

Sucht-Konsiliardienst an den somatischen Spitäler Baselland¹

Konzept und Ausführung

von Andreas Manz

1. Einleitung

Von jährlich ca. 2'000 Patienten der Medizinischen Kliniken im Kanton Baselland und in Dornach, die ein relevantes psychisches Problem haben, haben gemäss einer Untersuchung, die innerhalb der Folgeplanung II im Jahr 2000 durchgeführt wurde, ca. 24% ein relevantes Alkohol- oder Medikamentenproblem. Es sind dementsprechend grundsätzlich fast 500 Personen durch einen Konsiliardienst zu versorgen. In den vergangenen zwei Jahren wurden durch die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) rund 36, von den Alkoholberatungsstellen 104 Konsilien bei dieser Patientengruppe durchgeführt. Das Blaue Kreuz Baselland (BK), die Mulikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB) und die Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme (BfA) pflegen für die Durchführung dieser Konsilien eine Arbeitsgemeinschaft. Rund die Hälfte der durchgeführten Konsilien laufen über diese Arbeitsgemeinschaft, die andere Hälfte wird durch die einzelnen Stellen direkt erbracht.

1999 und 2000 wurden in der Folge drei Konzeptentwürfe zur Verbesserung des Konsiliarwesens, auf Anregung der arztlischen Leitung der Medizinischen Universitätsklinik Bruderholz, von PD Dr. Bösch, EPD, von P.Kullmer BfA Münchenstein und von S.Adam und R.Scheibler (Arbeitsgemeinschaft BK und BfA Liestal) ausgearbeitet. Alle drei Konzepte beleuchten einen wichtigen Aspekt der Suchtberatung am somatischen Spital. Alle Konzepte sind aber in der Rohform stecken geblieben und berücksichtigen zu wenig die Besonderheiten des Spitalbetriebes und die damit verbundenen Schwierigkeiten, die einer Betreuung von Alkoholabhängigen in einer solchen Institution erwachsen.

Das Konzept von Adam/Scheibler soll hier als Grundlage für die Weiterentwicklung des Konzeptes Konsiliardienst an den somatischen Kliniken BL dienen, gibt es doch auf der Ebene der Prozessabwicklung konkrete und brauchbare Regelsysteme vor, die in einen Spitalbetrieb implementierbar sind. Das Konzept von Bösch enthält gute allgemeine Elemente, auf die in der Ausführung der Tätigkeit ebenfalls aufgebaut werden kann. Das Konzept von Kullmer umschreibt im Wesentlichen halbstationare Angebote, die gut konzipiert sind, die aber innerhalb eines Spitals so nicht sinnvoll umsetzbar sind. Darauf wird später zurückzukommen sein.

2. Besonderheiten im somatischen Spital

Eine somatische Klinik ist heute im Wesentlichen ein Akutspital. Die Aufenthaltszeiten werden immer kürzer. Man beschränkt sich in einer stationäre Behandlungsphase auf die Behandlung der Krankheitsteile, die wirklich die stationäre Behandlungsform benötigen. So früh wie möglich werden zur Unterstützung der Genesung ambulante Dienste (Spitex, Hausärzte) oder billigere stationäre Formen (Kurhaus, Rehaklinik) eingesetzt. Alkoholberatung kann daher sich nicht Zeit lassen, wenn sie die Beratung im Spital initialisieren oder Teile davon sogar durchführen will. Ein fester Wochenrhythmus mit der Anwesenheit eines Alkoholfachmanns an einem fixen Wochentag (Kullmer) ist daher untauglich. Eine halbstationare Kurzentwohnung über 4-6 Wochen (Tages- oder

¹ Das Konzept habe ich im Rahmen der Submissionsofferte im Frühjahr 2001 verfasst.

Nachtklinik) ist ebenfalls nicht sinnvoll in ein Akutspital implementierbar, da die Kostenstruktur des Akutspitals dazu viel zu teuer ist und das Spital auch wegen ihrer Grösse zu unübersichtlich ist. Sind solche Angebote notwendig, sind sie effizienter und billiger in einer kleinen Institution abzudecken.

In einem somatischen Spital werden viele Menschen mit relevanten psychischen Problemen hospitalisiert. Es stellt für die Früherfassung solcher Leiden einer der wesentlichen Kontaktorte dar. Auf der andern Seite muss sich das Spital auf seine Kernkompetenz konzentrieren können. Es ist eine Illusion zu glauben, dass der Assistenzarzt in allen möglichen Spezialgebieten ausgebildet werden kann (Bösch). Auch er ist ein Mensch mit begrenzter Zeit und Auffassungsgabe. Es ist daher sinnvoller, wenn die Spezialisten von Aussen konsiliarisch ins Spital gerufen werden, die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) für die Beurteilung, Betreuung und ambulanten Weiterbehandlung der 1'500 Patienten mit einem relevanten psychischen Problem, die Alkoholberatungsstellen für die ca. 500 Patienten mit einem relevanten Alkohol- oder Medikamentenproblem. Diese Realteilung ist besonders aus Kapazitätsgründen von Seiten der EPD und aus Gründen der ambulanten Behandlungskontinuität notwendig.

3. Ablauf der Konsilien

Die Spitäler melden das Konsilium via Fax oder Telefon ins Sekretariat des Blauen Kreuzes in Liestal, das den Sitz der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft BK/MUSUB darstellt. Übers Wochenende und in Notfällen in der Nacht erfolgt die Anfrage über die Pikettdienstnummer der Arbeitsgemeinschaft. Ein erfahrener Mitarbeiter ist rund um die Uhr erreichbar. Das Konsilium ist bis in längstens 12 Stunden zu erledigen. Die etwas längere Reaktionszeit ist notwendig, weil es meist sinnvoll ist, zum Erstkontakt auch Angehörige einzuladen². Es ist für die Ausführung des Konsiliums sehr hilfreich, wenn das Spital eine gute schriftliche Vorinformation, die auch die somatischen Befunde enthält, liefert. Nach dem Erstkontakt erhält das Spital innert weitere 12 Stunden einen schriftlichen Bericht über die Ergebnisse des Erstkontaktes und die geplanten Massnahmen. Mündliche Rückmeldungen flankieren den schriftlichen Bericht und dienen zur Absprache der vorgeschlagenen Massnahmen. Im Gegensatz zu den Konsiliumsfragen bei einer allgemeinen psychiatrischen Fragestellung sind solche Anfragen bei Alkoholkranken weniger auf diagnostische oder medikamentöse Fragen ausgerichtet. Die Anfrage konzentriert sich in der Regel auf die Bitte, eine geeignete Weiterbehandlung vorzuschlagen und zu übernehmen. Bei einer kleinen Minderheit ist eine ambulante Betreuung/Therapie bereits vorhanden. Hier gilt es, die Verknüpfung wieder herzustellen und allenfalls flankierende Massnahmen vorzuschlagen. In der Regel hat auf die Hospitalisation eine ambulante Weiterbetreuung zu folgen. Dies auch dann, wenn stationäre Entwöhnungsmassnahmen eingeleitet werden müssen. Die Einleitung solcher Massnahmen brauchen Zeit und es ist ökonomisch nicht sinnvoll, diese Wartezeit im Spital abzusitzen. Wenn im ambulanten Zwischensetting wesentliche Rückfälle einsetzen, ist es ökonomischer, vor der nun organisierten Entwöhnung nochmals einen kurzen stationären Entzug einzuschieben. Das Vorhandensein einer teilstationären Kurzentwöhnungsinstitution (Küllmer)

² Der Konsiliarius muss versuchen, vor dem Erstkontakt telefonisch einige Informationen zu bekommen, damit er die geeignete Form der Erstbegegnung wählen und organisieren kann. Der Grund zu diesem Vorgehen liegt im oft vorhandenen Widerstand des Süchtigen, der beim Erstkontakt meist besser überwindbar ist, insbesondere im Beisein der vom Problem oft gezeichneten Angehörigen. Die Chancen sinken meist, wenn erst an einem zweiten Termin Angehörige miteinbezogen werden können.

erleichtert natürlich solche Übergänge und gibt der ambulanten Alkoholberatung und dem Konsiliardienst ein wesentliches zusätzliches Instrumentarium in die Hand. Eine solche Institution soll aber separat konzipiert werden. Für die Einleitung der Weiterbehandlung stehen oft nur wenige Tage (infolge der kurzen Hospitalisationszeiten) zur Verfügung. Die Anfrage von Seiten des Spitals muss daher möglichst frühzeitig, am Besten direkt nach der Aufnahme. Nach der Anamneseerhebung und Erstuntersuchung wird im Allgemeinen eine Diagnoseliste erstellt und mit dem Oberarzt die Massnahmen besprochen. In dieser Besprechung sollte auch die Entscheidung, ein Alkoholkonsilium anzufordern, eingebaut sein ³.

4. Umsetzung

Bisher wurden immerhin 140 der ca. 500 Patienten mit relevanten Alkohol- oder Medikamentenproblem, die in einer Medizinischen Klinik im Kanton Baselland jährlich hospitalisiert sind, konsiliarisch erfasst. Diese Zahlen stammen aus den publizierten Daten von EPD, BfA, BK und MUSUB. Die Erhebung bei 748 ausgetretenen Patienten der Medizinischen Kliniken Liestal und Bruderholz konnte diese Zahl hingegen nicht bestätigen. Dies mag am zu kurzen Erfassungszeitraum, der über 4 bis 6 Wochen dauerte, liegen. Trotzdem lässt sich sagen, dass es in den letzten zehn Jahren gelungen ist, eine konsiliarische Kompetenz durch die Alkoholberatungsstellen aufzubauen, haben diese doch 74% der Konsilien erledigt. Allfällige Klagen betreffen eine zu lange Reaktionszeit, eine manchmal zu kursorische Berichterstattung und gelegentlich eine Frustration über zu wenig verbindliche Massnahmevorschläge. Im weiteren wünschen die ärztlichen Leitungen bei besonderen Fällen eine ärztlich-psychiatrische Beurteilungskompetenz, was bisher durch die Beauftragung der EPD in 26% der Anfragen umgesetzt wurde. Eine Verbesserung des Konsiliardienstes hat sich demnach um die Verbesserung der genannten vier Qualitätsbereiche zu kümmern (rasche Reaktionszeit, umfassende rasche und lesbare Berichterstattung, verbindliche Massnahmen, Möglichkeiten zur ärztlichen Beurteilung).

Folgeplanung II: Die Verbesserung der konsiliarischen Versorgung kann nur in Zusammenarbeit mit den Spitälern und in Absprachen mit den EPD erfolgen. In der geplanten Arbeitsgruppe der Soll-Planung der Folgeplanung II werden die Feinabstimmungen durchgeführt. Wir streben eine klare vertragliche Vereinbarung mit den Spitälern und den EPD an.

5. Ärztliche Kompetenz

Die Alkoholberatungsstellen haben bisher ihre Konsiliarärzte hauptsächlich intern eingesetzt. Eine Beteiligung am Konsiliardienst an den Spitälern strapaziert deren Kapazitäten als Einzelpersonen. Daher ist ein kleineres Netzwerk mit wenigen freipraktizierenden Psychiatern oder vertragliche Vereinbarungen mit EPD oder der Drogenberatung Baselland (DBL) anzustreben. Die Psychiater

³ Der Assistenzarzt benötigt, auch für seine spätere Tätigkeit als Hausarzt, eine Einführung in die Psychologie und Technik der Weitervermittlung an einen Spezialisten aus dem psychosozialen Bereich. Fragt er den Patienten zaghaft nach dessen Bereitschaft, wird er in der Regel ohne Erfolg sein. Tritt er nach erfolgter Untersuchung im Rahmen der allgemeinen Besprechung der gefundenen Befunde an den Patienten und orientiert ihn über das geplante weitere vorgehen (...ihren Husten klären wir nun mit einem Röntgenbild genauer ab, für die Besprechung ihres Alkoholproblems wird sie morgen unser Fachmann besuchen, für ihre Blasenentzündung erhalten Sie wirksame Medikamente..., sind Sie damit einverstanden?). Bettet er die psychosozialen Massnahmen in die somatischen ein und lässt keinen Zweifel aufkommen, dass die vorgeschlagenen Massnahmen zum allgemeinen Ablauf des somatischen Spitals gehören, wird er auch bei Patienten mit ungenügender Krankheitseinsicht in der bestehenden Anfangsphase der somatischen Hospitalisation meist Erfolg haben.

sollen vor allem in einer zweiten Abklärungsfront eingesetzt werden, wenn der Suchtberater den Erstkontakt bereits hergestellt hat.

6. Kosten und Finanzierung

Die Konsilien der EPD werden den somatischen Spitälern nach dem Leistungstarif verrechnet. Die Aufwendungen der EPD sind aber bei weiten nicht kostendeckend. Verrechnet kann nur der Besuch am Krankenbett, Bericht, Besprechung mit dem Oberarzt und Koordinationsarbeit ist bisher nicht zu verrechnen. Da die Alkoholberatungsstellen bisher nicht eine ärztlich geführte poliklinische Struktur aufweisen, ist der Verrechenbarkeit der erbrachten Leistungen noch grössere Schranken auferlegt. Wir gehen in unseren Berechnungen davon aus, dass die angeforderten oder notwendigen ärztlichen Leistungen wenigstens teilweise verrechenbar sind. Für diese Leistungen ist in unserer Berechnung demnach nur ein Sockelbetrag enthalten.

Die EPD benötigen zur Abwicklung eines Konsiliumsauftrages im Durchschnitt drei Stunden. Manchmal benötigen Patienten mehrere Besuche, Bericht und Koordination ist mit Aufwand verbunden. Die Alkoholberatungsstellen sind bisher von einem durchschnittlichen Aufwand von 1.5 Stunden pro Konsilium ausgegangen. Soll der Aufwand verbessert werden, werden wir künftig auch von einem durchschnittlichen Aufwand von drei Stunden ausgehen müssen.

Die Gewährleistung eines 24-Stunden Pikettes ist ebenfalls mit zusätzlichen Kosten verbunden. Zur Zeit wird der Pikettdienst hauptsächlich durch den Konsiliardienst benötigt. Wenn sich deren Einsätze auch auf andere Gebiete der Früherfassung ausweiten wird, können die Basiskosten des Pikettdienstes entsprechend aufgeteilt werden.

Bei jährlich 180 Konsilien kostet der ganze Konsiliardienst 126'000 Franken. Ein Konsilium kostet dadurch im Durchschnitt 700 Franken.

Budget Konsiliardienst

Patienten mit relevantem psychischen Problem in Medizinischen Kliniken

Anzahl in Liestal und Bruderholz	1'670		
zusätzlich in Dornach und Laufen	330		
Total Patienten mit relevanten psych. Problemen	2'000		
bisherige Konsilien			
EPD: total Konsilien für Liestal und Bruderholz (Medizin)	306	davon für Alkoholkranke	36
Alkoholkonsilien EPD	36		
Alkoholkonsilien Alkoholberatungsstellen	104		
Total Alkoholkonsilien	140		
Alkohol-/Medikranke im Spital (Medizin)	24.2%	484	
davon konsiliarisch erfasst 1999/2000 ca.	29%	140	
aufgrund Verbesserungen zu erfassen	37%	180	Konsilien pro Jahr
Zeitaufwand pro Konsilium in Std.	3	in Analogie zum EPD	
Zeitaufwand pro Jahr	540	Stunden	
Kosten pro Stunde inkl. Sach- und NK	97		
Kosten Konsilien pro Jahr	52'399		
Kosten Pikett pro Jahr (365 Tg. x 24h x 5Fr.)	43'800		
Teilkosten ärztlicher Dienst	30'000		
Kosten Konsiliardienst als Zusatzkosten	126'199	gerundet	126'000
Kosten für 1 Konsilium	701		700