

## Medizin-soziologische Analysen zur Effizienz psychiatrischer Konsiliartätigkeit\* \*\*

A. Ploeger und V. Schleicher

Abteilung Psychiatrie der Medizinischen Fakultät, Rheinisch-Westfälische  
Technische Hochschule, Aachen

Eingegangen am 25. Juni 1975

Medico-Sociologic Analyses of the Effectiveness  
of Psychiatric Consultation

*Summary.* Certain observations led us to test the validity of the general assumption that hysterical syndromes occur more frequently among those inpatients who are referred to us from other departments of our faculty than among the psychiatric outpatients referred by private physicians. Such an assumption was verified in both hysterical neurotics and hysterical personality structures. Moreover, phobic neurotics, and depressive as well as infantile personality structures were underrepresented among the nonpsychiatric inpatients. These findings revealed a selection in psychiatric consultation. The social environment usually reacts to hysterical syndromes by showing vivid affective rejection; infantile syndromes are usually met by complementary protective attitudes. Phobic syndromes and depressive personality structures lead to withdrawal. We are inclined to believe that certain patterns of reactions of staff within the close communication network in a ward are responsible for the above mentioned selection. As far as therapy is concerned nonpsychiatric physicians deviated from the advice given by psychiatrists only in the case of psychogenic psychosyndromes. Despite specific psychiatric advice, their therapeutic measures tended to be uniform. Apparently the non-psychiatrist does not regard psychogenic psychosyndromes as diseases due to the lack of objective consideration. In summary: It appears that the neutral patient-clinician interaction is disturbed in the case of psychogenic psychosyndromes. This fact limits the effectiveness of "indications" and "therapy" in psychiatric consultation, especially if we bear in mind that psychogenic syndromes constitute by far the most prevalent psychic disturbances.

*Key words:* Evaluation of psychiatric consultation — Medical sociology — Medical psychology.

*Zusammenfassung.* Durch Beobachtungen angeregt prüften wir die Vermutung, daß hysterische Syndrome bei konsiliarisch-psychiatrisch untersuchten stationären Patienten nichtpsychiatrischer Kliniken häufiger sind als bei Patienten der psychiatrischen Poliklinik. Dies bestätigte sich sowohl für hysterische Neurosen als auch für hysterische Persönlichkeitsstrukturen. Außerdem waren phobische Neurosen und depressive sowie infantile Persönlichkeitsstrukturen bei den Konsilpatienten unterrepräsentiert. Diese Ergebnisse lassen auf eine Selektion bei der Indikation zum psychiatrischen Konsil schließen: Die Umwelt reagiert auf hysterische Syndrome vermehrt ablehnend, auf infantile komplementär-protectiv zuwendend und abschirmend, auf phobische Syndrome und depressive Persönlichkeiten vermindert. Wir nehmen an, daß es Reaktionsbildungen im engen Sozialgefüge der Krankenstation sind, die

\* In Kurzfassung als Vortrag beim Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde am 11. Oktober 1974 in München.

\*\* Teil einer Studie zu den interdisziplinären Bezügen der Psychiatrie: „Das psychiatrische Konsil. Indikation, Ergebnisse und Konsequenzen“.

zur Selektion führen. Die Befolgung des Therapievorschlages durch die behandelnden Ärzte wich nur bei den psychogenen Psychosyndromen von den differentialtherapeutisch präzisierten Therapievorschlägen des Psychiaters ab, indem nur bei diesen Syndromen die Therapie trotz der differenzierenden Vorschläge gleichförmig gehandhabt wurde. Offenbar rückt der Nichtpsychiater psychogene Psychosyndrome nicht in die objektivierende Distanz einer „Krankheit“. Zusammengefaßt sind es anscheinend die psychogenen Psychosyndrome, die den neutralen Bezug des Arztes zum Patienten stören. Dies beeinträchtigt die „Indikations-“ und die „Therapie-Effizienz“ der Einrichtung „psychiatrische Konsiliartätigkeit“, zumal da die meisten psychopathologischen Syndrome psychogen entstehen.

*Schlüsselwörter:* Effizienz der Psychiatrischen Konsiliartätigkeit — Medizin-Soziologie — Medizinische Psychologie.

Eine verbreitete ärztliche Tätigkeit ist die als Berater für andere Ärzte, also die als Konsiliarius. Obwohl diese Einrichtung jedem Arzt geläufig ist, wurde sie kaum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung, wie ein Literaturüberblick ergibt. Nur vereinzelt fanden sich Hinweise im deutschsprachigen Schrifttum. In der amerikanischen Literatur werden eingehendere Überlegungen aufgrund von Erfahrungen, jedoch ohne empirische Untersuchungen mitgeteilt. Demnach hält man Faktoren für möglich, die zu einer Selektion von Patienten bei der Zuweisung zu Psychiatern führen, z. B. das Verhältnis der sozialen Schicht, der Ärzte angehören, zu der ihrer Patienten, oder die Umweltreaktion auf psychische Krankheit. Hinweise auf die Umweltreaktion seitens der Ärzte gegenüber ihren Patienten gaben nur Zola (1963) sowie Reimann u. Häfner (1972).

Im folgenden untersuchten wir diese ärztliche Reaktion von Nichtpsychiatern speziell in ihrem Einfluß auf die Auswahl und die Weiterbehandlung der Patienten, zu denen der Psychiater als Konsiliarius geholt wird („Konsilpatienten“).

Im Zuge der interklinischen psychiatrischen Konsiliartätigkeit im Klinikum der medizinischen Fakultät Aachen fiel uns auf, daß Konsilpatienten häufig lebhafte affektive Reaktionen in der jeweiligen Krankenstation hervorriefen und daß diese Patienten gewöhnlich Fehlhaltungen mit betont demonstrativer Akzentuierung aufwiesen. — Wir vermuteten deshalb, daß es das enge soziale Gefüge einer Krankenstation ist, welches dazu führt, daß diese Patienten in ihrem Verhalten stimuliert werden und in besonderem Maße eine affektive Irritation in ihrer Umgebung wachrufen. Diese schien ihrerseits ein wesentliches, wenn auch häufig unter der Schwelle der Bewußtheit bleibendes Motiv zu sein, die Indikation zur Herbeiholung des Psychiaters zu stellen. — Um diese Vermutung zu prüfen, verglichen wir den Anteil der einzelnen Diagnosegruppen unter den Patienten, die über niedergelassene Ärzte ambulant in unsere Poliklinik geschickt wurden („Poliklinikpatienten“), mit den Diagnosegruppen unter den Konsilpatienten. Wir erwarteten, daß der Anteil demonstrativ akzentuierter Patienten im Konsilgut deutlich höher war. Mit anderen Worten: Es ergab sich die Frage, ob die Indikation zur Beratung durch den Psychiater von Reaktionsbildungen im sozialen Gefüge der Krankenstation beeinflußt wird.

Sollte diese Vermutung zutreffen, lag die weitere Frage nahe, ob reaktive Momente auf Seiten eben dieses ärztlichen und Pflegepersonals auch die Weiterbehandlung nach konsiliarischer Intervention beeinflussen würde. Unter diesem Aspekt erscheint die Frage nach der Effizienz psychiatrischer Konsiliartätigkeit in doppelter Bedeutung:

1. Werden alle Patienten, die in anderen Kliniken liegen und psychiatrischer Intervention bedürfen, dieser auch zugeführt? („Indikations-Effizienz“).

2. Kommt das erfolgte psychiatrische Konsil allen untersuchten Patienten in gleichem Ausmaß zugute oder findet sich ein Unterschied zwischen den Diagnosegruppen? („Therapie-Effizienz“).

Der Begriff **Effizienz** bezieht sich so, ähnlich wie Wing (1974) es beschrieb, nicht unmittelbar auf eine Optimierung der psychiatrischen Diagnostik und Therapie, sondern vor allem auf die Fähigkeit der Nichtpsychiater, psychische Störungen als Krankheit zu verstehen und zu behandeln und sie nicht mit einer eigenen Reaktionsbildung zu beantworten.

In einem Zeitraum von 22 Monaten fielen 392 konsiliarische Beratungen an, die von nur einem Psychiater durchgeführt wurden. Sie legten wir unserer Arbeit zugrunde. Für jeden Konsilpatienten erstellten wir zwei Erhebungsbögen, von denen sich der eine auf Daten der Krankenakten des beratenden Psychiaters, der andere auf Daten der Krankenakten des behandelnden Nichtpsychiaters bezieht. Als Vergleichsgruppe haben wir die Krankenakten von 374 Patienten herangezogen, die während 12 Monaten innerhalb des Untersuchungszeitraumes von niedergelassenen Ärzten überwiesen und in unserer Poliklinik ambulant betreut wurden. Die Diagnosen dieser Patienten wurden zwar nicht von demselben Untersucher allein gestellt, doch hat dieser in seiner Funktion als Oberarzt der Poliklinik jede der Diagnosen zusammen mit den poliklinisch tätigen Ärzten besprochen und vereinbart. Die Gruppen der Konsilpatienten und der Poliklinikpatienten wurden also mit denselben diagnostischen Parametern gemessen, so daß sie vergleichbar wurden. Wir benutzten elektronische Datenverarbeitung. Ohne auf Einzelheiten der mathematischen Berechnung einzugehen, seien hier gleich die Ergebnisse besprochen.

### **Indikation**

Beim Vergleich der Frequenz der Hauptdiagnosegruppen (Abb. 1) ergibt sich ein signifikanter Unterschied ( $P < 0,001$ ) zwischen Konsilpatienten und Poliklinikpatienten nur bei den exogenen Psychosen. Nach psychiatrischer Erfahrung rufen diese aber die oben beschriebene Umweltreaktion nicht hervor. Der Unterschied zugunsten der Konsilpatienten ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß Patienten mit einer exogenen Psychose wegen der dieser zugrunde liegenden körperlichen Krankheit oft zunächst in anderen Kliniken und nicht in der psychiatrischen Klinik aufgenommen werden. Die Differenz bei den exogenen Psychosen läßt somit keinen Schluß für oder gegen unsere Hypothese zu.

Teilen wir nun die psychogenen Erkrankungen (also die linke Doppelsäule in Abb. 1) in die Diagnoseuntergruppen auf (Abb. 2), ergibt sich ein schwach signifikanter Unterschied ( $P < 0,05$ ) zugunsten der Konsilpatienten bei der Diagnoseuntergruppe „psychogene Überlagerung organischer Krankheiten“. Auch diese Differenz sagt für unsere Hypothese nichts aus, da Patienten mit organischen Krankheiten selbstverständlich auch dann in anderen und nicht in der psychiatrischen Klinik aufgenommen werden, wenn eine psychogene Überlagerung vorliegt.

Wenn wir nun aber wiederum die psychogenen Psychosyndrome (also die linke Doppelsäule in Abb. 2) in die einzelnen Psychosyndrome auffächern (Abb. 3),

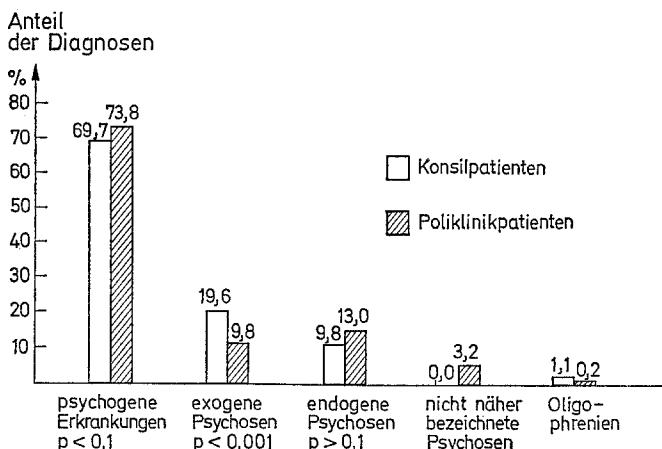


Abb. 1. Häufigkeit der Hauptdiagnosegruppen

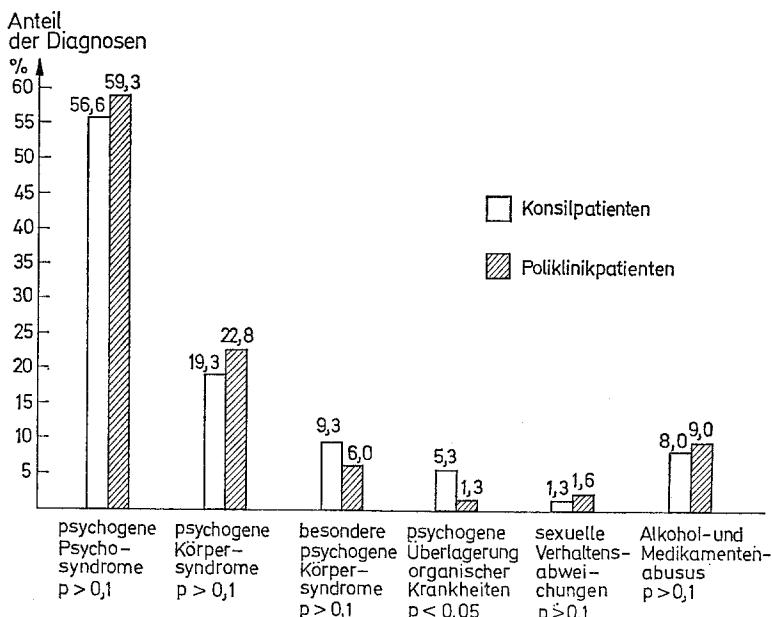


Abb. 2. Aufgliederung der psychogenen Erkrankungen in Diagnoseuntergruppen

dann kommen wir im ganzen auf einen hochsignifikanten Unterschied. Er gründet im einzelnen, wie schon im Schaubild deutlich wird, auf signifikante Unterschiede ( $P < 0,01$ ) bei den hysterischen und bei den phobischen Neurosen. — Der Unterschied bei den neurasthenischen Neurosen ist zwar auch signifikant ( $P < 0,01$ ), kann jedoch im vorliegenden Zusammenhang nicht interpretiert werden, weil hier die Voraussetzung der Reliabilität nicht gegeben ist. Denn hier setzen sich diagnostische Tendenzen der Poliklinikärzte durch, die beim Konsiliarius nicht vorgelegen. — Die hochsignifikant ( $P < 0,001$ ) größere Frequenz der depressiven Neu-

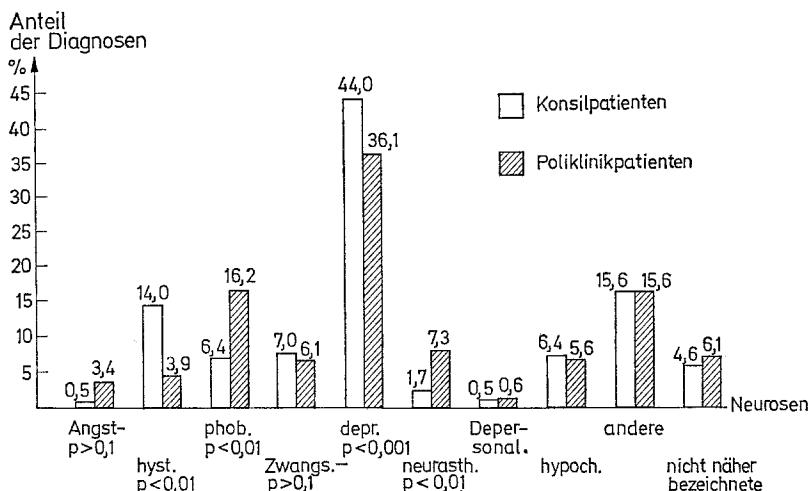


Abb.3. Aufgliederung der psychogenen Psychosyndrome in einzelne Psychosyndrome

rosen bei den Konsilpatienten geht darauf zurück, daß die Psychiater routinemäßig zu allen Patienten mit Suicidversuch geholt werden, die so gut wie alle in die medizinische, z. T. in die chirurgische Klinik eingeliefert werden. Bei diesen Patienten handelt es sich aber in einem hohen Prozentsatz um depressive Neurosen.

Im Rahmen unserer Hypothesen verdienen die hysterischen, die phobischen und die Zwangsnurosen besondere Beachtung.

Die *hysterischen* Neurosen rufen lebhafte Umweltreaktionen hervor, worauf schon Schultz-Hencke (1951), von Baeyer (1951) und Schulte (1958) hingewiesen haben. Diese Umweltwirkung ist es offenbar, welche sich trotz medizinischer Ausbildung besonders intensiv geltend macht, wenn die medizinische Institution ein enges Kommunikationsnetzwerk bildet, wie es in einer Krankenstation vorliegt. Die gewöhnlich allein in einer Praxis tätigen Ärzte dagegen, welche uns die Patienten in die Poliklinik einweisen, sind dieser Wirkung zumindest eindeutig weniger ausgesetzt.

Diese Feststellung wird noch durch das Ergebnis bei den *phobischen* Neurosen gestützt. Sie waren — im Gegensatz zu den hysterischen Neurosen — unter den Konsilpatienten signifikant seltener. — Das Sozialverhalten von Phobikern ist der Rückzug aus der Mitwelt, welcher offenbar zur Folge hat, daß diese Fehlhaltung trotz des engen Interaktionsgefüges in nichtpsychiatrischen Kliniken seltener erkannt wird als in der Zweier-Beziehung der Praxiskonsultation.

Die *Zwangsnurosen* waren in beiden Patientengruppen gleich häufig ( $P > 0,1$ ; also keine Signifikanz und kein Trend). Das überrascht angesichts der bisherigen Ergebnisse nicht, da die Zwangsnurose sich nicht im interpersonalen Raum auswirkt, sondern intrapersonal. Die eigene Person und ihre Handlungsweise werden zum Problemobjekt. Die Umweltreaktion ist bei der Zwangsnurose offenbar deswegen unabhängig von der Form der medizinischen Institution.

Die *Angstnurosen* weisen in die gleiche Richtung wie die phobischen Neurosen, sind — wohl wegen der geringen Anzahl — jedoch nicht signifikant ( $P > 0,1$ ).

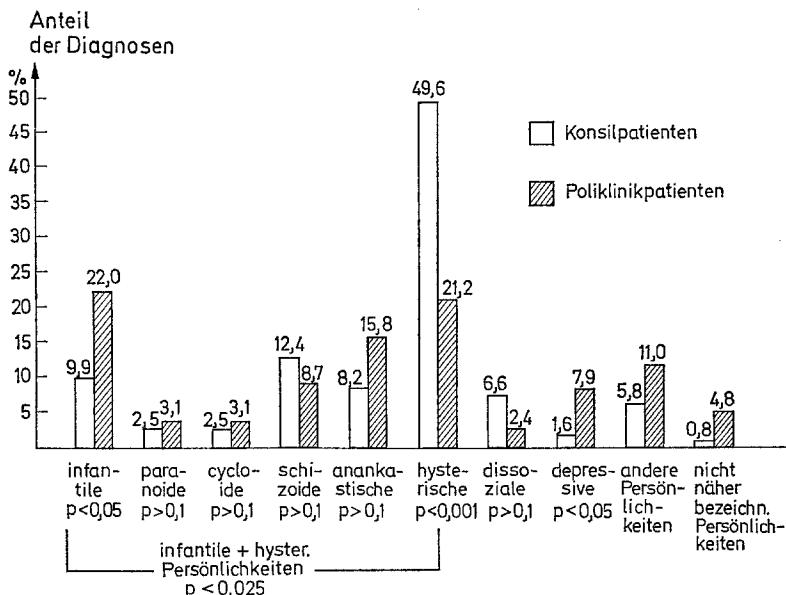


Abb. 4. Aufgliederung der abnormen Persönlichkeitsstrukturen

Zusätzlich wurde die Persönlichkeitsstruktur erfaßt. Die normvarianten Persönlichkeiten waren gleichmäßig auf Konsil- und Poliklinikpatienten verteilt. Unter den abnormen Persönlichkeitsstrukturen (Abb. 4) dagegen sind — wie bei den Neurosen — die *hysterischen* häufiger unter den Konsilpatienten und zwar hochsignifikant ( $P < 0,001$ ). — Wie bei den Zwangsnurosen so findet sich auch hier bei den *anankastischen* Persönlichkeiten kein signifikanter Unterschied zwischen Konsil- und Poliklinikpatienten ( $P > 0,1$ ). — Die *depressiven* Persönlichkeiten verteilen sich umgekehrt wie die depressiven Neurosen ( $P < 0,05$ ). Wir sagten schon, daß die Häufung der depressiven Neurosen bei den Konsilpatienten durch die routinemäßige Konsultation des Psychiaters bei Suicidversuchen bedingt ist. Jetzt offenbart sich, daß eine depressive Stimmung an sich eher den umgekehrten Effekt hat; denn depressive Persönlichkeiten waren unter den Konsilpatienten seltener als unter den Poliklinikpatienten. Das möchten wir ähnlich wie bei den phobischen Neurosen im Sinne des Rückzugs aus der Umwelt und einer verminderten Umweltreaktion deuten. Die depressive Stimmung führt offenbar erst durch den Alarm des Suicidversuchs, der die meisten depressiven Neurosen unserer Konsilpatienten kennzeichnet, zu einer Reaktion von seiten der Umwelt.

Obwohl wir uns bemühten, die *infantilen* Persönlichkeiten bei der Diagnosestellung klar von den hysterischen zu trennen, ist gerade diese Differentialdiagnose besonders schwierig. Somit tritt die Frage der Reliabilität auf: Es könnte sein, daß sich trotz unseres Bemühens um übereinstimmende Diagnostik bei den beiden Vergleichsgruppen im Überwiegen der infantilen Persönlichkeiten bei den Poliklinikpatienten ( $P < 0,05$ ) eine Tendenz zur Bevorzugung dieser Diagnose bei den Poliklinikärzten niederschlägt. Da hysterische Patienten auch immer infantil sind, könnte man unter dieser Annahme beide Diagnosegruppen in einer Berechnung zusammenfassen (vgl. Klammer in Abb. 4). Auch dann ergibt sich ein

signifikantes Überwiegen der hysterisch-infantilen Persönlichkeiten im Konsilpatientengut ( $P < 0,025$ ), so daß selbst in diesem Falle unsere Hypothese gestützt wäre. — Nehmen wir jedoch an, daß das Poliklinikärzteteam und der Konsiliarius die Differentialdiagnose zwischen infantilen und hysterischen Persönlichkeiten in gleicher Weise und zutreffend stellten, dann ist zu bedenken, daß sich die Umwelt infantilen Persönlichkeiten protektiv im Sinne des „Brutpflegeinstinktes“ (E. Kretschmer, 1949) zuwendet. Diese Reaktionsform wird in dem auf Versorgung eingestellten sozialen Milieu einer Krankenstation offenbar wesentlich intensiver provoziert als in einer ärztlichen Praxis. Eine infantile Persönlichkeit veranlaßt anscheinend eine überintensive Fürsorge in der eigenen Station und führt eher zu einer Abschirmung gegenüber dem Psychiater.

Jedes Ergebnis der Untersuchung sowohl der psychogenen Psychosyndrome als auch der Persönlichkeitstrukturen hat also unsere Hypothese bestätigt.

### Therapie

Wenden wir uns nun der psychiatrischen Therapie von seiten der Nichtpsychiater nach Intervention des psychiatrischen Konsiliarius zu.<sup>1</sup> Die Befolgerung der Therapievorschläge des Konsiliarius durch die behandelnden Ärzte war zwischen den einzelnen Therapiemaßnahmen nicht signifikant verschieden ( $P > 0,1$ ) (Tab. 1). Soweit unsere Erhebungen anhand der Krankenakten der anderen Kliniken ergaben, wurden im Durchschnitt 62% der Therapievorschläge des Konsiliarius auch befolgt. Es ist jedoch zu vermuten, daß nicht jede Befolgerung des Therapievorschlags auch schriftlich niedergelegt wurde, so daß sich de facto dieser Prozentsatz noch erhöhen mag.

Bei Aufgliederung sowohl der vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen des Konsiliarius (Tab. 2) als auch der tatsächlich erfolgten Therapiemaßnahmen der weiterbehandelnden Ärzte nach Konsilintervention (Tab. 3) auf die Diagnosegruppen zeigte sich, daß sowohl bei dem Konsiliarius als auch bei den weiterbehandelnden Ärzten die Therapie entsprechend den einzelnen Diagnosegruppen differentialtherapeutisch unterschiedlich gehandhabt wurde (in beiden Fällen  $P < 0,001$ ). — Dagegen ergab sich bei Aufgliederung der Therapiemaßnahmen für die einzelnen psychogenen Psychosyndrome, daß der Konsiliarius auch hier eine klare Differentialtherapie vorschlug ( $P < 0,01$ ) (Tab. 4), daß aber die weiterbehandelnden Ärzte bei den psychogenen Psychosyndromen trotz des differentialtherapeutischen Therapievorschlags ungeachtet der Verschiedenartigkeit der einzelnen Psychosyndrome die Therapie tatsächlich gleichförmig durchführten ( $P > 0,1$ ) (Tab. 5). Psychogene Psychosyndrome bewirken offenbar, daß der behandelnde Arzt sie nicht in die objektivierende Distanz einer „Krankheit“ rückt, sondern in seiner therapeutischen Konsequenz trotz des konsiliarischen Rates beeinträchtigt wird.

<sup>1</sup> Zur Frage, ob die Diagnostik der Nichtpsychiater auf psychiatrischem Gebiet verbessert wird, kann unsere Untersuchung nichts aussagen. Auch in der Literatur fanden wir keine Angaben hierzu. Eine Studie von Gardner (1972) ergab, daß im Zuge einer mehrjährigen psychiatrischen Konsiliartätigkeit die Nichtpsychiater vermehrt und selbständiger psychiatrische Diagnosen stellten. Ob diese jedoch zutreffen oder nicht, das heißt ob die psychiatrische Diagnostik auf Seiten der Nichtpsychiater sich auch qualitativ verändert, also etwa verbessert wird, läßt auch diese Studie offen.

Tabelle 1. Vergleich zwischen Therapievorschlag des Konsiliarius und Befolgung des Vorschlages durch die behandelnden Ärzte für alle Diagnosegruppen

	Verlegung in die Psychiatrie	Medika- mentöse Therapie	Psycho- therapie	Nicht-psych- iatrische und nicht näher bezeichnete Therapie	Therapie nicht notwendig
Therapievorschlag des Konsiliarius	56	82	117	18	18
Befolgung des Therapievorschlages	32	47	85	6	11
	$df = 4$				
	$\chi^2 = 2,99$	Daraus folgt $P > 0,1$			

Tabelle 2. Therapievorschlag des Konsiliarius nach Diagnosegruppen

	Verlegung in die Psychiatrie	Medika- mentöse Therapie	Psycho- therapie	Sonstiges
Psychogene Psycho- syndrome	25	41	66	18
Psychogene Körpersyndrome	7	13	70	8
Sexuelle Verhaltens- abweichungen	0	1	2	0
Alkohol- und Medika- mentenabusus	11	4	3	0
Hirnorganische Psychosen	19	35	11	5
Endogene Psychosen	13	18	2	4
	$df = 15$			
	$\chi^2 = 106,15$	Daraus folgt $P < 0,001$		

Tabelle 3. Befolgung des Therapievorschlages des Konsiliarius durch die behandelnden Ärzte nach Diagnosegruppen

	Verlegung in die Psychiatrie	Medika- mentöse Therapie	Psycho- therapie	Sonstiges
Psychogene Psycho- syndrome	11	21	41	28
Psychogene Körpersyndrome	3	6	55	16
Sexuelle Verhaltens- abweichungen	0	1	1	1
Alkohol- und Medika- mentenabusus	2	3	2	2
Hirnorganische Psychosen	15	22	8	13
Endogene Psychosen	13	8	4	4
	$df = 15$			
	$\chi^2 = 79,62$	Daraus folgt $P < 0,001$		

Tabelle 4. Therapievorschlag des Konsiliarius nach einzelnen psychogenen Psychosyndromen

	Verlegung in die Psychiatrie	Medika- mentöse Therapie	Psycho- therapie	Sonstiges
Hysterische Neurosen	3	3	14	0
Phobische Neurosen	1	3	7	2
Anankastische Neurosen	0	1	9	1
Depressive Neurosen	17	29	25	8
Hypochondrische Neurosen	2	1	7	0
Alle anderen Neurosen	4	5	13	8
$df = 15$				
$\chi^2 = 31,87$ Daraus folgt $P < 0,01$				

Tabelle 5. Befolgung des Therapievorschlages des Konsiliarius durch die behandelnden Ärzte nach einzelnen psychogenen Psychosyndromen

	Verlegung in die Psychiatrie	Medika- mentöse Therapie	Psycho- therapie	Sonstiges
Hysterische Neurosen	2	1	9	4
Phobische Neurosen	1	1	5	3
Anankastische Neurosen	0	1	8	4
Depressive Neurosen	5	15	17	14
Hypochondrische Neurosen	2	0	4	2
Alle anderen Neurosen	2	3	7	3
$df = 15$				
$\chi^2 = 13,72$ Daraus folgt $P > 0,1$				

Schlagen wir den Bogen zurück zur Indikationsstellung, so läßt sich sagen, daß es gerade die psychogenen *Psychosyndrome* sind, welche den sachlich neutralen Bezug des Arztes zum Patienten sowohl bei der Indikation zum Konsil wie bei der Durchführung der vorgeschlagenen Therapie stören. Beides beeinträchtigt die Effizienz der Einrichtung „psychiatrische Konsiliartätigkeit“. Dabei muß berücksichtigt werden, daß zwischen dem Arzt und seinem Patienten ein Interaktionsprozeß stattfindet, der auch durch das Verhalten des Patienten beeinflußt wird. Dieses ist aber gerade bei psychogenen Psychosyndromen von der jeweiligen Umweltsituation abhängig. So erscheint es möglich, daß die Krankenstation mit ihren völlig anderen situativen Bedingungen als denen in der ärztlichen Praxis das Verhalten bei den einzelnen psychogenen Psychosyndromen in jeweils spezifischer Weise verändert. Diese Veränderung mag wiederum ein Grund für die andersartige Reaktion der Ärzte in einer Krankenstation gegenüber der in der Praxis tätigen Ärzte sein.

Im ganzen läßt sich jedenfalls feststellen, daß das Interaktionsgeschehen zwischen Arzt und Patient im sozialen System der Krankenstation im Vergleich zu dem in der ärztlichen Praxis verändert wird. Die eingangs erwähnte Beobachtung einer affektiven Irritation im sozialen Gefüge der Krankenstation auf bestimmte Patienten hin läßt vermuten, daß die Veränderung des Interaktionspro-

zesses Reaktionsbildungen auf Seiten der Ärzte hervorruft. Diese wiederum haben bei psychogenen Psychosyndromen offenbar Folgen für die Auswahl zum psychiatrischen Konsil und für die Therapie danach: sie führen zu einer Beeinträchtigung der „Indikations-Effizienz“ einerseits und der „Therapie-Effizienz“ andererseits.

Bedenkt man, daß nach Ergebnissen von Bash (1972), Brugger (1933), Häfner *et al.* (1969), Strotzka (1966, 1969, 1972), sowie Wing *et al.* (1967) die Prävalenz behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen der Bevölkerung im ganzen etwa 10% beträgt, dieser Prozentsatz sich bei Patienten nichtpsychiatrischer Kliniken nach Mezey u. Kellett (1971) im Durchschnitt der verschiedenen Fachdisziplinen auf etwa 25% erhöht und wenn man gleichzeitig berücksichtigt, daß die psychiatrisch konsiliarisch untersuchten Patienten unserer Studie maximal 2% der gesamten Klinikumspopulation im Untersuchungszeitraum ausmachen, dann kommen erhebliche Zweifel, ob die psychiatrische Konsiliartätigkeit ausreichend effizient ist. Deshalb scheint es wesentlich, nach Faktoren zu suchen, die den Weg in nichtpsychiatrischen Kliniken untergebrachter, doch psychisch gestörter Patienten zum Psychiater behindern. Da die psychogenen Erkrankungen bekanntlich den weitaus größten Anteil (etwa 9:1) aller psychischen Störungen stellen, dürfte die hier aufgewiesene Behinderung, die sich aus der Reaktion der klinisch tätigen Nichtpsychiater auf psychogene Psychosyndrome ergibt, die psychiatrische Konsiliartätigkeit im ganzen nachdrücklich beeinträchtigen.

Wenn sowohl von der Enquête-Kommission des Bundestages über die Lage der Psychiatrie in der BRD als auch im Rahmenplan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde und von anderen Seiten die Einrichtung kleinerer psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern gefordert wird, dann ist anzunehmen, daß die psychiatrische Konsiliartätigkeit in Zukunft erheblich zunimmt. Es wäre zu wünschen, daß gerade dann die Brückenfunktion der psychiatrischen Konsiliartätigkeit zu den anderen medizinischen Disziplinen optimiert wird. Möglicherweise wirkt sich die neue Approbationsordnung in diesem Sinne günstig aus, da sie die psychosozialen Fächer in das Medizinstudium einführt, die ja nicht nur das Wissen vermehren, sondern auch die Selbstwahrnehmung der Mediziner verbessern sollen.

### Ergebnisse

*Wir stellen abschließend fest:*

1. Durch Beobachtung bei psychiatrischer Konsiliartätigkeit im Klinikum der Medizinischen Fakultät Aachen angeregt, vermuteten wir eine Selektion bei der Auswahl von Patienten zum psychiatrischen Konsil infolge der unterschiedlichen Umweltreaktion des ärztlichen und Pflegepersonals auf verschiedene psychische Störungen hin. Wir verglichen deswegen 392 Konsilpatienten, die stationär in den nichtpsychiatrischen Kliniken untergebracht waren, mit 374 Poliklinikpatienten, die von niedergelassenen Ärzten ambulant überwiesen worden waren.

2. Dabei war die Frequenz der Konsilpatienten mit hysterischem Psychosyndrom signifikant häufiger, mit phobischem Psychosyndrom signifikant geringer als die bei den Poliklinikpatienten. Da hysterische Syndrome eine lebhafte

affektive Reaktion der Umwelt hervorrufen, phobische Syndrome dagegen zu einem Rückzug aus der Umwelt neigen, war zu schließen, daß die Umweltwirkung gerade dieser beiden Syndrome sich trotz medizinischer Ausbildung des Personals in einer Krankenstation mit ihrem engen Kommunikationsnetzwerk selektierend auswirkt (Beeinträchtigung der „Indikationseffizienz“).

3. Das Ergebnis bei den Zwangsnurosen, die gewöhnlich keine Umweltwirkung ausüben, schien diese Interpretation zu bestätigen: Sie waren in beiden Vergleichsgruppen gleich häufig vertreten.

4. Der Vergleich der Persönlichkeitsstrukturen stützte dieses Ergebnis: Auch hier sind die hysterischen häufiger unter den Konsilpatienten. Die anankastischen Persönlichkeitstrukturen wiesen ebenso wie die Zwangsnurosen keinen Unterschied auf. Depressive Persönlichkeitsstrukturen waren unter den Konsilpatienten vermindert, was wie bei den phobischen Neurosen als Folge ihres Rückzuges aus der Umwelt zu verstehen ist. Die geringere Frequenz der infantilen Persönlichkeiten unter den Konsilpatienten dagegen dürfte auf protektiv-abschirmende Komplementärreaktionen im sozialen Umfeld der Krankenstation zurückgehen.

5. Im Vergleich zwischen der Häufigkeit des konsiliarischen Therapievorschlags für die einzelnen Therapiemaßnahmen wich nur bei den psychogenen Psychosyndromen die Befolgung von den Therapievorschlägen ab (Beeinträchtigung der „Therapieeffizienz“): Die tatsächlich durchgeführte Therapie war trotz differentialtherapeutischer Vorschläge des Konsiliarius ungeachtet der Verschiedenartigkeit der einzelnen Syndrome gleichartig.

6. Hieraus schlossen wir, daß der Nichtpsychiater psychogene Psychosyndrome offenbar nicht in die objektivierende Distanz einer „Krankheit“ rückt, sondern in seiner therapeutischen Konsequenz trotz konsiliarischen Rates beeinträchtigt wird.

7. In Zusammenschau der Ergebnisse war festzustellen, daß es gerade die psychogenen Psychosyndrome sind, die den sachlich-neutralen Bezug des Klinikarztes zum Patienten aufgrund einer Veränderung des Arzt-Patient-Interaktionsprozesses stören. Die Beeinträchtigung der „Indikations-“ und der „Therapie-Effizienz“ schränkt die Wirksamkeit der Einrichtung „psychiatrische Konsiliartätigkeit“ für die psychogenen Psychosyndrome ein. Dies wiegt umso mehr, da psychogene Erkrankungen die weitaus häufigsten aller psychischen Störungen sind.

8. Ziel dieser Studie war es, Faktoren zu suchen, welche die psychiatrische Versorgung von psychisch gestörten Patienten in nichtpsychiatrischen Kliniken behindern.

### Literatur

- v. Baeyer, W.: Schranke zwischen dem seelisch Abnormalen und der Gesellschaft. Nervenarzt **22**, 457 (1951)
- Bash, K. W., Bash-Liechti, J.: Psychiatrische Epidemiologie im Iran. In: H. E. Ehrhardt (Hrsg.): Perspektiven der heutigen Psychiatrie, S. 313—319, Frankfurt a. M.: Gerhards u. Co. 1972
- Brugger, C.: Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. Z. ges. Neurol. Psychiat. **146**, 489—524 (1933)
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Materialsammlung I und II zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Schriftenreihe des Bundesministers f. Jugend, Fam. u. Gesundheit, Bd. 9 u. 10. Bonn: Kohlhammer 1973

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde: Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik, Entwicklung und heutige Situation — Vorschläge zur Verbesserung. In: H. E. Ehrhardt (Hrsg.): Perspektiven der heutigen Psychiatrie, S. 126—138. Frankfurt a. M.: Gerhards u. Co. 1972
- Gardner, R. D.: Psychiatric Consultation and Treatment in a General Hospital. Virginia med. Mth. **99**, 854—858 (1972)
- Häfner, H., Reimann, H., Immich, H., Martini, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Sozialpsychiatrie **4**, 126—135 (1969)
- Kretschmer, E.: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: Thieme 1949
- Mezey, A. G., Kellett, J. M.: Reasons against Referral to the Psychiatrist. Postgrad. med. J. **47**, 315—319 (1971)
- Reimann, H., Häfner, H.: Psychische Erkrankungen alter Menschen in Mannheim. Sozialpsychiatrie **7**, 53—69 (1972)
- Schulte, W.: Die gesunde Umwelt in ihrer Reaktion auf Psychosen und Psychopathien. In: H. E. Ehrhardt, D. Ploog, H. Stutte, (Hrsg.): Psychiatrie und Gesellschaft, S. 60—69. Bern-Stuttgart: H. Huber 1958
- Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme 1951
- Strotzka, H.: Sozialpsychiatrie als wissenschaftliches Problem und als politische Aufgabe. In: H. E. Ehrhardt, (Hrsg.): Perspektiven der heutigen Psychiatrie, S. 19—24. Frankfurt a. M.: Gerhards u. Co. 1972
- Strotzka, H., Leitner, I., Czerwenka-Wenkstetten, G., Graupe, S. R.: Sozialpsychiatrische Feldstudie über eine ländliche Allgemeinpraxis. Sozialpsychiatrie **1**, 83—87 (1966)
- Strotzka, H., Leitner, I., Czerwenka-Wenkstetten, G., Graupe, S. R., Simon, M. D.: Kleinburg, eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Wien: Österreichischer Bundesverlag 1969
- Wing, J. K.: Die Evaluation von gemeindepsychiatrischen Diensten. Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, München, 11. Okt. 1974
- Wing, L., Wing, J. K., Hailey, A., Bahn, A. K., Smith, H. E., Baldwin, J. A.: The Use of Psychiatric Services in three Urban Areas: An International Case Register Study. Sozialpsychiatrie **2**, 158—167 (1967)
- Zola, J. K.: Problems of Communication, Diagnosis, and Patient Care: The Interplay of Patient, Physician and Clinic Organization. J. med. Educ. **38**, 829—838 (1963)

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Andreas

Ploeger

Dr. Veronika Schleicher

Abteilung Psychiatrie

der Medizinischen Fakultät

an der Technischen Hochschule

D-5100 Aachen

Goethestraße 27—29

Bundesrepublik Deutschland