

1 Versorgungsgrundlagen und -strukturen der Konsiliar-/Liaisonpsychiatrie und -psychosomatik

Josef Jenewein und Wolfgang Söllner

Die Konsiliar-/Liaisonpsychiatrie und -psychosomatik ist ein klinischer Versorgungsbereich und in manchen Ländern (wie der Schweiz) eine Subspezialität/Spezialisierung innerhalb der Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin, die an der Schnittstelle von psychosozialer und somatischer Medizin tätig und dem biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitskonzept verpflichtet ist.

Lernziele:

- Kenntnisse über die Aufgabengebiete der KL-Psychiatrie und -Psychosomatik
- Kenntnis über Organisationsmodelle von KL-Diensten
- Kenntnisse über Art und Häufigkeiten psychischer Erkrankungen im Allgemeinkrankenhaus
- Kenntnisse über Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten

1.1 Historische Entwicklung und Bedeutung innerhalb der Medizin

Historisch betrachtet gab es in der Medizin über lange Zeit einen Trend, die Behandlung von Menschen mit psychischen und somatischen Erkrankungen zu separieren: Die Trennung erfolgte sowohl räumlich (psychiatrische Krankenhäuser häufig in der Peripherie, somatische Kliniken zentrumsnahe) als auch inhaltlich. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde klar, dass diese Trennung eine angemessene Behandlung sowohl von psychisch als auch somatisch Kranken verhinderte (Sharpe, 2014). Dementsprechend wurden erste KL-Dienste und psychiatrische Departemente in Allgemeinkrankenhäusern zuerst in den USA (Lipowski, 1986), später auch in Europa (Huyse & Hengeveld, 1989; Aitken et al., 2016) mit dem klaren Bekenntnis zu einer »integrativen« Medizin etabliert. In Deutschland erfolgte parallel die Entwicklung der »Psychosomatischen Medizin«, die primär von psychoanalytisch interessierten Internist:innen ausging und sich heute im

Entstehung der
KL-Psychiatrie/-
Psychosomatik
zwischen somatischer
und psychosozialer
Medizin

»Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« abbildet. In der Schweiz ist Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie eine offizielle und von der Ärztekammer akkreditierte Zusatzqualifikation zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. In Österreich wurde 2019 eine Spezialisierung in »Psychosomatischer Medizin« geschaffen, die von Fachärzt:innen aller Fachgebiete in spezialisierten Fachabteilungen erworben werden kann. In allen drei Ländern sind heute aber auch Psycholog:innen im KL-Bereich tätig.

Mit der Etablierung des bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodells in den 1970er-Jahren (Engel, 1977) erfolgte schließlich der Durchbruch sowohl in der klinischen Versorgung als auch in der Forschung: Eine große Anzahl von Studien konnte zeigen, dass psychosoziale Faktoren einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung und den Verlauf von somatischen Erkrankungen haben, aber auch, dass somatische Erkrankungen vielfach zu psychischen Belastungen und Erkrankungen führen, die entsprechend behandelt werden müssen, sowohl im Krankenhaus als auch in der Hausarztpraxis.

1.2 Tätigkeit und Organisationsformen der Konsiliar-/Liaisonpsychiatrie und -psychosomatik

1.2.1 Konsiliar- und Liaisontätigkeit

Konsiliar- und Liaisontätigkeit sind unterschiedliche und sich ergänzende Aufgaben

Grundsätzlich werden zwei verschiedene Tätigkeitsformen unterschieden: die des Konsiliarius (Beratung) und die des Liaisondienstes (Behandlung). Die *Konsilitätigkeit* beinhaltet die diagnostische Beurteilung und therapeutische Empfehlung in Zusammenhang mit einem konkreten medizinischen Problem. Die Fragestellungen können dabei so heterogen wie unspezifisch sein: Ihr Spektrum erstreckt sich von »Unruhe«, »Verwirrtheit«, »Depression«, »Angst«, »Suizidalität« bis zu Fragen zur differenziellen Diagnostik und Therapie. Die Tätigkeit als Konsiliarius setzt fundierte Kenntnisse im Bereich somatischer Erkrankungen sowie ausgezeichnete Fähigkeiten in der psychiatrisch-psychosomatischen Diagnostik voraus. Diagnosestellungen müssen häufig in kurzer Zeit und mit unvollständigen Informationen und deshalb nach Wahrscheinlichkeiten erfolgen. Therapeutische Empfehlungen müssen immer mögliche Interaktionen mit anderen Interventionen (Medikamente, chirurgische Eingriffe usw.) und den jeweiligen Kontext einer Station oder Abteilung mitberücksichtigen: Das Ergebnis des Konsiliums ist der Konsilbericht, der eine klare, nachvollziehbare und begründete Diagnose (inkl. differenzialdiagnostischer Überlegungen) sowie eine spezifische Therapieempfehlung, gelegentlich auch Empfehlungen für weitere Abklärungen

beinhaltet. Die *Liaisonsfähigkeit* geschieht in einer engen Zusammenarbeit mit den Ärzten und Pflegefachpersonen einer Station oder Abteilung. Je nach Organisation und Integrationsstufe umfassen die Aufgaben zusätzlich zur diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit auch die Leitung von gemeinsamen Fallbesprechungen bis zu Teamsupervisionen oder Leitung von Balint-Gruppen. Die Psychiater:in oder Psychosomatiker:in ist dann jeweils einer spezifischen Station zugeordnet, benutzt häufig einen Arbeitsraum direkt auf der Station, nimmt an Visiten teil, führt pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlungen in Absprache mit dem Behandlungsteam selbst durch und wird damit Teil desselben.

1.2.2 Formen der Integration in die klinischen Abteilungen

Die zunehmende Prävalenz und der zunehmende Behandlungsaufwand für komplexe Erkrankungen (v. a. chronische Erkrankungen mit Komorbiditäten) machen eine stärker integrierte interdisziplinäre Versorgung nötig. Das Center for Integrated Health Solutions hat für die Kooperation zwischen den Bereichen Primary Care und Mental Health fünf Stufen der Integration der Versorgung definiert (»Standard Framework for Levels of Integrated Health Care«, Doherty et al., 1996), welche auch für die KL-Versorgung angewandt werden können (► Tab. 1.1).

Konsiliar- und Liaisonsfähigkeit kann unterschiedlich stark integriert sein

Level	Art der Kooperation und Integration	Versorgungsmodelle der KL-Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin
I Minimal Collaboration	»Mental health and other healthcare providers work in separate facilities, have separate systems, and rarely communicate about cases.«	
II Basic Collaboration at a Distance	»Providers have separate systems at separate sites, but engage in periodic communication about shared patients, mostly through telephone and letters. Providers view each other as resources.«	Konsildienst
III Basic Collaboration Onsite	»Mental health and other healthcare professionals have separate systems, but share facilities. Proximity supports at least occasional face-to-face meetings and communication improves and is more regular.«	Liaisondienst
IV Close Collaboration in a Partly Integrated System	»Mental health and other healthcare providers share the same sites and have some systems in common such as scheduling or charting. There are regular	Proaktiver KL-Dienst

Tab. 1.1:
Stufen von Integration der Versorgung im Bereich der KL-Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin

Tab. 1.1:
Stufen von Integration der Versorgung im Bereich der KL-Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin – Fortsetzung

Level	Art der Kooperation und Integration	Versorgungsmodelle der KL-Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin
	face-to-face interactions among primary care and behavioral health providers, coordinated treatment plans for difficult patients, and a basic understanding of each other's roles and cultures.«	
<i>V Close Collaboration in a Fully Integrated System</i>	»Mental health and other healthcare professionals share the same sites, vision, and systems. All providers are on the same team and have developed an in-depth understanding of each other's roles and areas of expertise.«	Med-Psych Units, Integrierte internistisch-psychosomatische Stationen, Interdisziplinäre Schmerztageskliniken

Liaisondienste sind stärker in die jeweilige klinische Abteilung integriert als Konsildienste. Das Ausmaß der Integration hängt von der Aufgabenstellung und den Vereinbarungen mit der klinischen Abteilung ab. An Abteilungen, an denen viele schwer und chronisch Kranke behandelt werden (z. B. onkologische Abteilungen, Schmerzzentren, Palliativstationen, Dialysestationen, transplantationschirurgische Abteilungen) ist die regelmäßige Präsenz einer konstanten Liaisonmitarbeiter:in für eine kontinuierliche Behandlung der Patient:innen und den regelmäßigen Austausch mit dem klinischen Team ein großer Vorteil. Eine multizentrische europaweite Studie zur Organisation von KL-Diensten ergab, dass solche Dienste mehr psychotherapeutische Leistungen anbieten, mehr Zeit mit den Patient:innen und deren Angehörigen und für den Austausch mit dem Team aufwenden (Herzog et al., 2004). Bei einer optimalen flächendeckenden Versorgung eines Krankenhauses bestehen in der Regel sowohl Konsil- als auch Liaisondienste (Söllner & Stein, 2025).

Für manche Aufgabenstellungen gibt es darüber hinaus rechtliche Vorgaben der Mitarbeit von Psy-Spezialist:innen, z. B. im Rahmen der Lebendspende bei Organtransplantationen, bei der Adipositaschirurgie, bei operativen Geschlechtsangleichungen. Daneben erfordern organisatorisch-abrechnungstechnische Vorgaben eine solche Mitarbeit, wie bei zertifizierten Tumorzentren, Schmerzzentren und (in Deutschland) bei der Akutrehabilitation geriatrischer oder neurologischer Erkrankungen. Hierbei übernimmt die Liaisonmitarbeiter:in fest definierte Aufgaben in der Diagnostik und Behandlung, ohne dass es einer Zuweisung bedarf (sog. *Kontraktmodell*).

In den letzten Jahren wurden *proaktive Konsiliar-/Liaisonmodelle* entwickelt und etabliert, bei denen auf bestimmten Stationen alle neu aufgenommenen Patient:innen gescreent und im Falle erkannter behandlungsbedürfiger psychischer Probleme vom KL-Team mitbehandelt werden. Das Screening kann in Form einer Sichtung der Patientenakte, kurzen strukturierten Interviews (z. B. der INTERMED-Methode) oder Fragebögen durchgeführt werden (Stiefel et al., 2018; Sharpe et al., 2020). Studien, welche

solche proaktiven Versorgungsformen mit herkömmlichen KL-Diensten verglichen, zeigten, dass mit proaktiven Modellen nicht nur mehr Patient:innen mit psychischen Störungen erfasst und behandelt wurden und die Zufriedenheit der klinischen Teams höher war, sondern dass solche Dienste über eine Verkürzung der Liegezeit von Patient:innen mit psychischer Komorbidität auch ökonomische Vorteile boten oder kostenneutral waren (Oldham et al., 2019, 2021; Sharpe et al., 2024).

Eine enge Integration somatischer und psychischer Medizin stellen Modelle von *Collaborative Care* dar, bei denen KL-Spezialist:innen eng mit Hausarztpraxen und dort tätigen Ärzt:innen und Care Manager:innen kooperieren und chronisch kranke Patient:innen mit psychischer Komorbidität über längere Zeiträume begleiten und behandeln (Katon et al., 2010). Kontrollierte Studien zeigen, dass solche Modelle besser als die traditionelle Versorgung in der Lage sind, psychische Beschwerden bei körperlich kranken Patient:innen im Längsschnitt zu vermindern und gleichzeitig Kosten zu sparen (Huang et al., 2010; Li et al., 2017).

Med-Psych Units sind vollintegrierte Versorgungsmodelle im stationären Bereich, wo Patient:innen von einem Team aus somatischen Spezialist:innen (meist Internist:innen) und Psychiater:innen oder Psychosomatiker:innen gemeinsam voll- oder teilstationär behandelt werden. Beispiele dafür sind Med-Psych Units in den USA, Großbritannien und den Niederlanden (Wulsin et al., 2006; van Schijndel et al., 2019; Carter et al., 2024), integrierte internistisch-psychosomatische Stationen in Deutschland für die Behandlung von komplex kranken internistischen Patient:innen mit ausgeprägter psychischer Komorbidität (Waller et al., 2025) oder multidisziplinäre Schmerztageskliniken (Arnold et al., 2014). Patient:innen, die auf solchen integrierten Stationen behandelt werden, nehmen verglichen mit üblichen internistischen Stationen mit Konsiliardienst nach der Behandlung vermehrt psychische Behandlung und vermindert somatische Behandlung in Anspruch (Leue et al., 2010).

1.3 Aufgabengebiete der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie und -psychosomatik

Entsprechend den Fragestellungen und den typischen klinischen Problemen lassen sich grundsätzlich vier verschiedene Aufgabenbereiche der KL-Tätigkeit definieren (Meyer et al., 2014). Ein sehr häufiger und typischer Aufgabenbereich sind *psychische Komplikationen* somatischer Erkrankungen: Dazu gehören psychoorganische Erkrankungen wie das Delir, organisch bzw. medikamentös bedingte affektive Störungen oder andere Verhaltensstörungen. Hier sind vor allem fundierte psychiatrische und somatische Kenntnisse erforderlich, die Patient:innen befinden sich häufig auf Intensiv-

Konsiliar- und
Liaisontätigkeit ist
vielfältig

stationen oder chirurgischen Abteilungen. Je nach Integrationsgrad des KL-Dienstes (► Kap. 1.2.2) erfolgt die Zusammenarbeit häufig konsiliarisch.

Ein weiterer Aufgabenbereich ist die psychiatrisch/psychosomatische Betreuung von Patient:innen im Allgemeinkrankenhaus mit einer *komorbid psychischen Erkrankung*. Dazu gehören beispielsweise schizophreneriforme Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen oder affektive Störungen. Komorbide psychische Erkrankungen führen beim medizinischen und pflegerischen Personal häufig zu Irritationen und Überforderungen, da die Fachexpertise fehlt und das Behandlungssetting komplex ist. Für Patient:innen mit Abhängigkeitserkrankungen (► Kap. 11) beispielsweise ist das Spitalsetting mit einem hochstrukturierten Tagesablauf und fixen Zeiten für Essen, Medikamenteneinnahme usw. viel zu eng und führt deshalb vielfach zu Differenzen und Konflikten und gelegentlich zu aggressivem Verhalten oder Behandlungsabbrüchen. Sehr häufig in diesem Zusammenhang sind auch Fragestellungen hinsichtlich Suizidalität (► Kap. 16) und Urteilsfähigkeit.

Der dritte Aufgabenbereich umfasst alle Patient:innen, die *psychische Reaktionen* auf ihre somatische Erkrankung zeigen. Dazu gehören Patient:innen mit ängstlich-depressiven Reaktionen nach Diagnose einer onkologischen Erkrankung (Kuhnt et al., 2016), nach einem Herzinfarkt, einem schweren Unfall, einem Schlaganfall oder Patient:innen mit Diabetes oder einer rheumatologischen Erkrankung. Da hier die Anforderungen an Spezialwissen und spezifischen therapeutischen Interventionen sehr hoch ist, haben sich zwischenzeitlich diverse Spezialdisziplinen wie Psychoonkologie, Psychokardiologie, Psychodiabetologie usw. entwickelt, die heute fester Bestandteil eines jeden Krankenhauses sind. Die Zusammenarbeit ist hier sehr eng, meist in interdisziplinären und interprofessionellen Teams, und die Interventionen reichen von medikamentösen bis zu spezifischen psychotherapeutischen Behandlungen.

Ein vierter Aufgabenbereich umfasst *psychosomatische Fragestellungen im engeren Sinne*. Dazu gehören Krankheitsbilder mit unklarer Ätiologie, bei denen eine psychosomatische bzw. somatoforme Genese vermutet wird, wie beispielsweise bei Schwindelsymptomen, chronischen Schmerzen, Ess- und Schlafstörungen usw. Auch hier haben sich zwischenzeitlich interprofessionelle Spezialsprechstunden oder Spezialambulanzen etabliert.

KL-Mitarbeiter:innen sind aber nicht nur direkt an der Versorgung von Patient:innen beteiligt, sondern auch *indirekt* über die Sensibilisierung der medizinischen Teams für bio-psycho-soziale Aspekte der Medizin und das Training von Ärzt:innen und Pflegenden im Erkennen psychischer Komorbidität und in Communication Skills (Langewitz et al., 1998; Söllner, 2012; Karger et al., 2017; Stiefel et al., 2018).

1.4 Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Allgemeinkrankenhaus

Niekerk und Mitarbeiter (2022) schätzten in einem systematischen Umbrella Review, das 10 systematische Reviews umfasste, die Prävalenz psychischer Störungen auf ein Drittel der im Allgemeinkrankenhaus behandelten Patient:innen. Dabei konnten aber gepoolte Daten nur für Major Depression (12–20 %), Angststörungen (8 %) und Delir (15 %) erfasst werden. Demenzielle Erkrankungen weisen je nach untersuchter Stichprobe eine sehr hohe Streuung auf (3–63 %). Für andere bei stationären Patient:innen häufige Störungen, wie Somatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen, liegen bisher keine systematischen Reviews vor. Anpassungsstörungen und PTBS werden bei Patient:innen mit körperlichen Erkrankungen auf je ca. 10 % geschätzt (Ayuso-Mateos et al., 2001, Maercker, 2017). Somatische Belastungsstörungen sind ein häufiger Zuweisungsgrund in KL-Diensten (Söllner & Stein, 2015). Die Prävalenz psychischer Störungen liegt bei Patient:innen im Allgemeinkrankenhaus also deutlich höher. Mit dem Alter scheinen psychische Störungen zuzunehmen.

Psychische Erkrankungen sind bei stationär behandelten Patienten häufig

Je schwerer, komplexer und chronischer krank die dort behandelten Patient:innen sind, desto höher ist der Bedarf an KL-Diensten und desto eher sind Liaisonaktivitäten und proaktive Dienste gefragt. Beispiele dafür sind onkologische oder palliativmedizinische Abteilungen, Transplantationsabteilungen oder Intensivstationen, auf denen Patient:innen nach Suizidversuch oder Schwerbrandverletzte behandelt werden. Aber auch in Notaufnahmen ist das Vorhalten eines konstanten KL-Dienstes sinnvoll, um Patient:innen mit psychischer (Ko-)Morbidity rasch einer spezifischen Therapie zuführen zu können (Matzer et al., 2012). In der Leitlinie zum psychiatrischen, psychosomatischen und psychologischen KL-Dienst der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachverteiler (AWMF) wurde der Bedarf nach KL-Unterstützung bei 5 % aller Aufnahmen eines Krankenhauses geschätzt (Herzog et al., 2003). In den oben erwähnten Abteilungen ist der Bedarf deutlich höher. Die tatsächliche Versorgung weicht davon beträchtlich ab und ist lokal sehr unterschiedlich. Selbst in Krankenhäusern mit gut ausgestatteten KL-Diensten liegt die Inanspruchnahme nur zwischen 2 und 4 % der Aufnahmen (Huyse et al., 2000, Krautgartner et al., 2006, Windhager et al., 2015).

Der Bedarf an Interventionen hängt von der Art der betreuten klinischen Abteilung ab

1.5 Weiter- und Fortbildung

1.5.1 Weiterbildung

Die Tätigkeit im KL-Bereich benötigt spezielle Kompetenz

KL-Psychiatrie und -Psychosomatik ist ein Spezialbereich innerhalb der Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin. Die Tätigkeiten sind hoch spezialisiert und erfordern dementsprechend Kenntnisse und Fähigkeiten, die nicht in den üblichen Spezialisierungen zur Psychiater:in, Psychosomatiker:in oder psychologischen Psychotherapeut:in abgedeckt sind. Dementsprechend gab es in den letzten 20 Jahren internationale Bestrebungen, curriculare Weiterbildungen zu etablieren, um diesem Umstand Rechnung zu tragen. Die Art und Weise der Umsetzung variiert je nach Land und Gesundheitssystem, ebenso wie die Bezeichnungen (KL-Psychiatrie, KL-Psychosomatik, Psychosomatische Medizin, Medizinische Psychologie usw.).

Gemeinsam ist die integrierte Behandlung somatischer und psychischer Probleme

In der *Schweiz* besteht für Psychiater:innen seit 2010 eine spezifische zweijährige Weiterbildung zur Konsiliar-Liaisonpsychiater:in, die von der Schweizerischen Ärztekammer (FMH) akkreditiert ist und die Absolvierung eines praktischen und theoretischen Curriculums inkl. Prüfung erfordert (https://www.siwf.ch/files/pdf2/konsiliar_liaisonpsychiatrie_version_internet_d.pdf). Sie ist eine von fünf möglichen Schwerpunktstiteln, die Psychiater:innen erwerben können, und hat sich mittlerweile sehr gut etabliert (Berney & Jenewein, 2020). Verantwortlich für das Curriculum ist die Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar-Liaisonpsychiatrie und -Psychosomatik (SSCLPP) (<https://www.ssclpp.ch/gesellschaft>). Auch Psycholog:innen steht das Curriculum offen, sie können allerdings den Titel nicht erwerben, da er nur in Zusammenhang mit dem Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie erhältlich ist. Zusätzlich besteht für alle Ärzt:innen die Möglichkeit, sich im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie zu spezialisieren und den Fähigkeitsausweis oder Schwerpunkt der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPm) zu erwerben, der ebenfalls von der FMH akkreditiert ist und eine umfassende Weiterbildung im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie umfasst (<https://www.sappm.ch/>). Schließlich bestehen für Ärzt:innen und Psycholog:innen die Möglichkeiten, sich im Bereich Psychoonkologie, Psychokardiologie usw. zu spezialisieren.

In *Österreich* besteht seit 2018 für alle Ärzt:innen die Möglichkeit einer postgradualen Spezialisierung in »Fachspezifischer psychosomatischer Medizin«. Spezialisierungen sind Weiterbildungen, die nach Abschluss der Ausbildung zur Ärzt:in für Allgemeinmedizin oder zur Fachärzt:in absolviert werden können. Diese können sonderfachspezifisch (facharztspezifisch) oder sonderfachübergreifend ausgestaltet sein. Die Spezialisierung ist modular aufgebaut und umfasst je nach Voraussetzungen 18 Monate (für Fachärzt:innen der Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ist die Spezialisierung z. B. kürzer). Personen, die über ein Arztdiplom in einem der Quellfachgebiete verfügen und ein Diplom »Psychosomatische Medizin«