

# Evaluation der psychiatrischen Konsiliar-tätigkeit an einem Klinikum der Maximal-versorgung

H. J. Koch<sup>1</sup>, A. Szecsey, H. E. Klein, Th. Löw<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Neurologische Universitätsklinik im Bezirksklinikum Regensburg, <sup>2</sup>Psychiatrische Universitätsklinik im Bezirksklinikum Regensburg, <sup>2</sup>Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität Regensburg

---

## Zusammenfassung

Zwischen 1995 und 2000 wurden 847 psychiatrische Konsiliaruntersuchungen (415 Männer, 481 Frauen, Mittleres Alter: 53,1 Jahre, SD 16,9 Jahre) von den Fachbereichen eines Klinikums der Maximalversorgung angefordert. Bei den gestellten psychiatrischen Diagnosen dominierten Erlebnisreaktionen, affektive und organische Störungen und Alkoholabhängigkeit. Störungen in Zusammenhang mit Alkohol wurden häufiger bei Männern, Erlebnisreaktionen und affektive Störungen häufiger bei Frauen diagnostiziert. Insbesondere für Patienten von internistischen Stationen und Intensivstationen wurden psychiatrische Konsile veranlasst.

**Schlüsselwörter:** Psychiatrisches Konsil, Allgemeinkrankenhaus, organische Erkrankung, psychiatrische Syndrome

## Evaluation of psychiatric consultancy in a general university clinic

H. J. Koch, A. Szecsey, H. E. Klein, Th. Löw

## Abstract

Between 1995 and 2000 psychiatric consultancy was requested for 847 patients (415 men, 481 women; mean age: 53.1 years, SD 16.9 years) in a general university clinic. Stress disorders, affective disorders and alcohol abuse predominated the spectrum of psychiatric diagnoses. Men were particularly affected by alcohol problems, stress disorders and affective disorders were more frequent in women. Especially patients from internal medical wards and intensive care units needed psychiatric consultancy.

**Key words:** psychiatric consultation, general hospital, organic disease, psychiatric syndromes

© Hippocampus Verlag 2005

---

## Einleitung

Die psychiatrische Konsiliarmedizin hat sich in den 20er Jahren in den USA entwickelt und erst seit den 70er Jahren in Europa und Deutschland etabliert [3]. Die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen in allgemeinen Krankenhäusern wird auf 20 bis 60% geschätzt [7]. Nur bei etwa 13% der betroffenen Patienten wird während des stationären Aufenthaltes fachärztliche psychiatrische oder psychosomatische Hilfe angeboten [12]. Dabei spielt nicht nur die Einstellung der »organischen« Medizin gegenüber Patienten mit psychischen Erkrankungen und psychiatrischen Kollegen eine Rolle, sondern auch die Verfügbarkeit und kollegiale interdisziplinäre Integration der psychiatrischen Konsiliarabteilung [13]. Unabhängig von der Einstellung des profes-

sionellen Teams beurteilten die meisten Patienten einer Notaufnahme-Station nach der Entlassung psychiatrische Hilfe als positiv [16]. In einer Fall-Kontroll-Studie untersuchten Smaira et al. [11] 141 Patienten (51,1% Männer, 48,9% Frauen; über 60-Jährige: 34%) mit psychischen Störungen in einem Allgemeinkrankenhaus. Verhaltensstörungen bei organischen Syndromen oder Alkoholkrankheit waren die häufigsten Verdachtsdiagnosen, um ein psychiatrisches Konsil zu veranlassen. In der Kontrollgruppe, die zufällig ausgewählt wurde, dominierten depressive Syndrome, Angsterkrankungen und darüber hinaus alkoholassoziierte Störungen. Kontrollpatienten waren im allgemeinen besser über ihre Erkrankung informiert und kooperierten besser mit dem therapeutischen Team. Diese Untersuchung unterstreicht die Notwendigkeit von psychiatrischen Diensten,

erlaubt aber als Fall-Kontroll-Studie keine Aussage über den Bedarf im klinischen Alltag. Um die Bedeutung an psychiatrischen Fachkonsilen beurteilen zu können, ist es sinnvoll, die Struktur psychiatrischer Konsiliardienste über mehrere Jahre praxisnah zu beobachten. Die nachfolgende retrospektive Untersuchung charakterisiert die Struktur psychiatrischer Routine-Konsiliartätigkeit in einem Klinikum der Maximalversorgung im Hinblick auf anfordernde Fachabteilung, psychiatrische Diagnose und saisonale Trends über einen Zeitraum von über fünf Jahren. Darüber hinaus war die Datenstruktur geeignet der Frage nachzugehen, ob sich die saisonale Verteilung psychiatrischer Diagnosen auch im Konsiliardienst widerspiegelt [20].

## Methodik

In einer anonymisierten Datenbank wurden psychiatrische Konsile zwischen 1995 und 2000 mit Datum und Diagnose, Alter und anfordernder Abteilung (Universitätsklinikum mit 804 Betten; Neurologie, Urologie, Gynäkologie und Pädiatrie extramural) aufgezeichnet und in eine Excel-Datei eingegeben. Die Eingabequote der freiwilligen Dokumentation lag etwa bei 60 bis 70%. Alle Konsile wurden von Fachärzten oder unter Supervision von Fachärzten der psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilung durchgeführt. Alle Daten wurden deskriptiv (Mittelwert, Standardabweichung, Median, Min, Max, Häufigkeitstabellen) und graphisch (Histogramme) ausgewertet. Mehrfeldertafeln wurden mit dem Chi<sup>2</sup>-Test geprüft [14]. Alle Berechnungen wurden mit Statistica (Version 5.0, Statsoft, Tulsa, USA) durchgeführt.

## Ergebnisse

Im Erfassungszeitraum wurden 847 Konsiliaruntersuchungen (416 Männer, 481 Frauen) dokumentiert. Die Altersverteilung (Mittelwert 53,1 Jahre, SD 16,9 Jahre; Median 53 Jahre, Min 2/Max 90 Jahre) ist in Abb. 1 dargestellt. Am häufigsten war die Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren vertreten, wobei knapp über die Hälfte der Patienten älter als 50 Jahre waren (Median 53). In der Abb. 2 ist die kategorisierte zirkannuale Verteilung der Konsilianforderungen wiedergegeben. Auch wenn tendenziell zum Jahresanfang etwas mehr Anfragen eingingen, bestanden keine signifikanten saisonalen Unterschiede. Die Kategorisierung der zirkannualen Verteilung nach Hauptdiagnosegruppen erbrachte ebenfalls keine signifikanten saisonalen Effekte. In der Tabelle 1 sind die wichtigsten Diagnosen zusammengefasst. Wichtige psychiatrische Primärdiagnosen aus den Formenkreisen Erlebnisreaktion mit 199 Nennungen, affektive und organische Störungen dominierten das Spektrum. Störungen, die in Zusammenhang mit Alkohol standen, hatten ebenfalls einen hohen Stellenwert. Zwischen Männern und Frauen fielen in bezug auf die Diagnosen signifikante Unterschiede auf ( $p < 0,01$ ). Während bei Männern Alkoholprobleme und organische Syndrome im Vordergrund standen, wurden bei Frauen mehr Erlebnisreaktionen, psychosomatische und affektive Störungen diagnostiziert. Ein psychiatrischer Nor-

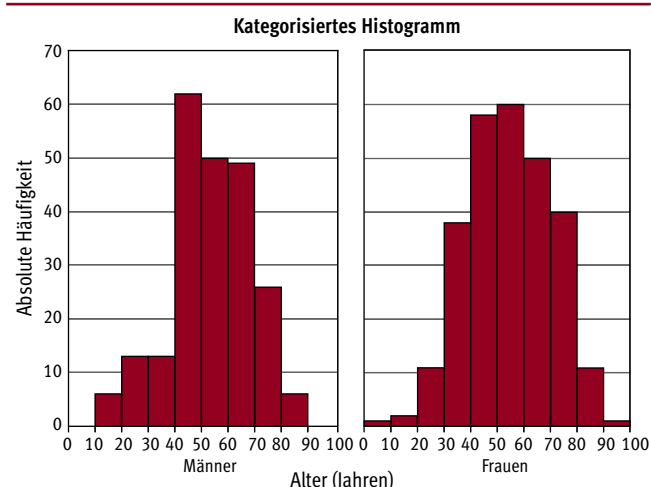


Abb. 1: Altersverteilung nach Geschlecht kategorisiert

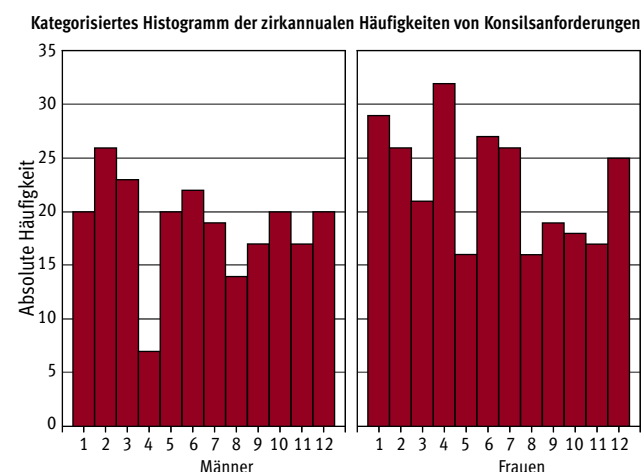


Abb. 2: Zirkannuale Verteilung der Konsilianforderungen nach Geschlecht kategorisiert ( $p > 0,05$ )

malbefund ohne Anhalt für psychopathologische Auffälligkeit wurde bei 55 Patienten beobachtet. Die anfordernden Fachabteilungen sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Über 300 Patienten, die an internistischen Erkrankungen litten, nahmen konsiliar-psychiatrische Hilfe in Anspruch. Auch schwerkranke Patienten auf Intensivstationen bedurften häufig ( $N > 100$ ) psychiatrischer Beratung. Es fällt auf, dass auch für ambulante Patienten in über 70 Fällen psychiatrische Konsile angefordert wurden. Mit vergleichbarer Häufigkeit veranlassten die Fächer Allgemeinchirurgie und Dermatologie psychiatrische Konsiliaruntersuchungen.

## Diskussion und Schlussfolgerung

Psychiatrische Konsile wurden in über 800 dokumentierten Fällen von allgemeinen Stationen angefordert, was das Engagement der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken unterstreicht. Diese Erfahrungen haben letztlich dazu geführt, einen psychiatrischen Konsiliarius ins Klinikum zu integrieren. Auch wenn telemedizinische Kommunikations-

Diagnose	ICD	total	Männer	Frauen
Keine psychiatrische Störung	–	55	29	26
Erlebnisreaktion	F43	199	81	118
Depressive Episode	F32	144	74	70
Rez. Depressive Störung	F33	37	14	23
Psychosomatische Störung	F54	20	7	13
Organische Störung	F06	53	28	25
Organische Psychosyndrome	F07	22	19	3
Dementielle Syndrome	F00 F01	21	11	10
Alkoholabhängigkeit	F10	41	29	12
Schizophrene Psychose	F20	10	7	3

Tab. 1: Häufige primäre Diagnosen der psychiatrischen Konsiliaruntersuchung (absolute Häufigkeiten)

Station	Habs
Ambulante Patienten	77
Gastroenterologie	182
Nephrologie	35
Gefäßchirurgie/Angiologie	41
Kardiologie/Pneumologie	117
Neurochirurgie	17
Unfallchirurgie	16
Herz-Thoraxchirurgie	25
Chirurgie	71
Intensivstationen	118
Dermatologie	69

Tab. 2: Fachabteilungen (Versorgungsschwerpunkte), die am häufigsten psychiatrische Konsile anforderten

methoden zwischen Zentren und auswärtigen Einrichtungen an Bedeutung gewinnen [17, 18], haben sich psychiatrische Konsile vor Ort bewährt und entsprechen häufig auch den Vorstellungen des Patienten. Eine vergleichende Untersuchung der psychiatrischen Konsiliardienste im Mount Sinai Hospital in New York und im Klinikum Rudolf-Virchow in Berlin [3] zeigte in Übereinstimmung mit unseren Zahlen ein mittleres Alter von etwa 50 Jahren (51,2 und 48,9 Jahre [280 Patienten im Jahr 1991]), wobei Frauen etwas mehr als die Hälfte der Konsilpatienten ausmachten. Organische Störungen (35,7%), Erlebnisreaktionen/somatoforme Störungen (20,4%) und Missbrauch psychotroper Substanzen (12,9%) sowie affektive Störungen (17,1%) waren am häufigsten Anlass für ein psychiatrisches Konsil in der Berliner Klinik. Auffallend ist, dass »klassische« psychiatrische Diagnosen wie Schizophrenie oder bipolare Störungen im in ein Allgemeinkrankenhaus integrierten psychiatrischen Konsildienst relativ selten vorkommen [3]. Die Konsile wurden vor allem von der Inneren Medizin (61,4%), den chirurgischen Abteilungen (20,7%) und der Dermatologie (10,7%) in Auftrag gegeben. Ähnliche Verteilungen auf die medizinischen Fächer im Hinblick auf Konsilaufträge wurden bereits von *Arolt et*

al. [1] und *Weigelt* [19] beschrieben. Die zirkannuale Verteilung psychischer Störungen [4, 20] spiegelt sich offensichtlich nicht systematisch bei psychiatrischen Konsildagnosen wider. Die epidemiologischen Modelle, die bei vielen organischen und psychischen Erkrankungen ein Schwellenkonzept zugrunde legen [15], haben offensichtlich auf das Auftreten einer psychischen Störung während der Behandlung einer organischen Erkrankung keinen wesentlichen Einfluss.

Auffallend viele Patienten zeigen sich durch die organische Erkrankung im Sinne einer Erlebnisreaktion belastet und profitieren vermutlich von einem persönlichen Gespräch [16]. Erlebnisreaktionen können durch sehr variable psychopathologische Leitsymptome und Akuität geprägt sein, wobei sich z. B. bei posttraumatischen Belastungsreaktionen in Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen eine Frauenwendigkeit in epidemiologischen Untersuchungen nachweisen ließ [10]. Die Bedeutung depressiver Syndrome in unserer Erhebung korrespondiert mit einer Lebenszeitprävalenz um 5% in epidemiologischen Studien [9]. Allerdings sind Frauen in unserer Untersuchung nicht signifikant häufiger als Männer von depressiven Syndromen betroffen. Die allgemeine Lebenszeitprävalenz der Alkoholkrankheit von etwa 1% [2] verdeutlicht die Relevanz dieses Problems in anderen Fachdisziplinen. Dabei muss in ca. 50% mit einer psychiatrischen Ko-Morbidität gerechnet werden. Organische Störungen mit entsprechenden Verhaltensstörungen und kognitiven Defiziten finden sich bei den über 65-Jährigen bei etwa 6% [21]. Die deutliche Männerwendigkeit der F07-Diagnosen könnte sich durch akute Organerkrankungen oder vaskuläre Ursachen erklären. Psychosomatische Diagnosen sind in unserer Statistik offensichtlich unterrepräsentiert, da z. B. spezielle Syndrome wie die Herzangstneurose bei etwa 3% der Allgemeinbevölkerung angetroffen werden [5]. Da die meisten Patienten primär wegen organischer Beschwerden stationär aufgenommen werden, steht verständlicherweise die organische Diagnostik sehr wahrscheinlich im Vordergrund. Die Prävalenz schizophrener Psychosen liegt bei etwa 1% [6], was mit den vorliegenden Daten gut übereinstimmt. Auch zur stringenten Planung des weiteren Prozedere bei ambulanten Patienten mit psychopathologischen Auffälligkeiten dürfte der persönliche Kontakt zum psychiatrischen Konsiliarium für den Patienten und den/die anfordernde/n KollegenIn z. B. zur Einschätzung der Therapiemotivation bei Alkoholkrankheit oder von Suizidalität relevant sein.

*Merra et al.* [8] wiesen auf die regelmäßig zu findende psychische Dimension von schweren Erkrankungen und die damit verbundene Bedeutung psychiatrischer Konsilabteilungen hin. In der Studie von *Smaira et al.* [11] waren im psychiatrischen Konsiliardienst häufig Syndrome wie affektive oder organische Störungen, Suchtprobleme oder Belastungsreaktionen anzutreffen, was gut mit unseren Daten übereinstimmt. Die vorliegende retrospektive Studie unterstreicht die Bedeutung einer psychiatrischen Konsiliartätigkeit in einem Allgemeinkrankenhaus. Fragen wie die nach der Motivation der Patienten und Ärzte oder Verlaufsbeobachtungen sind wichtige Fragestellungen für kontrollierte Forschungsansätze.

## Literatur

1. Arolt V, Gehrman A, John U et al.: Psychiatrischer Konsildienst an einem Universitätsklinikum – Eine empirische Untersuchung zur Leistungscharakteristik. *Nervenarzt* 1995; 66: 347-354
2. Buckley P, Bird J, Harrison G: *Examination Notes in Psychiatry – A postgraduate text*. Butterworth-Heinemann, Oxford 1995, 119-133
3. Diefenbacher A: *Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus – Geschichte, Aufgaben und Perspektiven eines psychiatrischen Arbeitsbereichs*. Habilitationsschrift der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität. Berlin 2002
4. Koch HJ, Szecey A, Raschka C, Ibach B, Klein H: Seasonal variation of admission frequency of patients with dementia referred to a gerontopsychiatric ward. *Europ J Geriatrics* 2001; 4 (1): 181-185
5. Lamprecht F: *Spezielle Psychosomatik*. In: Machleidt W et al. (Hrsg.): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart 2004, 130-139
6. Lewis G, David A, Andreasson S, Allebeck P: Schizophrenia and city life. *Lancet* 1992; 340: 137
7. Liposwski ZJ: Current trends in consultation-liaison psychiatry. *Can J Psychiatry* 1988; 28: 329-338
8. Merra S, Bosusco G, Cmpisi P, Lomonaco E, Gioeli A: The activity of psychiatric consultancy within a general hospital. The relationship and institutional implications. *Minerva Med* 1990; 81 (3 suppl 1): 135-137
9. Regier DA, Boyd JH, Burke JD et al.: One-month prevalence of mental disorders in the United States based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-980
10. Richartz M: Posttraumatische Belastungssyndrome: Verarbeitung und Folgen von schweren seelischen und Extrembelastungen. In: Machleidt W et al (Hrsg): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart 2004, 112-117
11. Smaira SI, Kerr-Correa F, Contel JOB: Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital. A case-control study. *Rev Bras Psiquatr* 2003; 25: 1-10
12. Seltzer A: Prevalence, detection and referral of psychiatric morbidity in general medical patients. *J Royal Soc Med* 1989; 82: 410-412
13. Seward LM, Smith GC, Stuart GW: Concordance with recommendation in a consultation-liaison psychiatry service. *Aust N Z J Psychiatry* 1991; 25
14. Siegel S, Castellan NJ: *Nonparametric statistics for behavioral sciences*. McGraw-Hill, NY 1988, 225-244
15. Smolensky MH: Chronoepidemiology: Chronobiology and Epidemiology. In: Touitou Y, Haus E (eds): *Biologic Rhythms in Clinical and Laboratory Medicine*. Springer, Heidelberg 1994, 658-672
16. Summers M, Happel B: The quality of psychiatric services provided by an Australian tertiary hospital emergency department: a client perspective. *Accid Emerg Nurs* 2002; 10: 205-213
17. Szecey A, Koch HJ: Telemedicine in Gerontopsychiatry. *European J Medical Science* 2002; 7 (Suppl I): 84; 7<sup>th</sup> Int Conf on the Med Aspects of Telemedicine (ICT2002) – Integration of Health Telematics into Med Pract, Regensburg, Sept 2002
18. Szecey A, Koch HJ, Klein H: Telemedizinische Konsile in der Gerontopsychiatrie: Ein Pilotprojekt. *NeuroGeriatric* 2004; 1 (1): 32-34
19. Weigelt B: *Psychiatrische und psychosomatische Konsiliar- und Liaisonversorgung an der medizinischen Akademie Dresden – Eine Zwei-Jahres-Vergleichsuntersuchung zur Evaluation der Struktur und Funktion zweier unterschiedlich organisierter Dienste*. Medizinische Dissertation. Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden 1995
20. Wirz-Justice A, Graw P, Krauchi K, Wacker HR: Seasonality in affective disorders in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand* 2003; Suppl 418: 92-95
21. Wolter DK, Becker Th: *Demenzkrankungen*. In: Machleidt W et al. (Hrsg.): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart 2004, 368-371

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dr. rer. nat. Horst J. Koch MFPM DCPSA  
Facharzt für Klinische Pharmakologie/Psychiatrie und Psychotherapie  
– Klinische Geriatrie – Sportmedizin  
Neurologische Universitätsklinik im Bezirksklinikum  
Universitätsstraße 84  
93053 Regensburg  
e-mail: horst.koch@medbo.de