

W. Söllner, W. Kantner-Rumplmair, A. Lampe, G. Schauer-Maurer,  
F. Katzlberger, U. Smrekar, V. Auer, G. Schießling, M. Pacher,  
S. Doering, G. Libal und A. Thiel

## Liaison-Psychotherapie im Allgemeinkrankenhaus: Aufgaben und Probleme bei der Etablierung psychotherapeutischer Dienste

**Zusammenfassung** Die Novelle des Österreichischen Krankenanstaltengesetzes sieht die Sicherstellung einer ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung und psychologischen Beratung in den allgemeinen Krankenanstalten vor. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Aufgaben psychotherapeutischer Versorgung im Allgemeinkrankenhaus und ein konkretes Kooperationsmodell zwischen medizinischen und psychotherapeutischen Fachleuten vorzustellen. Dabei wurden aufbauend auf bisherigen Liaisondienstverfahren modifizierte Formen der Kooperation zwischen Psychotherapeuten und klinischen Fachkollegen, wie interdisziplinäre Befundbesprechungen und strukturierte interdisziplinäre Gruppentherapieprogramme, entwickelt. Qualitative Voraussetzungen auf Seiten der Psychotherapeuten und der psychotherapeutischen Institution, welche den Liaisondienst anbietet, sowie auf Seiten der Abteilung, an der der Liaisondienst stattfindet, werden diskutiert, und typische Schwierigkeiten in der Phase der Etablierung sowie häufige Interaktionsprobleme im Verlauf der Liaisonkooperation dargestellt.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie im Krankenhaus, Konsiliar-/Liaisondienst, interdisziplinäre Kooperation.

### **Possibilities and problems in establishing psychotherapeutic liaison-services in the general hospital**

**Abstract** Possibilities and problems in establishing a psychotherapeutic liaison-model at a University hospital are described. Founded on previous experiences with mental health services we developed modified forms of cooperation between psychotherapists and clinical specialists such as interdisciplinary meetings with patients and patients' relatives to discuss diagnosis and further treatment and structured interdisciplinary group-therapy programs for the treatment of patients suffering from special diseases.

We discuss the requirements on the part of the psychotherapists and the psychotherapeutic institution, which offers the liaison-service, as well as on the part of the department, where the CL-service takes place. Typical difficulties which occur at the introduction of such services and interactive problems in the cooperation in the liaison-work are focused on.

**Keywords:** Psychotherapy in the general hospital, consultation-liaison-services, liaison-psychiatry, multi-disciplinary cooperation.

### **La psychothérapie de liaison en hôpital général: ses tâches et les problèmes rencontrés au moment d'établir des services psychothérapeutiques**

**Résumé** L'amendement à la loi autrichienne sur les établissements hospitaliers (1993) prévoit que les hôpitaux offrent des traitements psychothérapeutiques et un soutien psychologique. Selon cette législation, il faut que dans les établissements dont la fonction et l'offre le justifient, un soutien au niveau de la psychologie clinique et de la psychologie de la santé ainsi qu'une offre suffisante en psychothérapie soient four-

nies. Ceci signifie que les responsables des établissements, leurs directions médicales, les sociétés professionnelles et les médecins et psychologues cliniques qui y travaillaient déjà se voient confrontés à de nouvelles tâches: il ne s'agit plus seulement d'établir une offre plus large, il faut aussi élaborer des standards de qualité concernant cette dernière. Le 'modèle d'Innsbruck' que nous décrivons ci-dessous a com-

pris l'établissement progressif d'une offre en psychothérapie et celui d'une collaboration interdisciplinaire dans un contexte hospitalier; il apporte une contribution dans le sens mentionné plus haut.

Au moment de créer des services de psychothérapie nous nous sommes fixé deux objectifs: il s'agissait d'une part de ne pas enlever aux médecins et au personnel soignant la responsabilité du soutien psychosocial de base offert aux patients, mais de confier aux nouveaux services la charge d'établir un diagnostic et de mener des interventions psychothérapeutiques dans les cas particulièrement graves ou dans ceux de patients "difficiles". D'autre part, nous visons à établir un modèle de coopération étroite, ceci devant permettre à long terme de fournir aux collègues avec lesquels nous collaborons une perception intégrale des troubles – incluant les aspects biologiques, psychologiques et sociaux – et d'améliorer leurs compétences dans le domaine psychosocial. Pour atteindre ces objectifs, il faut beaucoup investir (personnel et temps) pour obtenir une coopération durable; un modèle de coopération au sens propre (modèle de liaison) est plus utile à ce niveau qu'un service de consultation.

Le modèle que nous avons mis en oeuvre comprend deux axes: le diagnostic et le traitement psychothérapeutique direct de patients (consultations à heures régulières, participation aux visites), accompagné d'un soutien de la famille d'une part; des activités en équipe, d'autre part (discussions de cas, groupes Balint, formation continue). Nous nous efforçons d'obtenir que nos collègues médecins participent à l'élaboration d'un diagnostic psychosomatique (en organisant avec eux des entretiens auxquels participe le patient et qui servent à discuter du diagnostic) et au traitement psychothérapeutique. Leur collaboration à ce second niveau se fait par le biais de programmes de thérapie de groupe structurée et interdisciplinaire, destinés à certains groupes de patients (ceux qui souffrent de douleurs chroniques, par ex., ou les cancéreux).

Certains problèmes se présentent plus particulièrement dans la phase d'établissement d'un service psychothérapeutique de liaison qui, en général, sont le produit d'attentes peu réalistes. Les participants seront rapidement déçus par un projet qu'ils avaient initialement idéalisé si, d'une part, les médecins ne renoncent pas à l'idée que leur collègue psychothérapeute va les "libérer" de patients difficiles en obte-

nant rapidement de bons résultats et, d'autre part, le psychothérapeute de liaison n'abandonne pas très vite l'espoir qu'il sera immédiatement accepté comme membre à part entière d'une équipe interdisciplinaire de traitement. Si, d'autre part, les organes directeurs responsables du personnel soignant et médical ne garantissent pas la coopération il devient difficile d'établir le service sur une base durable, même si médecins et infirmiers/infirmières s'engagent beaucoup. Finalement, le temps accordé à la création du service peut être insuffisant et ceci peut provoquer l'échec: lorsque, par exemple, les autorités compétentes n'autorisent qu'un emploi pour une période d'un an, ceci devant suffire pour apporter preuve de son succès. Nous ne pouvons que nous rallier à l'avis de Pontzen (1990) qui, sur la base de son expérience, considère qu'il faut au moins deux ans pour établir un service de liaison et que ce n'est qu'au bout de trois à cinq ans que ce dernier remplit entièrement sa fonction.

En cours de collaboration, toute une série de problèmes logistiques typiques se manifestent: les psychothérapeutes sont difficiles à atteindre ou réagissent trop tard, les patients ne sont pas suffisamment informés, le médecin ayant adressé le patient a mal formulé le problème ou la sphère privée du patient est mal protégée. Mais ces problèmes en cachent souvent d'autres, situés au niveau de l'interaction entre les différents professionnels (médecins, psychothérapeutes, personnel soignant, personnel médico-technique). Des problèmes liés à la manière dont tous les participants perçoivent leur propre valeur jouent un rôle central. Au niveau des patients et de la collaboration, des difficultés particulièrement importantes et durables apparaissent lorsqu'il s'agit de personnes qui souffrent de graves problèmes d'autovalorisation et de conflits d'ambivalence; elles projettent alors sur le personnel traitant leur constante oscillation entre le sentiment de ne rien valoir et la "grandiosité". Une collusion inconsciente (transfert / contre-transfert non résolu) se produit alors, faisant que médecins et psychothérapeutes risquent de tomber dans le piège d'une idéalisation initiale du patient puis de sa dévalorisation. Seule la réflexion menée à intervalles réguliers lors de discussions de cas et une ouverture permettant aux participants d'admettre leurs propres limites peuvent permettre d'échapper au cercle vicieux liant idéalisation et dévalorisation réciproques.

### Gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen

Die Novelle des Österreichischen Krankenanstaltengesetzes (1993) sieht die psychotherapeutische Versorgung und die psychologische Betreuung als neue Aufgaben in allgemeinen Krankenanstalten vor, wobei die Ausführungsgesetzgebung den Ländern übertragen wurde. Dabei hat die Landesgesetzgebung sicherzustellen, daß in den auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots in Betracht kommenden Kranken-

anstalten eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie angeboten wird. In den Erläuterungen zum § 11b der Novelle des KAG (1080 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP) heißt es dazu wörtlich: „Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, daß Erkrankungen im Kontext mit arbeits-, lebensgeschichtlich-, psychosozial- und umweltbedingten Faktoren entstehen. Im Fall psychosomati-

*scher Erkrankungen ist die ärztliche Hilfe gemeinsam mit der psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen die notwendige, angemessene, indizierte und damit einzig effektive zur Verfügung stehende Behandlungsform. Darüber hinaus soll die Tatsache Berücksichtigung finden, daß körperliche Krankheiten und Behinderungen sowie daraus resultierende Spitalsaufenthalte nicht nur eine physische Beeinträchtigung darstellen, sondern in der Regel auch mit psychischen Belastungen verbunden sind, die den Krankheitsverlauf entsprechend mitbeeinflussen.“*

Dies stellt die Anstaltsträger, die ärztliche Leitung, die Fachgesellschaften und die in den Krankenanstalten schon bisher psychotherapeutisch tätigen Ärzte und klinischen Psychologen vor neue Aufgaben: Es müssen nicht nur verstärkt Versorgungsangebote etabliert werden, sondern vor allem auch Qualitätsstandards für diese geschaffen werden. Das in dieser Arbeit beschriebene Innsbrucker Modell der schrittweisen Etablierung psychotherapeutischer Versorgung und der interdisziplinären Kooperation im Krankenhaus soll einen Beitrag dazu leisten. Die Diskussion von Möglichkeiten und Chancen, aber auch von Problemen und Grenzen dieser Kooperation muß im Zuge der neuen gesetzlichen Regelungen und der Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenanstalten von allen, die an solchen Projekten arbeiten, in verstärktem Ausmaß geführt werden. Wir sind noch weit von allgemein gültigen und akzeptierten Standards entfernt. Vorschläge zur Strukturqualität (personelle, räumliche und betriebliche Ausstattung, Qualifikation der Psychotherapeuten und klinischen Psychologen etc.) haben wir an anderer Stelle publiziert (Söllner und Egger, 1993; Söllner et al., 1995; Söllner, 1996). Richtlinien für die Prozeßqualität (Arbeitsabläufe, Supervision) und Ergebnisqualität (Effekte psychotherapeutischer Behandlung) im psychotherapeutischen Konsiliar-/Liaisondienst werden zur Zeit im Rahmen einer von der EU geförderten europäischen Studie erarbeitet (Herzog et al., 1994). Die Etablierung psychotherapeutischer Dienste wird jedoch immer eine sehr lokal geprägte schrittweise Entwicklung sein.

Die Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie wurde im Jahr 1984 vorerst als Institut, an dem außer dem Vorstand und der Sekretärin nur zwei psychotherapeutische Mitarbeiter tätig waren, gegründet. Neben den Aufgaben in Forschung und Lehre begannen wir, eine psychotherapeutische Ambulanz aufzubauen, da durch fehlende Kassenregelungen zu dieser Zeit ein eklatanter Mangel an Psychotherapiemöglichkeiten für weniger Begüterte bestand. Schwerpunkt der ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit war die diagnostische Abklärung, Beratung und Krisenintervention und für eine begrenzte Zahl von Patienten psychotherapeutische Behandlung in verschiedenen Settings. Die Patienten wurden entweder von niedergelassenen Ärzten oder aus den verschiedenen Klinikabteilungen an unsere außerhalb des Klinikareals angesiedelte Ambulanz überwiesen. Nachdem die personelle und infrastrukturelle Basis für eine funktionierende Ambulanz geschaffen war, an der nun fünf Therapeuten verschiedener schulischer Prägung tätig waren, wand-

ten wir uns verstärkt der Arbeit innerhalb des Landeskrankenhauses/Universitätskliniken Innsbruck zu. Dies wurde dadurch erleichtert, daß in der Zwischenzeit durch das Psychotherapiegesetz und den zumindest teilweisen Ersatz der Psychotherapiekosten durch die Krankenkassen ein Boom von Praxisneugründungen durch Psychotherapeuten erfolgte und sich die Versorgungssituation deutlich verbesserte. Neben der Etablierung eines Modells der Supervision für Klinikstationen und Klinikmitarbeiter (Mark-Stemberger, 1994), begannen wir mit dem Aufbau eines psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienstes.

Das Landeskrankenhaus/Universitätskliniken Innsbruck ist ein Zentralkrankenhaus mit 1.700 Betten, an dem alle medizinischen Fachabteilungen vertreten sind. Die ersten Ansätze für eine engere Kooperation entstanden dort, wo besonders viele Patienten mit unklaren Beschwerdebildern (funktionelle Erkrankungen bzw. Somatisierungsstörungen) und Patienten mit einem chronischen Verlauf der Erkrankung untersucht und behandelt wurden, und wo gleichzeitig das Interesse und die Kooperationsbereitschaft der ärztlichen Fachkollegen am größten war. Die ersten Liaisonkooperationen entwickelten sich anhand der gemeinsamen Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten an den Kliniken für Orthopädie und Frauenheilkunde. Gemeinsame wissenschaftliche psycho-somatische Projekte waren der „Einstieg“ für diese Kooperation. Später folgten Kooperationen mit klinischen Abteilungen, an denen besonders viele chronisch Kranke (z.B. Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen an der Abteilung für Gastroenterologie) oder Schwerkranke (z.B. Patienten mit bösartigen Tumoren an der Univ.-Klinik für Strahlentherapie) behandelt werden, und wo die an den Abteilungen tätigen Vorstände oder leitenden Oberärzte eine komplementäre psychotherapeutische Behandlung wünschten. Im Falle der Sterilitätsambulanz wurde die Liaisonkooperation durch die gesetzliche Bestimmung gefördert oder angeregt, welche vorsieht, daß Patientinnen (und Partner), welche sich einer In-vitro-Fertilisation unterziehen wollen, psychologische Klärung und Unterstützung angeboten werden soll.

In Tabelle 1 sehen Sie die derzeit bestehenden Liaisondienste in der Reihenfolge ihres Entstehens. Deutlich wird dabei, daß weniger die „objektiven Notwendigkeiten“ die Priorität der Etablierung von Liaisondiensten bestimmen, als die „subjektiven“, von konkreten Personen abhängigen Interessen, welche Möglichkeiten zum Aufbau von Liaisonkooperationen bieten.

Die Situation am Landeskrankenhaus Innsbruck ist auch dadurch geprägt, daß sowohl die Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, als auch die Univ.-Klinik für Psychiatrie psychotherapeutische Konsiliar- und Liaisondienste anbieten. Dabei erfolgt eine Aufgabenabgrenzung in dem Sinne, daß bestimmte Kliniken bzw. klinische Abteilungen nur von jeweils einer der beiden Kliniken versorgt werden, um Überschneidungen zu vermeiden.

In den Abb. 1 bis 3 sind beispielhaft die Zahl und demographische Charakteristika der im Liaisondienst behandelten Patienten in den ersten beiden Monaten

**Tabelle 1.** Liaisondienste der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie am Landeskrankenhaus/Universitätskliniken Innsbruck

*Univ.-Klinik für Orthopädie*

Schwerpunkt: Chronische Schmerzsyndrome, funktionelle Störungen

*Univ.-Klinik für Frauenheilkunde*

Schwerpunkt: Funktionelle Syndrome, chronischer Beckenschmerz, In-vitro-Fertilisation

*Univ.-Klinik für Innere Medizin/Abteilung für Gastroenterologie & Hepatologie*

Schwerpunkt: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, funktionelle Syndrome

*Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin*

Schwerpunkt: Multidisziplinäre Schmerzambulanz und Intensivstationen

*Univ.-Klinik für Strahlenheilkunde*

Schwerpunkt: Betreuung von Krebspatienten

*Univ.-Klinik für Kinderheilkunde*

Schwerpunkt: Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Mucoviszidose, Transplantationen

*Univ.-Klinik für Innere Medizin/ Abteilung für Nephrologie*

Schwerpunkt: Chronisch Nierenkranke, Dialyse, Transplantation

*Univ.-Klinik für Neurologie*

Schwerpunkt: Funktionelle Störungen, Chorea Huntington, Multiple Sklerose

*Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie*

Schwerpunkt: Melanompatienten, chronische Dermatosen

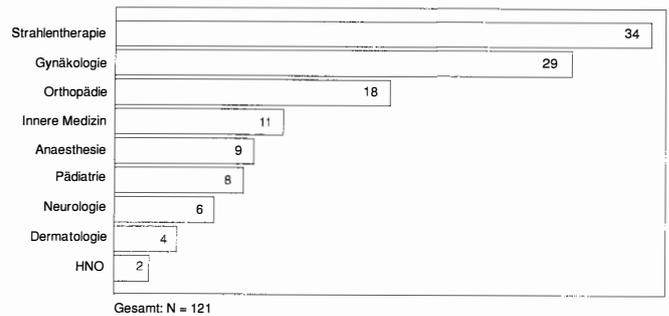
*Univ.-Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten und Abteilung für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen*

Schwerpunkt: Tumorpatienten, funktionelle Dysphonien, Hörstörungen

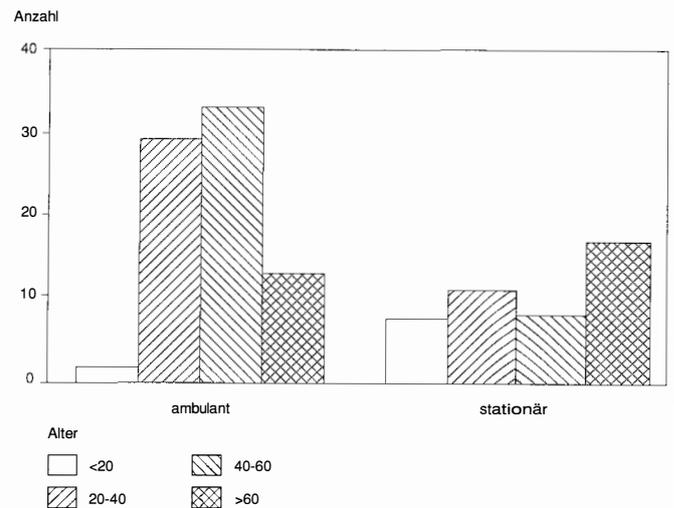
des Jahres 1996 abgebildet. Dabei fällt auf, daß vor allem im ambulanten Bereich viele junge Erwachsene dem Liaison-Psychotherapeuten vorgestellt werden. Es handelt sich dabei hauptsächlich um zwei Patientengruppen:

- um jüngere Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen, welche durch die Erkrankung eine starke Einschränkung ihrer Lebensqualität erleben, und
- um Patienten mit Somatisierungsstörungen (körperlichen Störungen, ohne daß ein relevanter somatischer Befund erhoben werden kann), einem psychosomatischen Syndrom, das häufiger bei jüngeren Erwachsenen vorkommt.

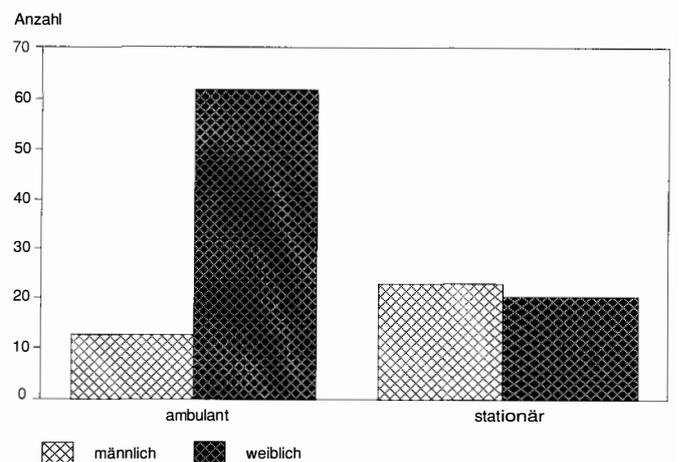
Die höhere Zahl von Frauen bei den ambulant behandelten Patienten ist nicht nur auf die Liaison-tätigkeit in der Gynäkologie, sondern vermutlich auch darauf zurückzuführen, daß Frauen einerseits eine höhere Prävalenz von Somatisierungsstörungen aufweisen und andererseits das Angebot einer psychotherapeutischen Konsultation eher nützen.



**Abb. 1.** Zuweisungen; Anzahl im Jänner und Februar 1996



**Abb. 2.** Altersverteilung; Patienten im CL-Dienst Jänner und Februar 1996



**Abb. 3.** Geschlechtsverteilung; Patienten im CL-Dienst Jänner und Februar 1996

**Psychotherapie im Krankenhaus orientiert sich an spezifischen Fragestellungen und erfordert spezifische Interventionen**

Delius und Mitarbeiter (1993) haben in Lübeck 140 Internisten, Chirurgen, Dermatologen und Gynäkologen befragt, welche Wünsche sie an einen psychosozialen Dienst hätten (siehe Tabelle 2). Dabei wurde deut-

lich, daß einerseits Hilfe bei der diagnostischen Abklärung vor allem bei Patienten mit unklaren somatischen Symptomen (zum Ausschluß sog. Somatisierungsstörungen oder funktioneller Syndrome) und bei Patienten mit psychiatrischer Co-Morbidität (Depression, Angststörung), andererseits Hilfestellung bei der Bewältigung akuter seelischer Krisen im Rahmen von körperlichen Erkrankungen und die Miteinbeziehung des sozialen Umfelds des Patienten gewünscht wird. Psychotherapeutische Interventionen wurden häufiger als psychopharmakologische Behandlung erwartet. Auffallend war, daß sich die Mehrzahl der Befragten häufigere Kontakte mit den Patienten und eine intensivere Kooperation wünschte. Eine an der Univ.-Klinik Innsbruck durchgeführte Umfrage bei Ärzten der verschiedenen Fachabteilungen ergab, daß sich diese neben einer Verbesserung des Therapieangebotes auch Hilfe und Entlastung beim Umgang mit sog. „schwierigen“ Patienten wünschen (Kinzl und Biebl, 1992).

Dies deckt sich mit unseren Erfahrungen, welche Interventionen im psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienst nötig sind:

- Die psychotherapeutisch-psychosomatische Diagnostik erfolgt im Rahmen von Erstinterviews und ev. begleitender psychodiagnostischer Testverfahren, welche bei spezifischen Fragestellungen hilfreich sein können.
- Die häufigsten therapeutischen Interventionen im Konsiliar- und Liaisondienst sind Kriseninterventionen, psychotherapeutische Beratungen und Kurz-Psychotherapie (Fokalthherapie), welche bei akuten Krisen oder bei umschriebenen Problemen angezeigt sind. Häufig ist es dabei sinnvoll oder notwendig, die Angehörigen des Patienten miteinzubeziehen.
- Der K/L-Psychotherapeut hat gemeinsam mit dem Patienten zu klären, ob eine Psychotherapie angezeigt ist und wenn ja, welches Verfahren am sinnvollsten ist (differentielle Indikationsstellung zur Psychotherapie). Dazu ist nicht nur die Motivation des Patienten, sich auf einen psychotherapeutischen Prozeß einzulassen, zu klären, sondern – wegen der zumeist rein somatischen Sicht der Erkrankung – auch Motivationsarbeit bzgl. einer angezeigten psychotherapeutischen Behandlung zu leisten.

**Tabelle 2.** Wünsche zuweisender Ärzte an einen psychosozialen Dienst (Kinzl und Biebl, 1992; Delius et al., 1993)

1. Diagnostische Abklärung
2. Krisenintervention
3. Psychosoziale Betreuung
4. Unterstützung bei der Therapiemotivation
5. Psychotherapie
6. Psychopharmakologische Behandlung
7. Beurteilung von Suizidalität
8. Entlastung ihrer Station
9. Häufigere Re-Konsile und engere Kooperation mit dem Konsiliardienst

- Psychotherapeutische Behandlungen im engeren Sinn sollen und können nur bei spezifischen Problemstellungen durchgeführt werden, bei denen eine ambulante Behandlung durch niedergelassene Psychotherapeuten schwierig oder die Einbeziehung von symptom- und störungsspezifischen psychotherapeutischen Verfahren (z.B. für Schmerzpatienten oder Patienten mit bestimmten Behinderungen oder Entstellungen) angezeigt ist. Neben fokussierten kurz-psychotherapeutischen Verfahren kommen dafür vor allem strukturierte gruppen-therapeutische Programme (vgl. Deter, 1988) zur Anwendung.

#### **Liaisonmodell versus Konsiliarmodell: Zur dialektischen Wechselbeziehung zwischen der Arbeit mit den Patienten und der Arbeit mit dem Behandlungsteam**

Die inhaltliche Ausrichtung unserer Arbeit war durch drei Vorerfahrungen geprägt:

- Durch das „Heidelberger Modell“ integrativer psychosomatischer und psychotherapeutischer Versorgung in der Inneren Medizin (Hahn et al., 1994), das der Erstautor im Laufe eines einjährigen Studienaufenthalts an der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und psychosomatische Medizin am Klinikum Heidelberg (Vorstand: Prof. Peter Hahn) kennenlernen konnte;
- durch die Erfahrungen der Etablierung psychosomatischer Liaisondienste am Städtischen Krankenhaus Nürnberg (Pontzen, 1990), welche wir durch Hospitierungen und Diskussionen mit dem Leiter der dortigen Psychosomatischen Abteilung, Prof. Pontzen, in unsere Überlegungen integrieren konnten, und schließlich
- durch die Erfahrungen, die an der Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie Wien beim Aufbau einer psychotherapeutischen Liaisonkooperation an den Univ.-Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe (Springer-Kremser, 1981; Ringler et al., 1992) gewonnen werden konnten und die uns durch Frau Doz. Marianne Springer-Kremser vermittelt wurden.

Von Anfang an setzten wir uns zwei Ziele:

- Die grundlegende psychosoziale Betreuung der Patienten den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal nicht aus der Hand zu nehmen, sondern die diagnostische Abklärung und Übernahme psychotherapeutischer Interventionen nur bei besonders belasteten oder „schwierigen“ (siehe unten) Patienten zu übernehmen und
- ein enges Modell der Kooperation anzustreben, das auf lange Sicht zu einer integrativen bio-psycho-sozialen Sicht von Krankheit und einer erhöhten psychosozialen Kompetenz der Kolleginnen und Kollegen, mit denen wir kooperieren, beitragen sollte, um dadurch einen „Schneeballeffekt“ für die bessere psychosomatische Versorgung zu erreichen (Smrekar und Ellemunter, 1993).

Diese Zielsetzung erfordert ein hohes Maß an personeller und zeitlicher Konstanz der Kooperation, welche durch das Liaison-Modell eher gegeben ist als durch einen Konsiliardienst (siehe Tabellen 3 und 4).

Eine engstirnige ideologische Ausrichtung am Liaisonmodell ist jedoch kontraproduktiv, weil sie vernachlässigt, daß sich ein solches Modell in jedem Fall erst im Rahmen der konkreten Kooperation entwickeln muß. Häufig entspricht ein Konsiliardienst am Anfang eher den konkreten Bedingungen der Kooperation an einer bestimmten Abteilung und kann erst nach einiger Zeit durch eine Intensivierung der Zusammenarbeit schrittweise zu einem Liaisondienst führen.

In den regelmäßigen *Sprechstunden für Patienten und Angehörige* (in Abb. 2 sind die direkten Patientenleistungen der ersten beiden Monate des Jahres 1996 abgebildet) versuchen wir, soweit dies möglich ist, auch ärztliche Kollegen oder Mitglieder des Pflgeteams der jeweiligen Abteilung zumindest bei einigen Gesprächen beizuziehen. Dadurch wird vor allem die Kontaktaufnahme mit dem Patienten erleichtert und dessen Vorbehalte reduziert, indem er merkt, daß er nicht zum Psychotherapeuten „abgeschoben“ wird, weil man meine er sei „verrückt“, sondern daß ein gemeinsames diagnostisches und therapeutisches Konzept unter Mitbeziehung psychosomatischer Gesichtspunkte verfolgt wird. Gleichzeitig dient dieses Vorgehen wie kein anderes dazu, daß ärztliche Kollegen oder Mitglieder des Pflgeteams einen direkten Einblick in unsere Arbeitsweise und praktische Fortbildung in der Gesprächsführung erhalten.

**Tabelle 3.** Modelle der psychotherapeutischen Kooperation im Krankenhaus

*Psychotherapeutischer Konsiliardienst:*

- patientenzentrierter Ansatz
- Beziehung bei Bedarf und auf Anforderung
- nicht immer personelle Konstanz

*Psychotherapeutischer Liaisondienst:*

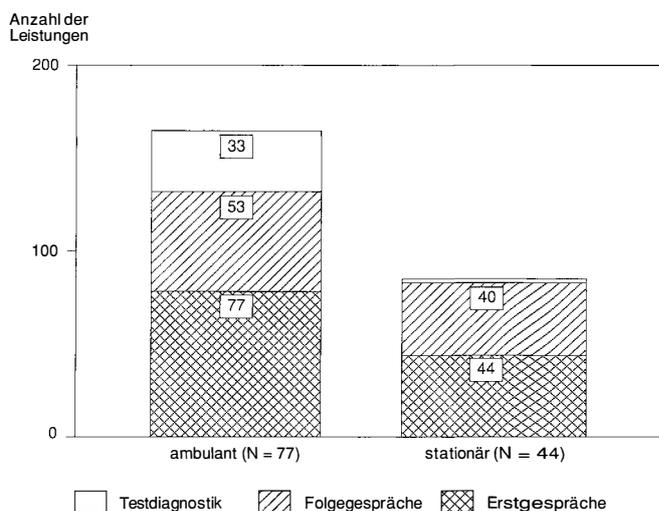
- teamzentrierter Ansatz
- konstante Sprechstunden
- personelle Konstanz
- zusätzlich teamzentrierte Tätigkeit

**Tabelle 4.** Methoden der Kooperation

- Sprechstunde für Patienten bzw. Angehörige
- Teilnahme an Visiten
- Konsilium/Fallkonferenz
- Interdisziplinäre Befundbesprechung
- Interdisziplinäre Gruppentherapieprogramme
- Fortbildung und Balintgruppen
- Interdisziplinäre Forschungsprojekte
- Gemeinsame Lehrveranstaltungen

Nach jedem Erstgespräch mit einem Patienten muß ein kurzer *schriftlicher Befundbericht* für den zuweisenden Kollegen verfaßt werden, der zumindest die wichtigsten diagnostischen Überlegungen, einen Therapievor-schlag und das Procedere enthalten soll und der in die Krankenakte aufgenommen wird. Im Rahmen von psychotherapeutischen Erstgesprächen kommen oft auch Themen zur Sprache, die die Intimsphäre des Patienten berühren und aus Gründen des persönlichen Datenschutzes nicht in eine Krankengeschichte aufgenommen werden sollten. Es hat sich unserer Erfahrung nach bewährt, am Ende der Erstgesprächsphase mit dem Patienten gemeinsam zu klären, was *nicht* in einem schriftlichen Bericht enthalten sein soll. Der schriftliche Bericht kann natürlich die *persönliche Fallbesprechung mit dem Zuweiser oder dem gesamten Behandlungsteam* nicht ersetzen. Je nach Schwierigkeit des „Falles“ und Interesse der Zuweiser wird dies mehr oder weniger ausführlich ausfallen. Die Teilnahme des Liaison-Psychotherapeuten an regelmäßigen *Fallkonferenzen* ist anzustreben und ist Ausdruck einer zunehmenden Integration des Psychotherapeuten in das Behandlungsteam und seiner Arbeit in den Gesamtbehandlungsplan.

Psychotherapeutisches Arbeiten im Liaisondienst erfolgt nicht in der „geschützten Dyade“, wie zumeist in der ambulanten Psychotherapie, sondern immer in einer sehr viel spannungsgeladeneren und konfliktträchtigeren Dreiecksbeziehung zwischen Patient, Arzt (bzw. Behandlungsteam) und Psychotherapeut. Gerade die Arbeit mit Patienten, die ein einseitig somatisches Verständnis ihrer Erkrankung haben, ängstlich und mißtrauisch sind oder an großen Selbstwertproblemen leiden (und diese Problematik auf die Behandler „übertragen“), erfordert eine enge Kooperation und Absprache zwischen behandelndem Arzt und Psychotherapeut (vgl. dazu Söllner und Lampe, 1997). Wir bemühen uns deshalb, *interdisziplinäre Befundbesprechungen* überall dort als regelmäßige Einrichtung einzuführen, wo die Abklärung funktioneller Syndrome und chronischer Schmerzzustände oder Schwierigkeiten bei der Aufklärung über die Erkrankung im Mittelpunkt stehen. In



**Abb. 4.** Sprechstunde im Liaisondienst; Jänner und Februar 1996

diesem Rahmen können der behandelnde Facharzt und der Liaison-Psychotherapeut gemeinsam mit dem Patienten – und manchmal auch seinen Angehörigen – die erhobenen Befunde und einen darauf abgestimmten Behandlungsplan besprechen. Dieses Vorgehen trägt dazu bei, die sehr oft auch bei Patienten bestehende Spaltung in eine somatische und eine psychische Dimension der Erkrankung zu überwinden und psychotherapeutische Maßnahmen nicht als Abwertung und Schwäche, sondern als Unterstützung und Chance zu begreifen.

Durch die in regelmäßigen Abständen erfolgende *Teilnahme an Visiten* kann der Liaison-Mitarbeiter auf belastete Patienten aufmerksam werden, die ihm ansonsten nicht zugewiesen würden. Dies hat sich besonders auf Abteilungen bewährt, an denen viele Schwerkranke behandelt werden.

Wir versuchen in Innsbruck, einzelne Ärzte, Pflegepersonen oder Physiotherapeuten der „Gast“-Abteilung als Co-Therapeuten in strukturierte psychotherapeutische Programme mit einbeziehen. So haben wir zum Beispiel in der Arbeit mit chronischen Rückenschmerzpatienten eine *strukturierte interdisziplinäre Gruppentherapie* entwickelt, in der ein Orthopäde ein sog. Rückenschulprogramm anbietet, ein Physiotherapeut Grundzüge der Wirbelsäulengymnastik vermittelt und der Liaisonpsychotherapeut neben einer Einführung in die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (Jacobson, 1990) Probleme der Schmerzverarbeitung mit den Patienten bespricht und den Gruppenprozeß moderiert (Kantner-Rumplmair et al., 1995). Die Entwicklung eines strukturierten Gruppenprogramms mit Tumorpatienten, sowie die Evaluation der Effekte dieser Therapieprogramme sind zur Zeit in Bearbeitung. Durch das praktische Kennenlernen psychotherapeutischer Behandlungsansätze und der psychotherapeutischen Haltung kann auch bei Patienten, die anfangs psychosoziale Belastungen durch die Erkrankung oder psychosoziale Auslösesituationen für psychosomatische Störungen verleugneten und einer Psychotherapie skeptisch oder gar ablehnend gegenüberstanden, die Motivation zu einer weiterführenden Psychotherapie gestärkt werden.

Die Einladung, an der abteilungsinternen *Fortbildung* oder an Fortbildungsveranstaltungen, die die „Gast“-Abteilung für andere durchführt, aktiv mitzuwirken, stellt einen Vertrauensbeweis dar und setzt zu meist voraus, daß der Liaison-Psychotherapeut vom Abteilungsmitglied in der bisherigen Arbeit als hilfreich und unterstützend erlebt wird. Eine solche Einbindung in die berufliche Fortbildung unterscheidet sich grundlegend von Einladungen zu Fortbildungen an Psychosomatiker oder Psychotherapeuten, welche von „außen“ ohne vorherige enge Kooperationserfahrungen erfolgen. Im letzteren Fall sind sie häufig Ausdruck eines Interesses eines Teils des einladenden Teams, das den anderen – skeptischeren oder ablehnenden – Teammitgliedern ihre eigene, gegenüber der Psychosomatik offenere Sichtweise demonstrativ gegenüberstellen will. Der eingeladene Psychotherapeut kann so sehr schnell in die Rolle dessen kommen, der eher polarisiert (indem die einen ihn als „Verbündeten“, die anderen als „Gegner“ erleben), als jemand, der für das gesamte Team etwas anzubieten hat.

Strikte Verfechter eines Liaisonmodells neigen dazu, die Arbeit mit Patienten ganz zugunsten der Arbeit mit dem Team zurückzustellen. Speziell für psychoanalytisch ausgebildete Kollegen, die ihre berufliche Sozialisation in analytischen Vereinigungen erfuhren, die wenig mit klinischen Einrichtungen kooperieren, ist es manchmal verlockender, eine *Balint-Gruppe* (Balint, 1976; Roth, 1984) anzubieten, in der schwierige Fälle mit dem Team reflektiert werden, anstatt mit einem wenig zum introspektiven Arbeiten motivierten Patienten Krisenintervention zu betreiben. Die Akzeptanz in einem Team erreicht ein Psychotherapeut aber nicht durch kluge Reflexion, sondern indem er sich selbst nicht scheut, die mühsamen und oft frustrierenden Erfahrungen in der Arbeit mit „schwierigen“ Patienten mit dem Behandlungsteam der Abteilung zu teilen. Wenn der Wunsch nach einer Balint-Gruppe aus dieser gemeinsamen Erfahrung heraus wächst, ist sie Ausdruck einer fortgeschrittenen Akzeptanz des Liaison-Psychotherapeuten und einer vertrauensvollen Kooperation.

Schließlich sind an einer Universitätsklinik die gemeinsame wissenschaftliche Arbeit in Form *interdisziplinärer Forschungsprojekte* und auch *gemeinsame Lehrveranstaltungen* motivationsfördernd für die Kooperation. Seit einigen Jahren führt der Erstautor eine Vorlesung „Interdisziplinäre Psychosomatik“ für die Wahlfachausbildung der Medizinstudenten durch, in der wir gemeinsam mit Fachkollegen, mit denen wir im Liaisondienst kooperieren, den Studenten praktische psychosomatische Problemstellungen und Fragen der interdisziplinären Kooperation näherbringen.

### Was kann man schon zu Beginn falsch machen?

Vor allem *unrealistisch hohe Erwartungen von beiden Seiten* können zu einem vorzeitigen Abbruch der Kooperation führen. Wenn ärztliche Kollegen ihre Erwartungen, daß der psychotherapeutische Kollege ihnen ihre schwierigen Patienten „abnehmen“ wird, indem er mit diesen rasch Behandlungserfolge erzielt, und der Liaison-Psychotherapeut Erwartungen, daß seine Sicht von Krankheit und er selbst als gleichberechtigtes Mitglied in einem interdisziplinären Behandlungsteam rasch akzeptiert werden, nicht relativieren und aufgeben können, wird die Enttäuschung über das anfangs idealisierte Projekt nicht lange auf sich warten lassen.

Wenn die ärztliche – aber auch die pflegerische – Leitung dem Liaisonprojekt nicht zumindest „wohlwollend ambivalent“ (Pontzen, 1990) gegenübersteht, werden Widerstände gegen die Kooperation, welche im Laufe der Zeit immer auftreten, oft auf der administrativen Ebene „ausagiert“, anstatt durch gemeinsame Klärung im Gespräch bewältigt zu werden.

Verstrickungen in Gruppen- und Partialinteressen, die vor allem an einer Universitätsklinik immer erfolgen, kann der Liaison-Psychotherapeut nicht vermeiden, aber er muß sie wahrnehmen und reflektieren, um nicht blind „in die Falle zu tappen“, wenn zum Beispiel eine Berufsgruppe gegenüber einer anderen mit Hilfe des Psychotherapeuten ihre Position (und wenn es nur auf der „moralischen“ Ebene ist) stärken oder eine

wissenschaftliche Arbeitsgruppe oder klinische Abteilung sich gegenüber einer anderen mit Hilfe des Liaisondienstes profilieren möchte.

Und schließlich kann ein nicht ausreichender Zeitrahmen für den Aufbau des Liaisondienstes dessen Ende herbeiführen, wenn z.B. ein Projekt vom Krankenhausträger mit einer Stelle auf ein Jahr befristet wird, nach dem dann schon der Erfolg nachgewiesen werden sollte. Wir können uns der Erfahrung von Pontzen (1990) nur anschließen, daß ein Zeitraum von zumindest zwei Jahren für die Etablierung eines Liaisondienstes unbedingt notwendig ist und er erst nach drei bis fünf Jahren zur vollen Entfaltung kommt.

### Qualitative Voraussetzungen für die Liaisonarbeit

Die Qualität der Arbeit hängt von folgenden Faktoren ab:

- vom Liaison-Psychotherapeuten,
- von der Institution, die den Liaisondienst trägt,
- von der „Gast“abteilung, an der der Dienst stattfindet und
- von den institutionellen Rahmenbedingungen der Krankenanstalt.

Der Liaison-Psychotherapeut muß natürlich über eine Ausbildung in einem anerkannten psychotherapeutischen Verfahren verfügen. Darüber hinaus ist eine praktische klinische Erfahrung in einer Einrichtung des Gesundheitswesens unbedingte Voraussetzung. Grundsätzlich kommen sowohl Psychotherapeuten mit ärztlichem Quellenberuf, als auch solche mit klinisch-psychologischer Grundausbildung in Frage. Letztere haben oft zu Beginn der Kooperation größere Schwierigkeiten der Akzeptanz in den jeweiligen „Gast“abteilungen, welche aber unserer Erfahrung nach überwunden werden können, wenn Psychologen mit Erfahrung im klinischen Feld mit Interesse und Neugier an die Arbeitsaufgabe herangehen und auf Kränkungen von seiten ärztlicher Kollegen (denen auch ärztliche Psychotherapeuten im Liaisondienst immer ausgesetzt sind; vgl. Pontzen, 1990; Söllner und Lampe, 1997) nicht mit „Gegenabwertung“ reagieren. Entscheidend ist die Einbindung der Liaisonmitarbeiter in ein psychotherapeutisches Team, in dem sie in einer vertrauten und Schutz bietenden Arbeitsgruppe ihre Arbeit supervidieren und reflektieren können.

Diese „Heimat“ für die Liaisonmitarbeiter bietet am besten eine psychosomatisch-psychotherapeutische Institution.<sup>1</sup> An unserer Klinik findet einmal in der Woche eine zweistündige *Liaisonkonferenz* statt, in der Erstkontakte hinsichtlich diagnostischer Probleme und therapeutischer Weichenstellungen diskutiert und Schwierigkeiten der Kooperation erörtert werden. Daneben können Therapieverläufe in der einmal wöchent-

lich stattfindenden klinikinternen *Supervision* reflektiert werden. An unserer Institution ist ein Teil der *internen Fortbildung* spezifisch auf die Bedürfnisse der Konsiliar-/Liaisonarbeit ausgerichtet.

Auch an der Gastklinik müssen einige Voraussetzungen gegeben sein, damit sich ein Liaisondienst etablieren kann: Neben der *Akzeptanz durch die ärztliche Leitung, aber auch die Pflegedienstleitung*, muß der Liaisondienst durch *Interesse und Kooperationsbereitschaft durch einen signifikanten Teil des ärztlichen und pflegerischen Stammpersonals* getragen sein. Das Zur-Verfügung-Stellen eines störungsfreien Raumes für die Abhaltung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist in vielen Fällen schwer möglich, das Bemühen der Mitarbeiter des Abteilungsteams, für eine bestimmte Zeit einen bestimmten Raum als *störungsarme Zone* zu respektieren, ist Ausdruck der Akzeptanz für die spezifischen psychotherapeutischen Arbeitsbedingungen.

Schließlich beeinflussen natürlich die institutionellen Rahmenbedingungen der Krankenanstalt nicht nur in quantitativer Hinsicht (Zahl der finanzierten Psychotherapeuten-Stellen, Zur-Verfügung-Stellung adäquater Räumlichkeiten, finanzielle Mittel für ausreichende Supervision und Fortbildung; siehe dazu Söllner et al., 1995), sondern auch in qualitativer Hinsicht (Garantie der fachlichen Unabhängigkeit der Psychotherapeuten, eigene Leitungsstruktur) ganz wesentlich die Qualität der Arbeit.

### Häufige Probleme der Kooperation

Herzog und Mitarbeiter (1994) weisen als Ergebnis einer Untersuchung zum IST-Stand der Entwicklung psychosomatischer Konsiliar-/Liaisondienste in 12 europäischen Ländern auf verschiedene *organisatorische Probleme* bei der Kooperation hin. Neben der schlechten Erreichbarkeit psychosomatischer Konsiliar-/Liaisonmitarbeiter wird häufig beklagt, daß Patienten, die dem Konsiliar- oder Liaisonpsychosomatiker vorgestellt werden, schlecht über den Zweck dieser Zuweisung informiert werden oder zum Zeitpunkt des Konsiliarbesuchs gerade bei einer „auf Abruf“ vereinbarten CT-Untersuchung sind. Häufig ergeben sich auch Probleme der Sicherung der Intimität von Gesprächen durch mangelnde räumliche Möglichkeiten.

Besonders am Beginn der Liaison-Kooperation besteht die Gefahr, daß die *gesamte psychosoziale Betreuung bestimmter Patientengruppen an den Liaison-Psychotherapeuten delegiert* wird. Diese Tendenz tritt besonders bei sog. „schwierigen“ Patienten, die den reibungslosen diagnostischen und therapeutischen Ablauf einer Abteilung erschweren und im Behandlungsteam Frustrationen und Spannungen auslösen, zutage. Neben Patienten mit schwer zu behandelnden chronischen Erkrankungen wird dies häufig durch Patienten mit funktionellen Störungen (Uexküll, 1994) ausgelöst, bei denen die erhobenen medizinischen Befunde keine ausreichende Erklärung ihrer Symptomatik zulassen. Diese Patienten erzeugen beim Arzt dann Frustration, wenn er ihre Beschwerden nicht verstehen und vor allem mit den ihm vertrauten medizinischen Maßnahmen nur unzureichend behandeln kann. Die Patienten

<sup>1</sup> Wenn eine solche Arbeitsgruppe nicht in Form einer psychotherapeutischen Institution (wie im Fall von großen Krankenanstalten oder universitären Einrichtungen) gegeben ist, ist die Bildung regionaler Arbeitsgruppen von Liaisonmitarbeitern, die in verschiedenen kleineren Krankenhäusern arbeiten, anzustreben.

**Tabelle 5.** Häufige Probleme der Kooperation

- 
1. *Organisationsprobleme*
    - mangelnde Erreichbarkeit des Liaisondienstes
    - nicht ausreichend informierte Patienten
    - Raumprobleme
  2. *Gefahr des „Abschiebens“ der psychosozialen Betreuung von Patienten an den Spezialisten*
  3. *Mangelnde Frustrationstoleranz*
    - Arbeit mit oft „schwierigen“ Patienten
    - wenig introspektive und zur Psychotherapie motivierte Patienten
    - keine schnellen Erfolge
  4. *Identitätsprobleme*
    - Wer ist der bessere/wichtigere Behandler? (Rivalität)
    - Wer bestimmt die Therapie? (Kontrollbedürfnisse)
    - Macht der andere etwas, was eigentlich meines ist bzw. was eigentlich ich tun sollte? (Schwierigkeiten der Kompetenzabgrenzung)
    - Selbstwertprobleme und gegenseitige Entwertung
- 

halten meist hartnäckig an einer rein somatischen Sichtweise ihrer Erkrankung fest und fühlen sich vor allem dann nicht ernstgenommen und zum Psychotherapeuten „abgeschoben“, wenn sie vom Arzt gesagt bekommen, er könne „nichts Krankhaftes finden“.

Diese Situation provoziert typische Interaktionskonflikte, die wir an anderer Stelle ausführlicher dargestellt haben (Söllner und Lampe, 1997; Söllner und Schüßler, 1997). Oberflächlich manifestieren sich diese häufig als organisatorische Probleme, dahinter stehen aber Rivalitätskonflikte („Wer ist der bessere Behandler?“) und Kontrollbedürfnisse („Wer bestimmt letztlich die Therapie?“). Diese gewinnen im Liaisondienst dadurch an Bedeutung, daß der Psychotherapeut nicht nur wie ein Konsiliarius Behandlungsvorschläge macht, die der Zuweiser aufgreifen kann oder auch nicht, sondern von sich aus einen Teil der (psychotherapeutischen) Behandlung durchführt.

Besonders ausgeprägte und immer wiederkehrende Schwierigkeiten der Kooperation entstehen bei der Behandlung von Patienten, die unter massiven Selbstwertproblemen und Ambivalenzkonflikten leiden und ihr Schwanken zwischen Gefühlen der völligen Wertlosigkeit und der grandiosen Selbstüberschätzung auf die Behandler projizieren. In einer unbewußten Übertragungs-Gegenübertragungs-Verstrickung (Kollusion) besteht für Ärzte und Psychotherapeuten die Gefahr, in die *Falle der anfänglichen Idealisierung und nachfolgenden Entwertung* zu gehen. Beck (1977) hat dies im Zusammenhang mit der Behandlung chronischer Schmerzpatienten als sog. Koryphäen-Killer-Syndrom bezeichnet. Nur durch Reflexion in regelmäßigen Fallbesprechungen und möglichst offenes Zugebenkönnen der eigenen begrenzten Möglichkeiten gelingt es, diesem Teufelskreis der gegenseitigen Idealisierung und Entwertung zu entgehen. Auch Pontzen (1990) hat dar-

auf hingewiesen, daß ein Liaisondienstmitarbeiter nicht allzu anfällig für narzißtische Verführungen sein sollte.

Schließlich ist unseres Erachtens nach eine *ausreichende Frustrationstoleranz* und ein „langer Atem“ nötig, um die immer wiederkehrenden Krisen und Rückschläge in der Liaisonarbeit zu bewältigen. Die Sicherheit, in einem psychotherapeutischen Team auch mit Gefühlen der Resignation und Aggression gut aufgehoben zu sein und diese nicht nur äußern, sondern auch reflektieren zu können, erscheint uns als wichtigste Voraussetzung für den Aufbau von Liaisonprojekten.

### Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Kolleginnen und Kollegen, die mit uns im Liaisondienst kooperieren, beim emeritierten Ordinarius Prof. Dr. W. Wesiack, der diese Arbeit ermöglicht hat, und beim neuen Vorstand unserer Klinik, Prof. Dr. G. Schüßler, der die Liaisonstätigkeit mit viel Energie weiter fördert und unterstützt.

### Literatur

- Balint M (1976) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, 4. Aufl. Klett, Stuttgart
- Beck D (1977) Das „Koryphäen-Killer-Syndrom“. Zur Psychosomatik chronischer Schmerzzustände. Dtsch Med Wochenschr 102: 303–307
- Delius P, Schürmann A, Arolt V, Schüffegen-Daus U, Dilling H (1993) Indikation psychiatrischer Konsile: Eine fallbezogene Parallelbefragung von Psychiatern und behandelnden Ärzten. Psychiatr Prax 20: 218–223
- Deter HC (Hrsg) (1988) Gruppen mit körperlich Kranken. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Hahn P (1994) Modell und Methode in der Internistischen Psychosomatik. In: Hahn P, Werner A, Bergmann G, Drinkmann A, Eich W, Hayden M, Herzog W (Hrsg) Modell und Methode in der Psychosomatik: Eine Bestandsaufnahme gegenwärtiger psychosomatischer Forschungs- und Arbeitsansätze. Deutscher Studien Verlag, Weinheim, S 42–53
- Herzog T, Stein B, European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) (1994) Psychotherapeutisch-psychosomatische Konsiliar-/Liaisondienste: Entwicklungen, empirische Befunde, Perspektiven für die Praxis und Forschung. Psychologie in der Medizin 5/2: 10–18
- Jacobson E (1990) Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Pfeiffer, München
- Kantner-Rumplmair W, Ogon M, Söllner W, Krismer M (1995) Die psycho-orthopädische Kreuzschmerzgruppe: Ein Werkstattbericht. Psychologie in der Medizin 6/4: 27–29
- Kinzl J, Biebl W (1992) Psychiatrisch-psychosomatischer Konsultationsdienst an der Univ.-Klinik Innsbruck. Prax Psychother Psychosom 37: 266–271
- Mark-Stemberger B (1994) Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen der Supervision und Beratung an Klinikstationen. Psychologie in der Medizin 5/3: 23–26
- Pontzen W (1990) Zehn Jahre psychosomatische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus – Rückblick und Perspektiven. Psychother Med Psychol 40: 346–350
- Ringler M, Fennesz U, Springer-Kremser M (1992) (Hrsg) Frauen „krankheiten“. Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe in Österreich 1982–1992. Wiener Universitätsverlag, Wien
- Roth JK (1984) Hilfe für Helfer: Balint-Gruppen. Piper, München

- Schwarz R (1993) Die Bedeutung der psychosozialen Onkologie in der Behandlung von Krebskranken. *Z Psychosom Med Psychoanal* 39/1: 14–25
- Smrekar U, Ellemunter H (1993) Interdisziplinäre Teamarbeit in der Behandlung der zystischen Fibrose: Modell einer psychosomatischen Kooperation. *Padiatr Padol* 28: 71–78
- Söllner W, Egger J (1993) Personalanzahlzahlen für Ärzte und Psychologen in psychotherapeutischen Ambulanzen und im psychotherapeutischen Liaisondienst. *Psychologie Med* 4: 2–11
- Söllner W, Smrekar U, Schüßler G (1995) Zur Strukturqualität im psychotherapeutischen Konsiliar-/Liaisondienst: Überlegungen zu Qualitätsstandards und Entwicklung eines Dokumentationsbogens. *Psychologie Med* 6/2: 24–29
- Söllner W (1996) Psychotherapie im Krankenhaus: Bedarf und Kostenschätzung für die psychotherapeutische Versorgung in den öffentlichen Krankenanstalten am Beispiel des Landes Tirol. *Psychother Forum* 4: 33–40
- Söllner W, Lampe A (1997) Arzt, Patient und Psychotherapeut: Interaktion und Kooperation im Krankenhaus unter beziehungsanalytischen Gesichtspunkten. In: Herberth F, Maurer J (Hrsg) *Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis*. Brandes & Apsel, Frankfurt/M, S 187–202
- Söllner W, Schüßler G (1997) Psychodynamisch/psychoanalytische Therapie bei Schmerzkrankungen. *Der Schmerz* (im Druck)
- Springer-Kremser M (1981) Die psychosomatisch-gynäkologische Ambulanz an der II. Univ.Frauenklinik. *Wien Med Wochenschr* 9: 131
- Willi J (1991) Über die Entwicklung des eigenen Denkens in der Kooperation mit der somatischen Medizin. In: Richter HE, Wirsching M (Hrsg) *Neues Denken in der Psychosomatik. Geist und Psyche*. Fischer, Frankfurt a. M., S 21–28
- Korrespondenz:** Dr. Wolfgang Söllner, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Sonnenburgstraße 9, A-6020 Innsbruck, Österreich. e-mail: wolfgang\_soellner@uibk.ac.at

*Dr. Wolfgang Söllner ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Psychotherapeut und als Stellvertreter des Vorstands an der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck tätig. Er leitet den psychotherapeutischen Konsiliar-Liaisondienst an dieser Klinik und hat Lehrbuchbeiträge und wissenschaftliche Arbeiten zu psychosomatischen Problemstellungen und zur psychotherapeutischen Arbeit im Krankenhaus (im speziellen zum Liaisondienst) veröffentlicht.*

*Dr. Andreas Thiel ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Psychotherapeut, sowie geschäftsführender Oberarzt an der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck. Er hat wissenschaftliche Arbeiten zu psychosomatischen Problemstellungen und im speziellen zu Eßstörungen veröffentlicht.*

*Dr. Ulrike Smrekar ist klinische Psychologin und Psychotherapeutin und neben der Leitung der Psychotherapeutischen Ambulanz auch im Liaisondienst tätig. Von ihr sind Arbeiten zu Eßstörungen und zur psychotherapeutischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Mukoviszidose, sowie deren Angehörigen erschienen.*

*Dr. Wilhelm Kantner-Rumplmair, Dr. Astrid Lampe, Dr. Gabriele Schauer-Maurer, Dr. Florian Katzlberger, Dr. Stefan Doering und Dr. Gerhard Libal waren bzw. sind im Liaisondienst tätige Assistenzärzte/innen und Psychotherapeut/inn/en. Dr. Verena Auer und Dr. Margret Pacher sind als klinische Psychologinnen und Psychotherapeutinnen und DSA Gabriele Schießling ist als Sozialarbeiterin im Liaisondienst tätig.*