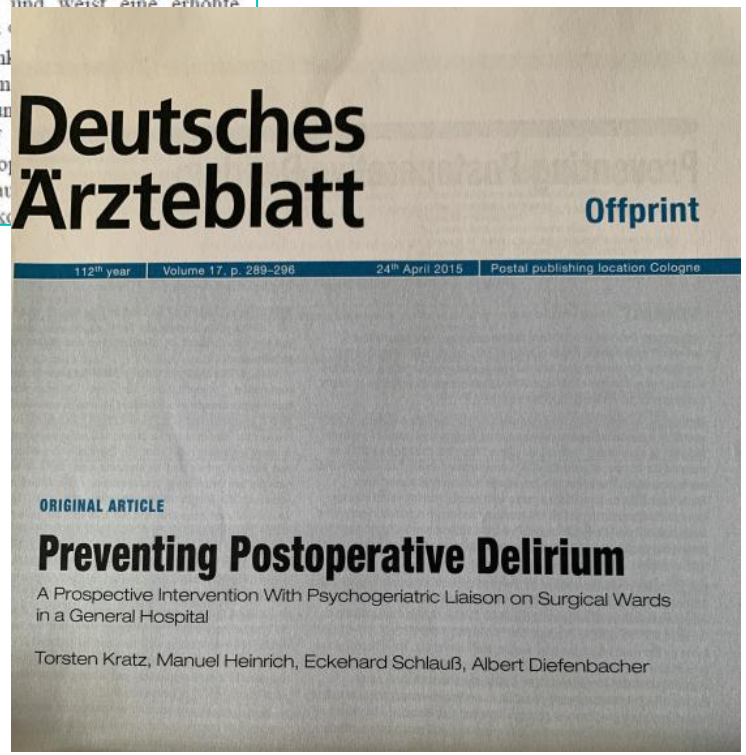
Hintergrund: Delirien komplizieren häufig die stationäre Behandlung älterer Patienten und führen sowohl zu erhöhter Verweildauer, Kosten sowie Pflegeaufwand als auch gegebenenfalls zu einer Heimeinweisung. Insbesondere postoperativ treten Delirien bei älteren und kognitiv eingeschränkten Patienten auf.

Methode: In einer offenen Studie wurde auf zwei chirurgischen Stationen eines Allgemeinkrankenhauses systematisch die Häufigkeit postoperativer Delirien bei über 70 Jahre alten Patienten erhoben. In einer sechsmonatigen Prävalenzphase wurde die Anzahl der postoperativ deliranten Patienten im Untersuchungszeitraum (März bis August 2011) erhoben, aber noch nicht interveniert. Nach Abschluss der Prävalenzphase führte ein geschulter Delirpfleger während eines zehnmonatigen Zeitraums (September 2011 bis Juni 2012) auf einer der beiden Stationen Interventionen durch, die sich an das „Hospital Elder Life Program" (HELP) anlehnten. Das Ziel dieser Maßnahmen war die Prävention

Mit dem Begriff des Delirs werden alle akuten psychischen Störungen bezeichnet, die eine organische Ursache haben und mit einer Bewusstseinstrübung sowie einer kognitiven Störung einhergehen (1, 2).

Das Delir ist mit 14–56 % die häufigste Komplikation bei über 70-jährigen Patienten in der stationären Behandlung (3) und weist eine erhöhte Mortalitätsrate von 25–33 % erhöht die Wahrscheinlichk der mit Abstand bedeutsam besondere in den Abteilun und Chirurgie sowie auf 50 % aller Patienten postop Delir erhöht die Verweildau geaufwand und das Risik

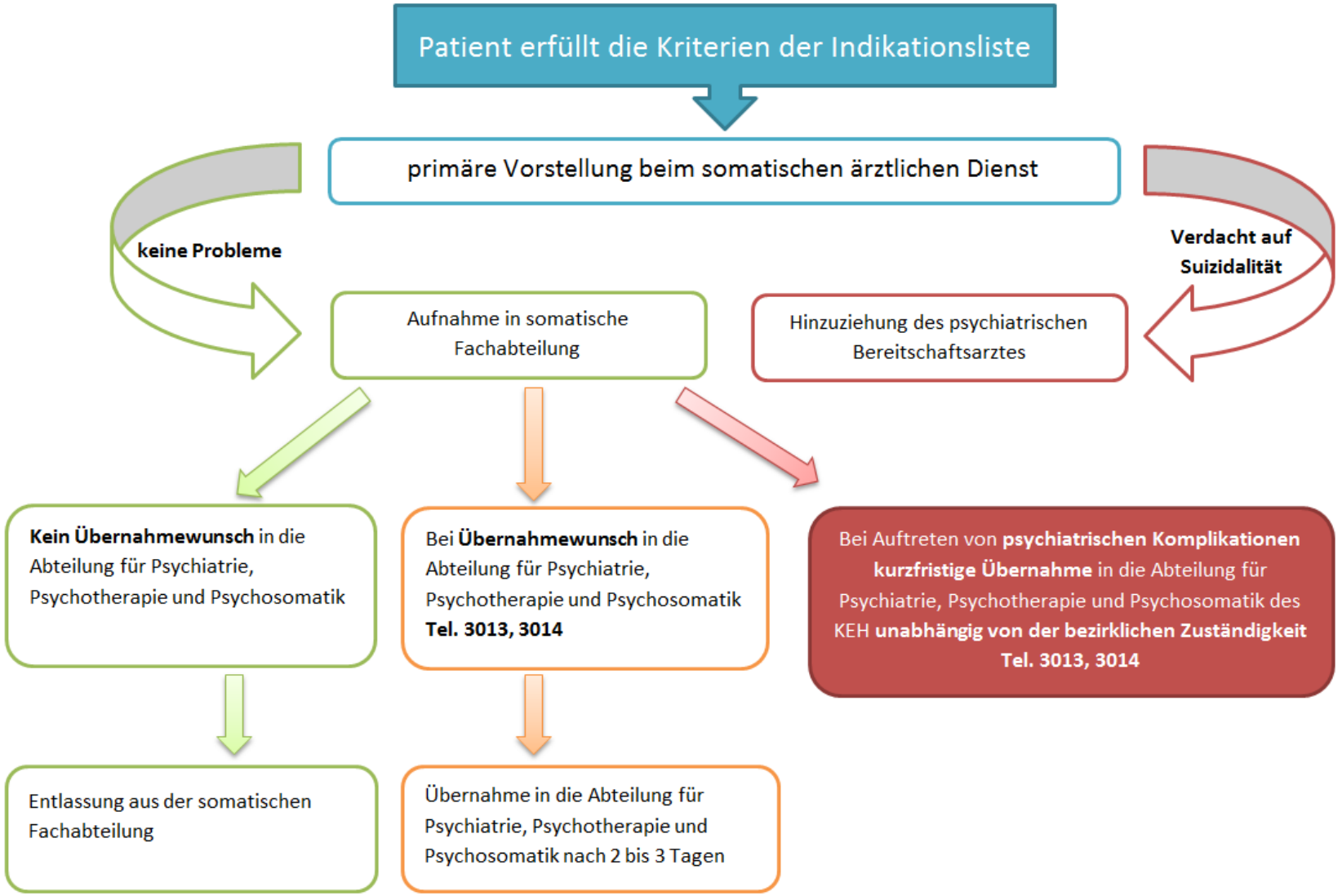
Deutsches Ärzteblatt 2015, Jg. 112, Heft 17, S. 289-296



Diagnosis and management of **delirium**, which can be regarded as a '**psychosomatic illness**' *strictu sensu*, may be regarded as a "marker" of the overall quality of care given by a general hospital.

(Diefenbacher, Leentjens 2005)

Algorithmus für Alkoholentgiftungen in den somatischen Abteilungen des KEH



Psychotherapie im CL-Dienst

Four Prototypes of Psychiatric Consultation

(According to Lipowski 1996)

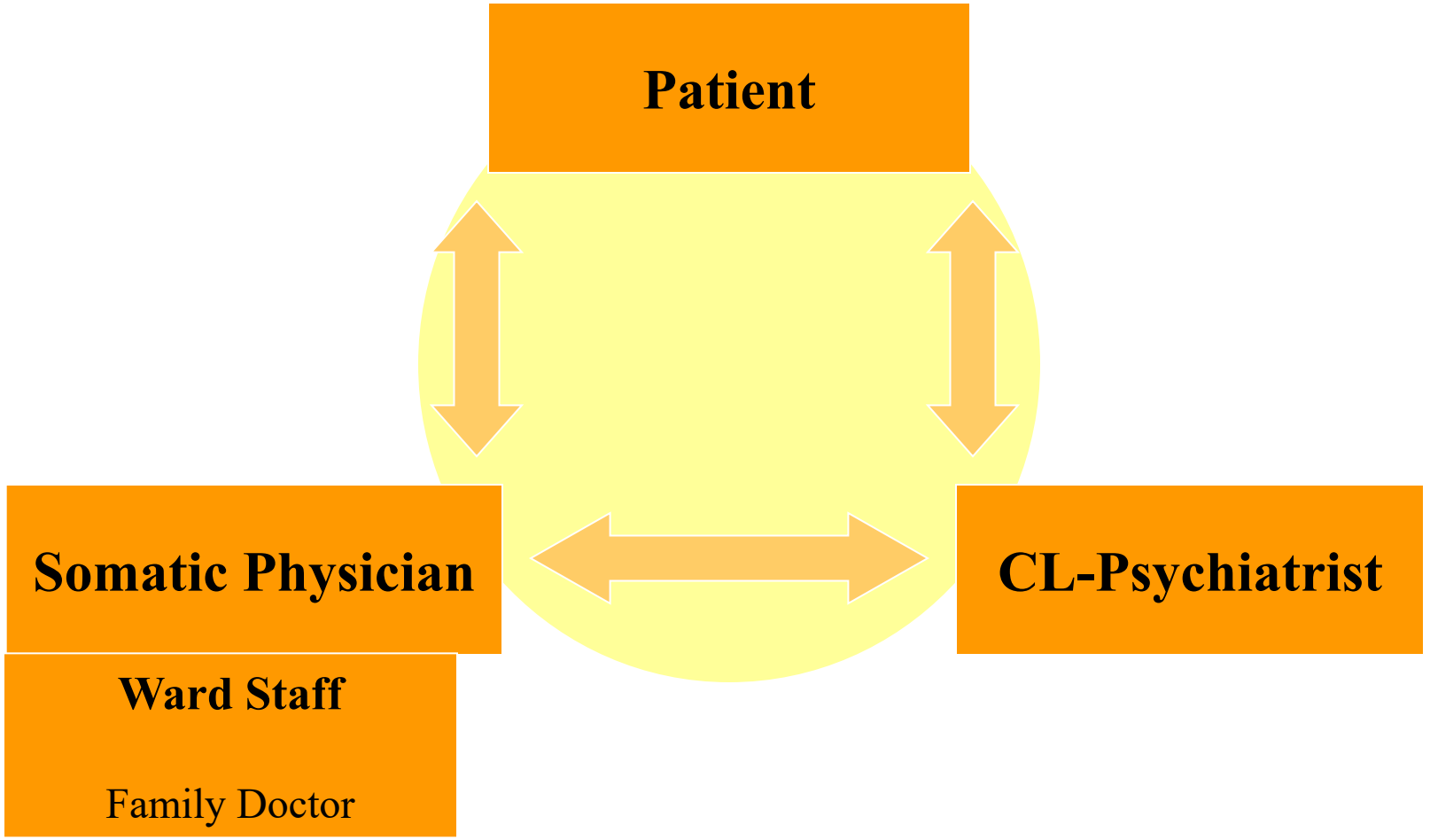
- Classical patient centered psychiatric consultation (Bibring, 1956)
- Crisis intervention (Groves & Kucharsky 1987, Weismann 1997, Saupe & Diefenbacher 1996)
- Physician centered approach (Schiff & Pilot 1959)
- Situational approach (Meyer & Mendelson 1961)

Situational Approach

(According to Meyer & Mendelson 1961)

1. Initiation of the psychiatric consult
2. Exploration of patient by CL psychiatrist
3. Psychiatric intervention (aiming at the Operational Group comprised of patient, physician and staff)

Operational Group

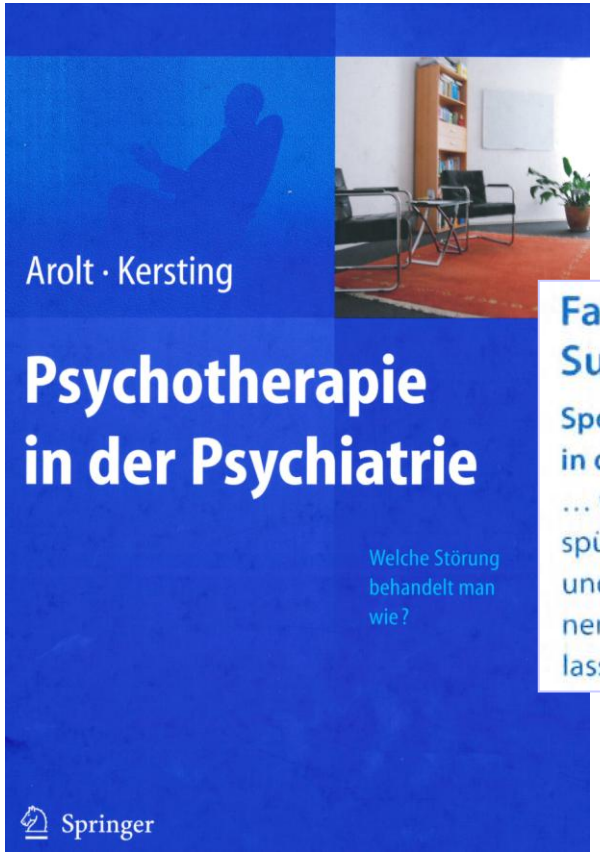


Analysis of the Consultation Process in the 1990s *(According to Ramchandani et al. 1997)*

- *Facilitation:*
  - *Supportive psychotherapy*
  - *"Adjuvant" short term prescription of psychotropics*
  - *Mediation between psychiatry and "The rest of" medicine*
- *Establishing consensus*
- *Interpretation of patient behavior*

Hypnose - psychotherapeutisches Instrument im psychiatrischen Konsiliar-/Liaisondienst?

(Elstner S, Gläser H, Diefenbacher A 2010)



Fallbeispiele 5 und 6: Spezifische Suggestion unter Hypnose

Spezifische Suggestion zur Schmerz- und Angstreduktion in der Operationsvorbereitung (Bejenke 2000)

… wenn Sie aufwachen und einen Druck unter dem Verband spüren, dann wissen Sie, dass die Operation schon vorbei ist und Sie in Sicherheit sind … So können Sie sich zurücklehnen und entspannen, dann diese Gefühle unter dem Verband lassen. Sie wissen, … dass die Heilung bereits begonnen hat.