

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Versorgungsstrukturen und Qualität
der psychiatrischen und
psychosomatischen
Konsiliar-Liaison- (CL-) Dienste in
österreichischen Spitälern**

Mayr H, Aigner M

Rießland-Seifert A

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2015; 16 (4), 138-148

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Versorgungsstrukturen und Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Konsiliar-Liaison- (CL-) Dienste in österreichischen Spitälern

H. Mayr¹, M. Aigner², A. Rießland-Seifert³

Kurzfassung: *Zielsetzung:* Eine Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur und Qualität von Konsiliar-Liaison-Diensten (CL-Dienste) in österreichischen Spitälern durchzuführen, um auf Basis dieser Ergebnisse inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklungen anregen zu können.

Methodik: Telefonisches Interview anhand eines Fragebogens, der dafür in einer Arbeitsgruppe erstellt wurde. Sämtliche österreichischen Schwerpunkt- und Standardspitäler sowie Sonderkrankenanstalten wurden einbezogen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse repräsentieren 71 % der österreichischen Spitalsbetten. Übereinstimmend mit der Literatur ist das Diagnose-spektrum der in den CL-Diensten behandelten Patienten gekennzeichnet von einem Überwiegen von organisch bedingten Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen und depressiven Syndromen. Das Konsiliarmodell ist mittlerweile überall verwirklicht, die Behandlung von onkologischen und Schmerzpatienten wird am häufigsten – über alle Fächer hinweg – als fachlicher Schwerpunkt genannt. Das Angebot an Ressourcen für CL-Tätigkeit liegt in allen Bundesländern in unterschiedlichem Ausmaß unter den in der Literatur genannten Soll-Werten. Unsere Untersuchung zeigt in Bezug auf Organisation und Qualität von CL-Diensten ein sehr heterogenes Bild, z. B. organisatorische Zuordnung der Ressourcen, Organisationsmodelle, Schwerpunktlegung in der CL-Tätigkeit und Ressourcen der unterschiedlichen Berufsgruppen.

Schlussfolgerungen: Die große strukturelle Streuung weist auf gewachsene Strukturen hin, Planung und Steuerung für diesen wichtigen Versorgungsbereich fehlen weitgehend. Bei knappen Ressourcen mit strukturellen Defiziten besteht

die Gefahr von Doppelläufigkeiten mit weiteren negativen Auswirkungen auf die Versorgungslage. Die Existenz bzw. Etablierung von psychiatrischen und psychosomatischen CL-Diensten liegt im Interesse von Patienten mit somatischer und psychischer Komorbidität. Die Komplexität der psychopathologischen Symptomatik und der psychosozialen Probleme bei körperlich erkrankten Patienten erfordert eine spezielle Expertise. Eine grundlegende Planung der Versorgung dieser großen Gruppe komplex erkrankter Patienten mit Festlegung von Standards und Strukturqualitätskriterien für CL-Dienste ist dringend und unverzichtbar. Ebenso ist es wichtig, die Aufgabengebiete der unterschiedlichen in CL-Diensten tätigen Berufsgruppen zu definieren.

Schlüsselwörter: Versorgungsstruktur, Psychiatrie, Psychosomatik, Konsiliar-Liaison-Dienst

Abstract: Structures and Quality of Psychiatric and Psychosomatic Consultation-Liaison Service Delivery (C-L Services) in Austrian Hospitals. *Aim:* To review the structure and quality of provision of consultation-liaison services at Austrian hospitals to encourage further development based on our results.

Method: Telephone interview using a questionnaire, which was compiled by a workgroup for this study. All general hospitals in Austria were included.

Results: The results represent 71 % of inpatient beds in Austrian hospitals. According to scientific data, patients with the following ICD-10 diagnostic categories are referred most com-

monly to C-L services: organic mental disorders, substance use disorders, and depressive syndromes. Meanwhile, a pure consultation model is used everywhere, the treatment of oncological patients and patients with chronic pain are mentioned most frequently as special subject of service delivery. In all Austrian states the supply of resources for C-L service delivery lies below recommendations in literature. Our inventory revealed a great variation between hospitals concerning all aspects of organization and quality of C-L-services, for example allocation of resources, modes of provision, specialized activities, or staffing.

Conclusion: The different structures have developed over time and it is evident that there is a lack of planning and controlling in the important field of care of patients with mental disorders in the medical setting. Despite limited resources, there exist structures of parallel care delivery, which may cause unnecessary and unhelpful competition between professionals. The complexity of psychopathological symptomatology and psychosocial problems presented in medical patients requires specialized experience and clear performance standards. C-L psychiatry and psychosomatics as a significant part of psychiatry is responsible for these patients, also named as “complex medically ill”. National standards of structural quality are needed urgently as well as the definition of tasks and responsibilities of all professional groups involved. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2015; 16 (4): 138–48.**

Key words: supply structures, psychiatry, psychosomatics, organization of consultation-liaison services

■ Einleitung

Zur Entwicklung von Konsiliar-Liaison-Diensten

Die Konsiliar-Liaison-Psychiatrie (CL-Psychiatrie) hat sich in den 1920er-Jahren in den USA aus der Integration psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern entwickelt. Die Bereitstellung von psychiatrischen Konsilien an internistischen und chirurgischen Abteilungen war von Anfang an ein wichtiges Anliegen. Die CL-Psychiatrie erhielt einen zusätz-

lichen Antrieb durch die Entwicklung der psychosomatischen Medizin in den 1920er-Jahren [1]. Lipowsky und Wise stellen fest, dass die CL-Psychiatrie zu einer angewandten Form der psychosomatischen Medizin wurde: „[...] in this context, consultation-liaison psychiatry became an applied form of psychosomatic medicine“ [2]. In den folgenden Jahrzehnten spielten Liaisonpsychiater eine Schlüsselrolle an der Nahtstelle von Psychiatrie und den übrigen Fächern der somatischen Medizin [1].

Die Entwicklung der CL-Psychiatrie und Psychosomatik in Österreich begann in den 1980er-Jahren und wurde von verschiedenen Umständen beeinflusst. Sie geschah einerseits im Zuge der Psychiatriereform mit der Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Die erste dieser Einheiten wurde 1986 in Wien eröffnet. Die Eröffnung solcher Abteilungen bedeutete die Übernahme von Verantwortung für psychiatrische Konsilien, selten bedeutete es die Ein-

Eingelangt am 3. September 2014; angenommen am 5. März 2015; Pre-Publishing Online am 19. Juni 2015

Aus dem ¹Department für Psychosomatik, Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz; der ²Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie, Universitätsklinikum Tulln; der ³1. Psychiatrischen Abteilung mit Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital, Wien

Korrespondenzadresse: Prim. Dr. Hertha Mayr, Department für Psychosomatik, Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, A-4020 Linz, Wagner-Jauregg-Weg 15; E-Mail: hertha.mayr@gespag.at

richtung eines spezialisierten CL-Dienstes, der auch Liaison-tätigkeit übernahm [3]. Andererseits gibt es eine Tradition von Psychosomatik und klinischer Psychologie, Engagement in diesem Bereich zu zeigen, sodass Anfang der 1990er-Jahre in 2 österreichischen Universitäten gut ausgestattete Konsiliar-Liaison-Dienste eingerichtet wurden. Mitbestimmend an der weiteren Entwicklung in Österreich war sicherlich auch das Krankenanstaltengesetz von 1993, das vorschreibt, dass eine ausreichende psychologische und psychotherapeutische Versorgung in jedem Allgemeinspital bereitgestellt werden muss.

Ein weiterer wichtiger Umstand für die Versorgung an Allgemeinspitälern war auch die Fächertrennung von Neurologie und Psychiatrie im Jahr 1994, denn bis dahin wurde ein großer Teil der psychiatrischen Konsilien von Neurologen mit Doppelfach gemacht [4].

Diese Umstände tragen heute zu einer sehr unterschiedlichen Versorgungslage bei. Es gibt gut etablierte, gut ausgestattete multidisziplinäre CL-Teams, allerdings nur an wenigen Orten. Dann gibt es eine CL-Versorgung durch die psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern. Andere Spitäler beschäftigen Psychiater, die in einem anderen Spital oder in der eigenen Praxis arbeiten und 1–2-mal wöchentlich zu Konsilien ins Spital kommen. Und es gibt Krankenhäuser mit Versorgung durch ausschließlich psychologische CL-Dienste [5].

Die Sektion Konsiliar-Liaison-Psychiatrie und Psychosomatik der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) hat sich im Jahr 2009 nach Absprache mit dem Vorstand der ÖGPP entschlossen, eine Untersuchung der österreichischen CL-Versorgungssituation durchzuführen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war, eine Bestandsaufnahme der aktuellen Versorgungsstruktur und Qualität von Konsiliar-Liaison-Diensten in österreichischen Spitälern durchzuführen, um auf Basis dieser Ergebnisse inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklungen anregen zu können.

■ Definition und Geltungsbereich der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie und Psychosomatik

Eine psychiatrische Konsultation ist zunächst einmal die in der Medizin übliche Hinzuziehung eines Psychiaters durch einen in diesem Gebiet nicht spezialisierten Arzt und setzt den Auftrag eines anfordernden Arztes voraus [1].

Mit psychiatrischer Liaison-tätigkeit (frz. *liaison*: Verbindung) im engeren Sinne wird ein Ansatz bezeichnet, der dem primär patientenzentrierten Vorgehen ein arzt- oder teamzentriertes Vorgehen gleichstellt [6].

Liaisonpsychiatrie meint die konstante integrierte „nichtangeforderte“ Kooperation des Psychiaters im somatischen Feld, gewöhnlich als Teil eines multidisziplinären Teams, der neben Konsiliartätigkeit auch andere Aktivitäten wahrnimmt, wie z. B. Teilnahme an Visiten oder Fallkonferenzen, Schulung von somatischen Ärzten und Pflegepersonal, Implementierung von Behandlungsmaßnahmen und, falls erforderlich, Supervision des somatischen Behandlungsteams [7].

Entsprechend der Literatur bestehen bei einem Drittel aller Krankenhauspatienten mit somatischen Problemen auch psychische Störungen [8]. Psychosoziale Belastungen können verschiedene Auswirkungen auf der Ebene des Patienten, aber auch des Gesundheitssystems haben, wie z. B. inadäquate Inanspruchnahme somatischer Diagnostik und Therapie, verlängerte Aufenthaltsdauer, schlechtere Behandlungsergebnisse oder herabgesetzte Patientenzufriedenheit [8].

Nach Angaben des österreichischen Psychiatrieberichts erfolgten im Jahr 2002 75 % aller Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten, die mit einer psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnose endeten, aus nichtpsychiatrischen Abteilungen [9]. Zirka die Hälfte der psychischen Störungen wurde in Allgemeinkrankenhäusern nicht erkannt [10].

CL-Psychiater behandeln im Allgemeinen 4 Gruppen von Patienten, die man als „komplex Erkrankte“ zusammenfassen kann:

- Jene mit komorbider psychischer Störung und körperlicher Erkrankung, wobei eine Erkrankung die Behandlung der jeweils anderen erschwert,
- jene, bei denen die psychiatrische Erkrankung als direkte Folge der körperlichen Erkrankung oder deren Behandlung zu sehen ist (z. B. Delir),
- jene mit komplexem Krankheitsverhalten sowie somatoformen und funktionellen Störungen und
- Patienten mit akuter Psychopathologie, die an somatischen Abteilungen aufgenommen werden (z. B. nach Suizidversuch) [11].

Die Literatur zeigt, dass die Diagnosen Schizophrenie, wahnhaftige Störung und bipolare Störung – Kernbereiche des psychiatrischen Fachbereichs – im konsiliar-psychiatrischen Setting selten vorkommen. Am häufigsten erfolgen Anforderungen wegen organisch bedingter psychischer Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen und depressiver Syndrome. Das Allgemeinkrankenhaus nimmt hier grundsätzlich eine Filterfunktion hinsichtlich der Vermittlung unbehandelter psychisch Kranker ein, welche erstmalig – vermittelt über die somatischen Krankenhausärzte über den psychiatrischen Konsiliardienst – mit dem psychiatrischen Versorgungssystem in Kontakt treten [6].

■ Methodik

Es wurden alle Schwerpunkt- und Standardspitäler sowie Sonderkrankenhäuser aller Bundesländer in die Untersuchung im Erhebungszeitraum November 2009 bis Juli 2012 einbezogen. Die Daten der Krankenanstalten (Adressen, Ansprechpartner, Anzahl der Spitalsbetten, Abteilungsstruktur) wurden dem Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs, Ausgabe 2008/2009 [12], entnommen.

Da die Ausstattung und Organisationsstruktur von CL-Diensten in Universitätskrankenhäusern zum Teil viel besser sind als in Allgemeinkrankenhäusern, wurden diese aus den Berechnungen herausgenommen, um die Aussage über die allgemeine Versorgungssituation nicht zu verzerren.

Tabelle 1: Rücklauf der Fragebögen in Bezug zu Spitalsbetten

	FB erhalten	Keinen FB erhalten	Betten-anzahl, FB erhalten	Betten-anzahl, kein FB	Summe Betten	Betten-anzahl, FB erhalten	Betten-anzahl, keinen FB erhalten
Oberösterreich	20 (19 KH)	3	8156	948	9104	90 %	10 %
Salzburg	6	4	1307	599	1906	69 %	31 %
Steiermark	14	13	2391	3158	5549	43 %	57 %
Wien	17 (16 KH)	10	6995	3519	10.514	67 %	33 %
Kärnten	9	0	3624	–	3624	100 %	0 %
Tirol	6	3	1686	901	2587	65 %	35 %
Vorarlberg	7 (4 KH)	2	1287	544	1831	70 %	30 %
Burgenland	4	1	933	470	1403	67 %	33 %
Niederösterreich	18 (14 KH)	6	5099	2935	8034	63 %	37 %
Gesamtsumme			31.478	13.074	44.552	71 %	29 %

FB: Fragebogen; KH: Krankenhaus

Die jeweiligen ärztlichen Direktionen bekamen ein Ankündigungs-E-Mail mit Informationen über Ziele und Ablauf der Untersuchung und der Bitte, Ansprechpersonen für unsere Untersuchung zu nennen.

Die Untersuchung erfolgte als telefonisches Interview mittels eines Fragebogens, der für diese Untersuchung in einer Arbeitsgruppe erstellt wurde. Der Fragebogen bestand aus 14 Fragen, die die Themenkreise Strukturqualitätskriterien und fachliche Ausrichtung berührten.

Die Untersuchung wurde von der Ethikkommission des Landes Oberösterreich geprüft, es bestand kein Einwand gegen die Durchführung.

Die Kontaktaufnahme mit den genannten Personen erfolgte durch unsere wissenschaftliche Mitarbeiterin per Telefon. Die Auskunftspersonen wurden gebeten, die Fragen durch eigene Schätzung zu beantworten. Auskunftspersonen waren ärztliche Direktoren, Leiter von psychiatrischen Abteilungen und Konsiliar-Liaison-Diensten oder Leiter der klinischen Psychologie des jeweiligen Krankenhauses.

■ Rücklaufquote und Datenvalidität

Um eine Kontaktperson zu erreichen, wurden bis zu maximal 6 Telefonate geführt.

Einzelne Spitäler wurden in die Auswertung nicht einbezogen, wenn uns mitgeteilt wurde, dass kein Interesse an der Befragung besteht, dass es keine psychosoziale Versorgung im Spital gibt oder wir nach 6-maliger Kontaktaufnahme eine Ansprechperson nicht erreichen konnten.

Die für die Auswertung herangezogenen Fragebögen repräsentieren zwischen 43 % der Betten in der Steiermark bis zu 100 % der Betten in Kärnten. Auf Gesamt-Österreich bezogen repräsentiert die Untersuchung 71 % der österreichischen Spitalsbetten (Tab. 1).

Wir haben uns methodisch für eine Schätzung von Daten durch die Kontaktpersonen entschieden, weil für viele Bereiche, die uns interessiert haben, keine oder möglicherweise nur

in Teilbereichen offizielle Datenerhebungen existieren und uns eine repräsentative Zahl von Rückmeldungen ein Anliegen war. Vorrangiges Ziel war, möglichst viele Versorgungsspitäler einzubeziehen und nicht aufgrund von fehlenden systematischen Datenerhebungen auszuschließen.

Gleichzeitig stellte sich bei geschätzten Antworten die Frage nach der Validität der erhobenen Daten. Ausgehend von der Annahme, dass die ICD-10-Diagnosen der behandelten Patienten in den verschiedenen Bundesländern ein weitgehend vergleichbares Verteilungsmuster zeigen müssten, haben wir diese Frage für die Prüfung der Validität unserer Daten herangezogen (Welche Diagnosen haben Ihre Patienten in Prozent?). Wir erhielten in allen Bundesländern ein relativ homogenes Verteilungsmuster, was für eine durchaus gute und vergleichbare Datenqualität unserer Untersuchung spricht (Abb. 1).

■ Ergebnisse

Rahmenbedingungen von CL-Diensten

Wir wollten zunächst wissen, seit wann es einen CL-Dienst im jeweiligen Krankenhaus gibt (Seit wann gibt es den CL-Dienst? Mehr als 10 Jahre, zwischen 5 und 10 Jahren, weniger als 5 Jahre?). Wien (71 %), Niederösterreich (65 %) und Kärnten (63 %) verfügen am häufigsten über eine Tradition von mehr als 10 Jahren. Vorarlberg und Salzburg fallen dadurch auf, dass es in den letzten 5 Jahren zu keinen neuen Entwicklungen von CL-Diensten gekommen ist. In den Bundesländern Tirol (38 %), Steiermark (36 %) und Oberösterreich (35 %) werden die höchsten Angaben über jüngere Entwicklungen gemacht (weniger als 5 Jahre).

Eigene Räumlichkeiten für CL-Dienste gibt es zwischen 100 % (Salzburg, Vorarlberg und Burgenland) und 71 % in der Steiermark. Dazwischen liegen Kärnten (89 %), Wien (88 %), Oberösterreich (85 %), Tirol (83 %) und Niederösterreich (75 %). Die Schwankungsbreite für ein eigenes Sekretariat für den CL-Dienst liegt zwischen 56 % in Kärnten und 0 % in Tirol.

Die Erreichbarkeit von CL-Diensten wird üblicherweise zu bestimmten Zeiten angegeben (Wann sind Sie erreichbar?

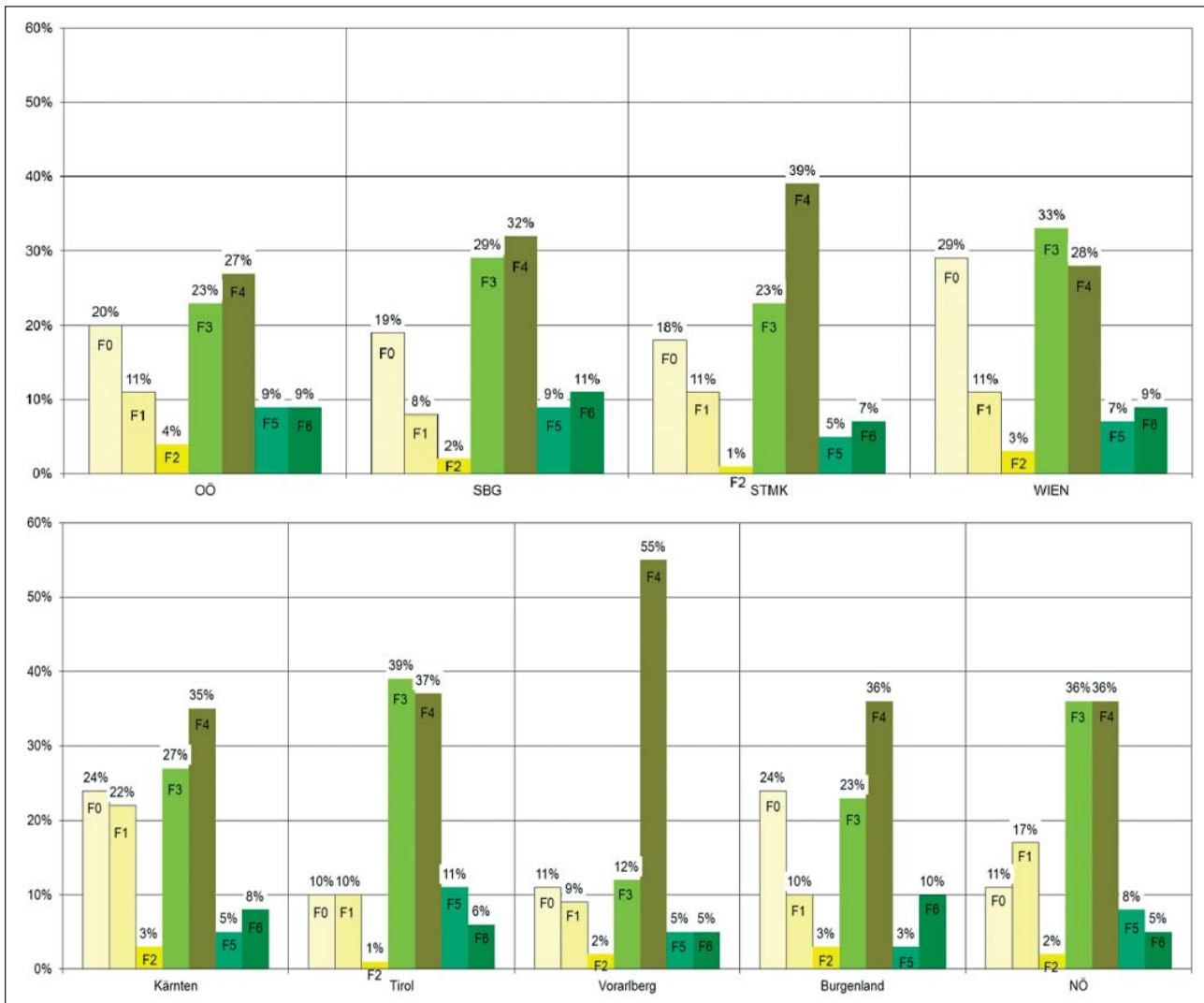


Abbildung 1: Welche Diagnosen haben Ihre Patienten in Prozent?

F0: organische Störungen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; F1: psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3: affektive Störungen; F4: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Rund um die Uhr oder zu bestimmten Zeiten?). Eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit besteht zu 0 % im Burgenland, 6 % in Wien, 7 % in der Steiermark, 13 % in Niederösterreich, 20 % in Oberösterreich, 29 % in Tirol und Vorarlberg, 30 % in Kärnten und zu 33 % in Salzburg. Dort, wo eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit angefordert wurde, handelte es sich um ärztliche Konsiliartätigkeit im Rahmen der Nachdiensttätigkeit.

Die Erreichbarkeit (Wie sind Sie erreichbar? Mehrfachnennungen möglich) ist hauptsächlich durch Telefon (zwischen 75 und 100 %), Handy (zwischen 50 und 100 %) und durch elektronische Zuweisung gewährleistet (zwischen 50 und 100 %). Bei der Antwortmöglichkeit „Anderes“ fällt Wien mit 41 % auf, es werden Pager und Fax genannt.

Bei der Frage nach dem Zuweisungsmodus (Fax, E-Mail, EDV-System, Rohrpost, persönlich, Anderes; Mehrfachnennungen möglich) fällt auf, dass in 7 Bundesländern die persönliche Zuweisung bei > 78 % liegt (Salzburg, Steiermark, Kärnten, Tirol, Vorarlberg, Burgenland und Niederösterreich).

Nur in Wien (44 %) und Oberösterreich (25 %) wird deutlich seltener persönlich zugewiesen. Am zweithäufigsten erfolgen Zuweisungen über das EDV-System. Im Burgenland wird zu 100 % über Formulare zugewiesen, dieser Zuweisungsmodus liegt sonst in den Bundesländern an dritter Stelle. Zuweisungen per E-Mail, Fax und Rohrpost liegen deutlich niedriger.

Organisation von CL-Diensten

Die Frage nach der Zuordnung der Ressourcen (Wem sind die Ressourcen zugeordnet? Eigene Stabstelle, der Psychiatrie, direkt an der somatischen Abteilung, Sonstige; Mehrfachnennungen möglich) ergibt ein völlig heterogenes Bild. Es bestehen große Unterschiede zwischen den Bundesländern (Abb. 2).

Wir haben auch nach Organisationsmodellen gefragt (Nach welchem Modell arbeiten Sie? Konsiliarmodell, Konsiliar-Liaison-Tätigkeit, interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, Arbeitsgruppenmodell; Mehrfachnennungen möglich). Das Konsiliarmodell ist überall verwirklicht. Die anderen Modelle unter-

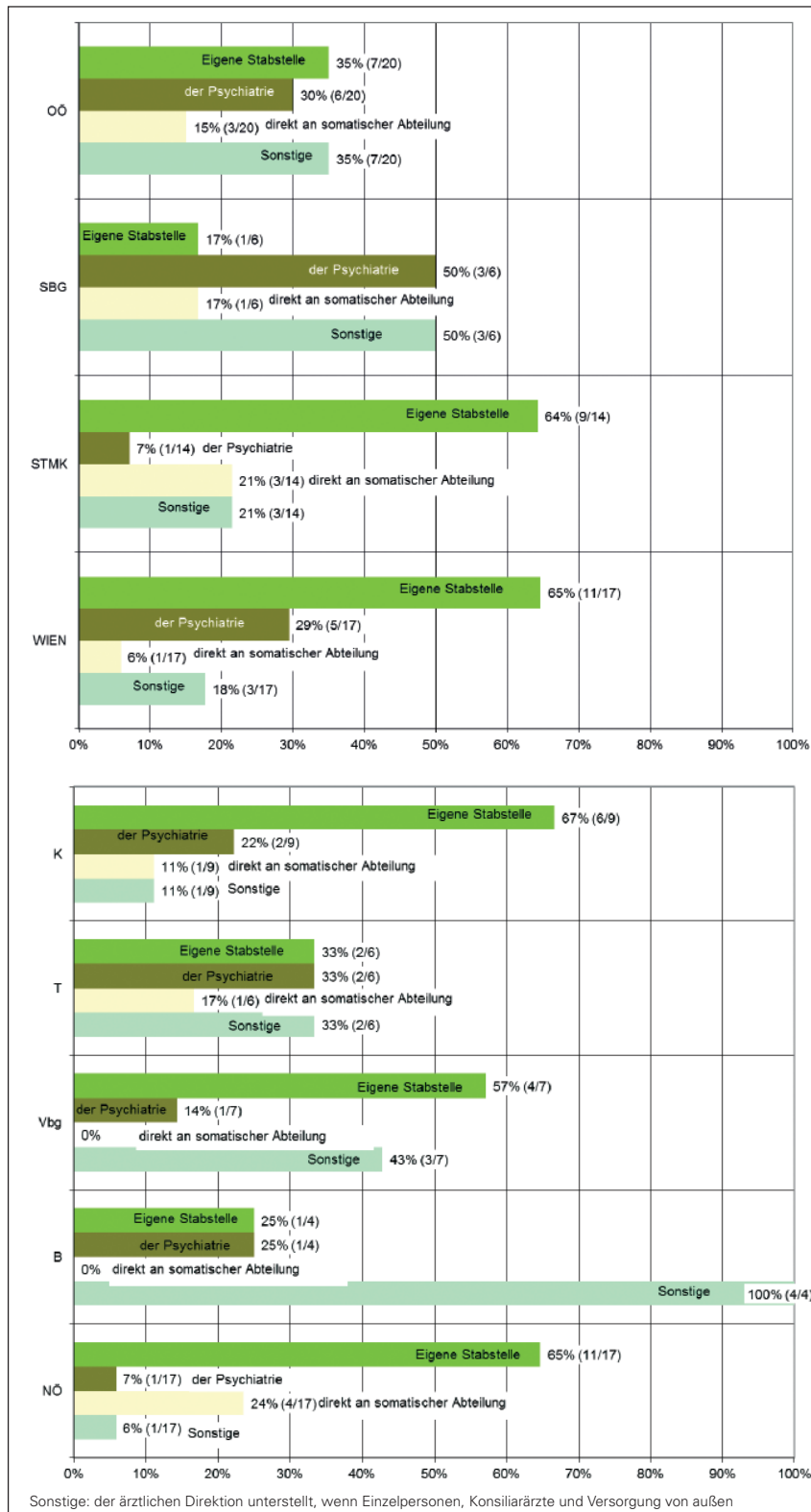


Abbildung 2: Wem sind die Ressourcen zugeordnet?

liegen wieder einer großen Streuung. Konsiliar-Liaison-Tätigkeit wird in 33 % (Salzburg und Niederösterreich) bis zu 75 % (im Burgenland) angeboten. Die anderen Bundesländer liegen dazwischen, in ansteigender Richtung folgen Oberösterreich (40 %), Vorarlberg (43 %), Kärnten (44 %), Steiermark (57 %), Wien (65 %) und Tirol (67 %).

Interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen gibt es in 11 % (Kärnten) bis 53 % (Wien) der Spitäler, allerdings bleibt offen, ob sie so etabliert sind, dass sie regelmäßig stattfinden.

Das Arbeitsgruppenmodell scheint am niedrigsten in Tirol (0 %), Oberösterreich (5 %) und der Steiermark (7 %) verwirklicht, am höchsten in Vorarlberg (29 %).

Ebenso zeigt sich ein heterogenes Bild, wie Schwerpunkte in der Tätigkeit von Konsiliar-Liaison-Diensten gelegt werden (Nach welchem Modell arbeiten Sie? Konsiliar-Liaison-Tätigkeit, Teilnahme an Visiten, Teilnahme an gemeinsamen Besprechungen, Teilnahme an Abteilungsfortbildungen; Mehrfachnennungen möglich). Teilnahme an Visiten wurde zwischen 0 % (in Kärnten) und 57 % in der Steiermark und in Vorarlberg angegeben. Die Teilnahme an gemeinsamen Besprechungen liegt zwischen 25 % im Burgenland und 86 % in Vorarlberg. Die Teilnahme an Abteilungsfortbildungen liegt zwischen 0 % im Burgenland und 71 % in Vorarlberg (Abb. 3).

Fachliche Schwerpunkte

Wir wollten wissen, von welchen Abteilungen psychosoziale Dienste angefragt werden (Auf welchen Abteilungen erbringen Sie Ihre Leistungen?). Internistische Abteilungen kommen in Versorgungsspitalern zu 100 % vor und beanspruchen CL-Dienste in 93–100 %. Dort, wo es dermatologische Abteilungen gibt, werden von diesen CL-Diensten zwischen 75 % und 100 % angefragt. Neurologische Abteilungen nutzen Leistungen von CL-Diensten zwischen 83 % und 100 %, gynäkologische Abteilungen zwischen 67 % und 100 %, Unfallabteilungen zwischen 67 % und 100 %. Wenn es eine neurochirurgische Abteilung gibt, nutzen diese Leistungen von CL-Diensten zwischen 25 % und 100 % (Abb. 4).

Die Behandlung von onkologischen Patienten und Schmerzpatienten wurde am häufigsten als wichtiger Schwerpunkt über alle Fächer hinweg genannt (Gibt es fachliche Schwerpunkte?).

Ressourcenverteilung

Wir haben nach der durchschnittlichen Anzahl der Stunden aller Berufsgruppen, die pro Woche im jeweiligen Kranken-

haus der psychosozialen Versorgung gewidmet werden, gefragt und diese Stunden für das gesamte Bundesland berechnet (Tab. 2).

Um diese Ressourcen vergleichen zu können, haben wir sie in Vollzeit-Äquivalentstellen (VZÄ) umgerechnet, einen Soll-Ist-Vergleich gemacht und dann in die Ist-Stunden in Minuten/Bett umgerechnet. Berechnung: durchschnittlich 3000 Patienten/100 Betten/Jahr. Bei einer beabsichtigten Konsultationsrate von 10 % sind es 300 Patienten/100 Betten/Jahr. Eine Vollzeit-Äquivalentstelle kann 140–300 Patienten versorgen [8]. Nachdem wir die Ressourcen in Minuten, die pro Krankenhausbett zur Verfügung stehen, berechnet haben, haben wir sie mit der Vollzeitäquivalent-Soll- (VZÄ-Soll-) Situation verglichen (Abb. 5).

Wenn die nach der Berechnung von Herzog, Stein und Söllner empfohlenen Ressourcen für CL-Dienste vorhanden sind (Tab. 2), bedeutet dies eine Versorgungssituation von 23 Min./Krankenhausbett. Nach dieser Darstellung erreichen die Bundesländer Kärnten (21 Min.), Burgenland (19 Min.) und Wien (19 Min.) die derzeit besten Versorgungswerte. Die größte Abweichung zeigt Oberösterreich mit 12 Min.

Weiters haben wir nach Kontakten und Neuweisungen pro Woche gefragt (Wie viele Kontakte gibt es pro Woche? Wie viele davon sind Neuweisungen? Wie häufig sehen Sie Ihre Patienten im Schnitt?; Tab. 3).

Um eine Vergleichbarkeit zu erzielen, haben wir die Neuweisungen zu den CL-Diensten mit der Bettenzahl in Beziehung gebracht und berechnet, aus dem jeweils wievielten Bett eine Neuweisung resultiert. Dies stellt eine Möglichkeit der Auswertung dar. Eine andere, genauere Variante ist, die Neuweisungen zu den Aufnahmezahlen eines Krankenhauses in Beziehung zu setzen. Dazu wären allerdings weitere Daten erforderlich gewesen, die in dieser Untersuchung nicht erhoben werden konnten.

Bei unserer Berechnung ergeben sich große Unterschiede zwischen den Bundesländern. In abfallender Folge kommt in Niederösterreich eine CL-Zuweisung aus jedem 25. Bett, im Burgenland aus jedem 24. Bett, in Oberösterreich aus je-

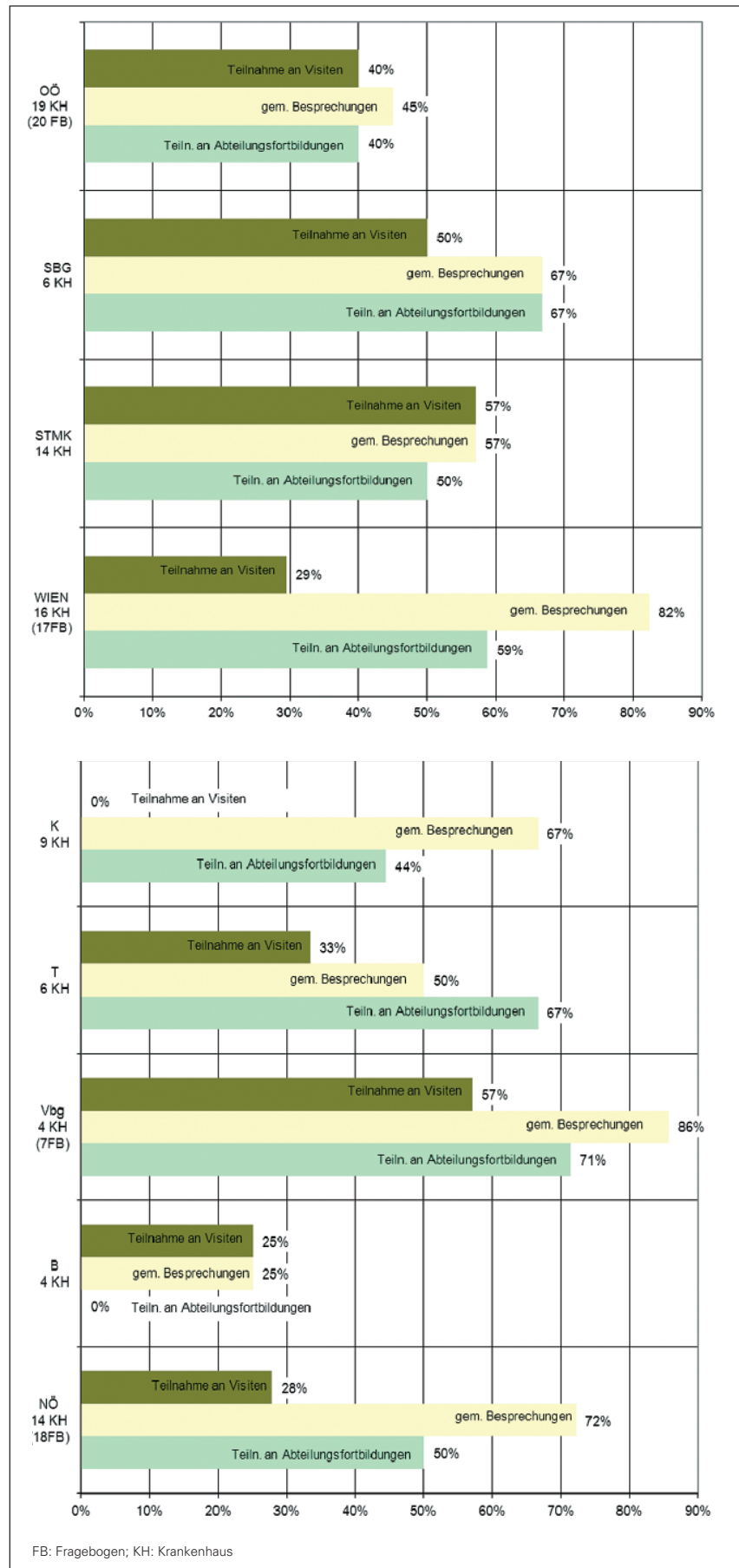


Abbildung 3: Nach welchem Modell arbeiten Sie?

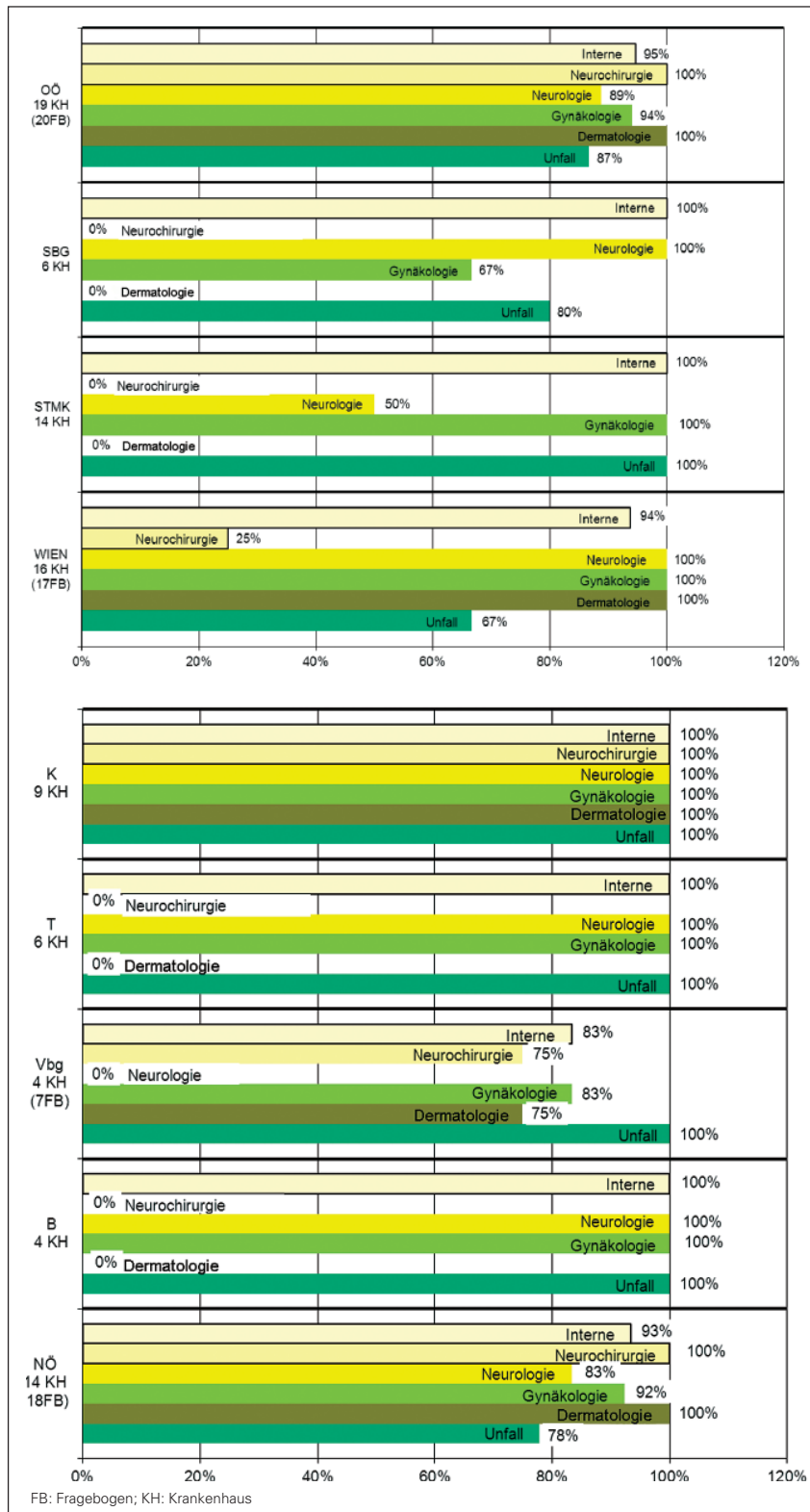


Abbildung 4: Auf welchen Abteilungen erbringen Sie Ihre Leistungen?

dem 23. Bett, in Salzburg aus jedem 20. Bett, in Wien, Kärnten und Tirol aus jedem 16. Bett, in Vorarlberg aus jedem 14. Bett und in der Steiermark aus jedem 10. Bett.

In der Steiermark, die mittlere Ressourcen in Minuten pro Bett hat (16 Min.), gibt es einerseits die häufigsten Zuweisungen pro Bett (aus jedem 10. Bett), andererseits die niedrigste Kon-

takthäufigkeit mit 1,6. In Oberösterreich, wo es die wenigsten Ressourcen in Minuten pro Bett gibt (12 Min.), gibt es Zuweisungen aus jedem 24. Bett, d. h. eine vergleichsweise niedrige Zuweisungsrate und eine niedrige Kontakthäufigkeit von 1,7.

Zuletzt haben uns die Ressourcen der unterschiedlichen Berufsgruppen interessiert (Wie viele Stunden sind für den CL-Dienst gewidmet? Durchschnitt pro Woche, Berufsgruppe und Krankenhaus). Auch bei dieser Frage zeigt sich über alle Bundesländer hinweg ein sehr heterogenes Bild mit einer Dominanz der Berufsgruppe der Psychologen (Abb. 6).

Diskussion

Die Versorgungsstruktur und Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen CL-Versorgung in österreichischen Spitälern wurde erstmals systematisch für alle Bundesländer untersucht, sodass es keine Vergleichswerte zu einer früheren Bestandsaufnahme gibt.

Auf Gesamt-Österreich bezogen repräsentiert die Untersuchung 71 % der österreichischen Spitalsbetten (Tab. 1). Teilgenommen haben nur Spitäler mit Ressourcen für psychosoziale Versorgung. Ferner wurden jene Spitäler nicht berücksichtigt, die kein Interesse an der Befragung hatten oder wo mögliche Ansprechpartner nicht erreichbar waren. Man kann vorsichtig darauf schließen, dass die Versorgungssituation in den nicht vorhandenen 30 % der Spitalsbetten eher schlechter ist als in jenen Spitälern, die an der Untersuchung teilgenommen haben.

Wir haben mit geschätzten Daten gearbeitet, da es für die meisten unserer Fragen keine offiziellen Datenerhebungen gibt. Wir schließen auf eine durch gute und vergleichbare Datenqualität, da wir in der Frage der Diagnosenverteilung ein relativ homogenes Verteilungsmuster fanden und wir davon ausgehen, dass sich Patienten diesbe-

züglich in den Bundesländern nicht wesentlich unterscheiden (Abb. 1).

Die Fragen nach der Zuordnung der Ressourcen (Abb. 2) und den Organisationsmodellen (Abb. 3) ergaben ein völlig heterogenes Bild, was Rückschlüsse auf gewachsene Strukturen erlaubt. Alle Varianten erscheinen möglich: Ressourcen in ei-

ner eigenen Stabstelle, angegliedert an die Psychiatrie, an eine somatische Abteilung oder Zuordnung zur ärztlichen Direktion. Das Konsiliarmodell als das ressourcenschonendste Modell ist mittlerweile überall verwirklicht, die übrigen Modelle unterliegen einer großen Streuung. Probleme mit der Strukturqualität beinhalten allerdings die Gefahr von Doppelgleisigkeiten und Ressourcenvergeudung.

Quantitativ liegt in den Bundesländern auch ein beträchtlicher Unterschied in den angebotenen Ressourcen vor (Tab. 2, Abb. 5). Um eine gewisse Vergleichbarkeit zu erhalten und über Weiterentwicklungen zu diskutieren, haben wir die Ressourcen pro Krankenhausbett in Minuten herausgerechnet und einen Soll-Ist-Vergleich gemacht (nach einer Berechnung von Herzog, Stein und Söllner). Demnach liegen alle Bundesländer in unterschiedlichem Ausmaß unter einem vorgeschlagenen Soll-Wert von 23 Minuten/Bett.

Die Leistungen von Konsiliar- und Liaisondiensten werden prinzipiell aus den meisten Abteilungen angefragt, was wir sehr positiv interpretieren. Die Inanspruchnahme auf Abteilungen für innere Medizin ist immer gegeben, in hohen Prozentsätzen auch auf neurologischen, dermatologischen, gynäkologischen und Unfallabteilungen. Auf neurochirurgischen Abteilungen scheint es große Unterschiede im Anfrageverhalten zu geben (zwischen 25 % und 100 %; Abb. 4). Die Versorgung von onkologischen Patienten und Schmerzpatienten wird durchgängig über alle Fächer hinweg als fachlicher Schwerpunkt von psychosozialer Versorgung angegeben.

Bei der Frage nach dem Zuweisungsmodus ist persönlicher Austausch in der CL-Arbeit am wichtigsten. Diese Antwort erlaubt einen Hinweis darauf, dass CL-Mitarbeiter häufig gut in Kontakt mit ihren Zuweisern stehen.

Wiederum sehr heterogen zeigt sich die Ressourcenverteilung der an der CL-Versorgung beteiligten Berufsgruppen, was ebenfalls für strukturelle Unsicherheiten spricht. Generell dominiert die Berufsgruppe der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen. Die Beteiligung von Pflege und Sozialarbeit zeigt große Streuungen in den unterschiedlichen Bundesländern. Psychiater und Ärzte anderer Fächer sind in allen Bundesländern deutlich niedriger repräsentiert, noch niedriger liegen die Ressourcen für Psychotherapeuten in CL-Diensten (Abb. 6). Die große Streuung spricht hier für

Tabelle 2: Ressourcen pro Krankenhausbett.

Bundesland	Betten-Ist* [12]	Stunden aller Berufs- gruppen pro Woche	VZÄ-Ist	VZÄ-Soll	Minuten pro Bett-Ist
OÖ	8156	1671	42	82	12
SBG	1307	315	8	13	14
STMK	2391	622	16	24	16
Wien	6995	2204	55	70	19
K	3624	1279	32	36	21
T	1686	416	10	17	15
VBG	1287	313	8	13	15
B	933	297	7	9	19
NÖ	5099	1296	32	51	15

* Eingerechnet sind jene Spitäler, die einen Fragebogen ausgefüllt haben.

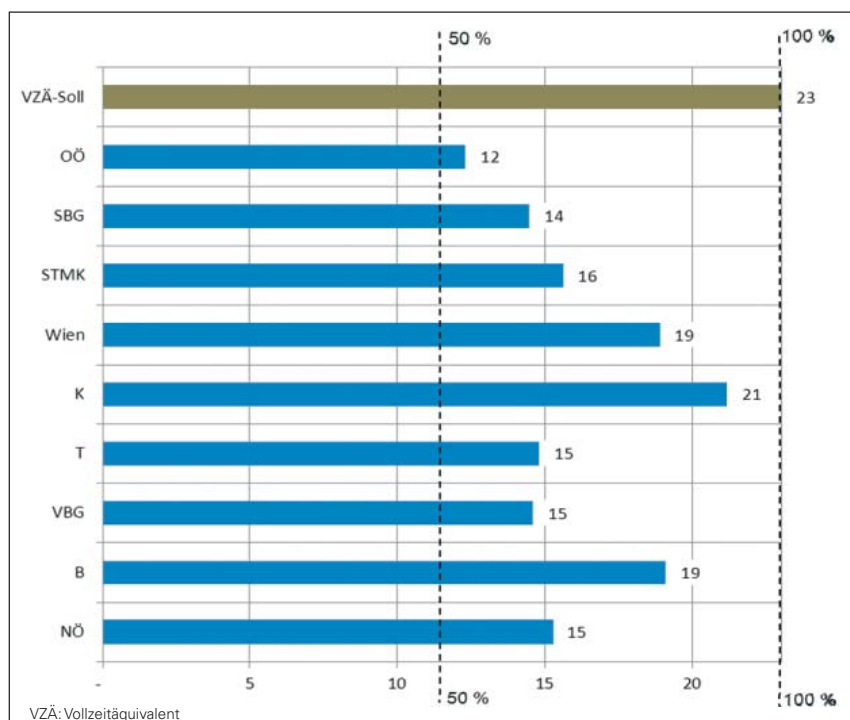


Abbildung 5: Wie viele Ressourcen in Minuten stehen pro Krankenhausbett im jeweiligen Bundesland zur Verfügung?

unklare Zielsetzungen der psychosozialen Versorgung. Möglicherweise ist zu ungenau definiert, was mit den eingesetzten Ressourcen eigentlich erreicht werden soll.

Zusammenfassend bestätigte die Untersuchung eine sehr unterschiedliche Versorgungslage im Hinblick auf vorhandene Ressourcen für Konsiliar-Liaison-Dienste, die organisatorische Zuordnung dieser Ressourcen, Organisationsmodelle der CL-Dienste, Zielsetzungen und die Arbeitsweise in den CL-Diensten. Die große strukturelle Streuung weist auf gewachsene Strukturen, Planung und Steuerung für diesen wichtigen Versorgungsbereich fehlen weitgehend. Knappe Ressourcen wirken sich in Verbindung mit strukturellen Defiziten verstärkt negativ auf die Versorgungsqualität aus. Zudem ist das CL-Versorgungssystem in dieser Heterogenität nicht transparent für überweisende Ärzte und betroffene Patienten.

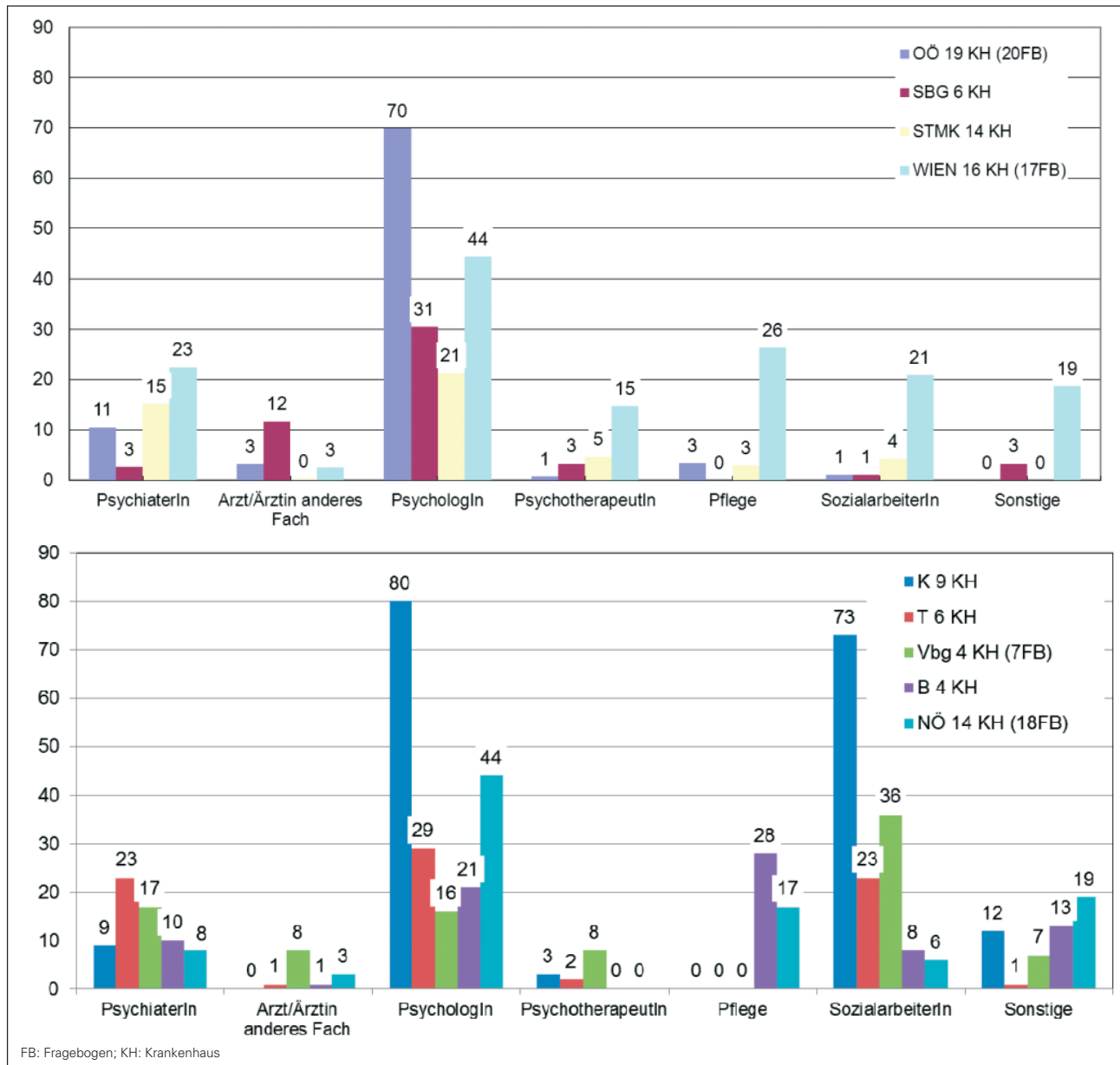


Abbildung 6: Wie viele Stunden sind für den CL-Dienst gewidmet? Durchschnitt pro Woche, Berufsgruppe und Krankenhaus.

■ Diskussion im Vergleich zur Literatur

Die Diagnosenverteilung in unserer Untersuchung entspricht den Ergebnissen, die aus der Literatur bekannt sind. Schizophrenien, wahnhafte Störungen und bipolare Störungen – Kernbereiche des psychiatrischen Fachbereichs – kommen im konsiliar-psychiatrischen Setting selten vor. Am häufigsten erfolgen Anforderungen wegen organisch bedingter psychischer Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen und depressiver Syndrome. Das Allgemeinkrankenhaus nimmt hier grundsätzlich eine Filterfunktion hinsichtlich der Vermittlung unbehandelter psychisch Kranker ein, welche erstmalig – vermittelt über die somatischen Krankenhausärzte über den psychiatrischen Konsiliardienst – mit dem psychiatrischen Versorgungssystem in Kontakt treten [6].

Die Entwicklung psychiatrischer Dienste in Europa hat bisher die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen aus

Tabelle 3: Patientenkontakte und Neuzuweisungen pro Woche.

	Durchschnitt pro Woche		
	Ø Kontakte/ Woche/KH	Ø Neuzuweisungen/ Woche/KH	Ø Kontakt- häufigkeit
OÖ; 19 KH (20 FB)	37,9	18,1	1,7
SBG; 6 KH	24,9	10,9	2,5
STMK; 14 KH	30,7	16,5	1,6
Wien; 16 KH (17 FB)	43,0	26,5	2,2
K; 9 KH	62,0	25,0	2,4
T; 6 KH	24,0	16,6	2,4
VBG; 4 KH (7 FB)	39,9	22,0	2,7
B; 4 KH	19,7	9,6	2,4
NÖ; 14 KH (18 FB)	28,2	14,5	2,5

FB: Fragebogen; KH: Krankenhaus

dem Formenkreis der Schizophrenie und der bipolaren Störungen hervorgehoben. Für andere Patientengruppen gibt es eine weniger gut entwickelte Versorgung. Viele dieser Patienten wenden sich nicht an diese spezialisierten psychiatrischen Behandlungsangebote, sondern wählen andere Behandlungsmöglichkeiten wie das Allgemeinkrankenhaus oder die Primärversorgung im niedergelassenen Bereich. Wenn dort eine konsiliar-psychiatrische Versorgung fehlt, können psychische Störungen dieser Patienten nicht adäquat erkannt und behandelt werden [13].

Die Feststellung der ECLW (Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics), dass die Pläne für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung ein Schwergewicht auf die Etablierung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen legten unter Vernachlässigung der konsiliar-psychiatrischen Versorgung der Allgemeinkrankenhäuser, trifft für die Versorgungssituation in Österreich ebenso zu [14].

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hat in einem Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung der Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland die Wichtigkeit psychiatrisch-psychosomatischer Konsiliar- und Liaisonarbeit für die Versorgung von Allgemeinkrankenhauspatienten betont und die häufig noch fehlende personelle Ausstattung bedauert [15].

Unsere eigenen Ergebnisse zur österreichischen Versorgungssituation weisen sowohl auf Ressourcenmängel als auch auf erhebliche Planungsmängel in diesem entscheidenden Versorgungsbereich psychiatrischer Versorgung hin.

Auch die Rolle und der Aufgabenbereich des Psychiaters in den Konsiliar-Liaison-Diensten [1] scheinen bei uns unklar definiert. Standards für die Ausübung der psychiatrischen Konsiliar-Liaison-Tätigkeit wurden im Jahr 2009 beispielsweise in der holländischen Leitlinie zur Konsiliarpsychiatrie für den Psychiater definiert [16]. Andere medizinische Berufsgruppen wie Psychotherapeuten, klinische Psychologen und Pflege ergänzen das interdisziplinäre Team eines Konsiliar-Liaison-Dienstes je nach Zielsetzung und Schwerpunktsetzung. In unserer Untersuchung zeigt sich eine völlig heterogene Ressourcenverteilung der an der CL-Versorgung beteiligten Berufsgruppen mit einem auffällig niedrigen Anteil an Psychiatern und Psychotherapeuten und einer Dominanz von klinischen Psychologen. Das spricht für strukturelle Unsicherheiten und dafür, dass eine gezielte Planung fehlt, was mit den eingesetzten Ressourcen eigentlich erreicht werden soll. Vor allem die wesentliche Zielsetzung der Früherkennung psychischer Störungen und Versorgung von körperlich und psychisch kranken Patienten, die häufig hinsichtlich ihrer psychischen Erkrankung unbehandelt sind, scheint nicht ausreichend berücksichtigt [10].

■ Ausblick

Psychiatrische und psychosomatische Konsiliar-Liaison-Dienste arbeiten an der Nahtstelle zwischen Psychiatrie und Somatik, sodass es naheliegend ist, dass in diesem Feld Behandlungsangebote unterschiedlicher medizinischer Diszipli-

nen und unterschiedliche Behandlungsstrukturen entstanden sind.

Konsiliar-Liaison-Dienste vertreten die Interessen von Patienten mit somatischer und psychischer Komorbidität und sind ein wesentlicher Teil des psychiatrischen Versorgungsfeldes, der entsprechend gefördert werden sollte. Die Komplexität der psychopathologischen Symptome und psychosozialen Probleme bei körperlich erkrankten Patienten erfordert eine spezielle Expertise. Eine grundlegende Planung der Versorgung dieser großen Gruppe komplex erkrankter Patienten mit Festlegung von fachlichen Standards und Strukturqualitätskriterien für CL-Dienste ist dringend und unverzichtbar. Ebenso ist es wichtig, in Zukunft die Aufgabenbereiche der unterschiedlichen an CL-Diensten beteiligten Berufsgruppen zu definieren.

Die Versorgung dieser Patientengruppe muss auch auf gesetzlicher Ebene neu überdacht, in die Psychiatrieplanung aufgenommen und mit den Anforderungen des Krankenanstaltengesetzes von 1993 abgestimmt werden. Wo es Strukturen außerhalb der Psychiatrie gibt, muss eine enge Kooperation sichergestellt werden, damit Parallelstrukturen verhindert werden. Konsiliar-psychiatrische Tätigkeit soll als fixer Bestandteil in der psychiatrischen Facharztausbildung integriert werden.

Angesichts der kurzen Krankenhausverweildauern ist eine enge Kooperation mit dem ambulanten Versorgungssystem unabdingbar, die Vernetzung mit dem Primärversorgungsbe-
reich ist ein wichtiger Qualitätsstandard der CL-Tätigkeit.

■ Relevanz für die Praxis

Psychiatrische und psychosomatische Konsiliar-Liaison-Dienste (CL-Dienste) arbeiten an der Nahtstelle zwischen Psychiatrie und Somatik mit Patienten mit somatischer und psychischer Komorbidität. Die Komplexität der psychopathologischen Symptomatik und der psychosozialen Probleme bei körperlich erkrankten Patienten erfordert eine spezielle Expertise.

Die Versorgungssituation in österreichischen Spitälern mit CL-Diensten ist durch die historische Entwicklung bedingt sehr heterogen, die Ergebnisse unserer Untersuchung weisen sowohl auf Ressourcen- als auch auf Planungsmängel hin.

Die Pläne für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung legten bisher das Schwergewicht auf die Etablierung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen unter Vernachlässigung der konsiliar-psychiatrischen Versorgung der Allgemeinkrankenhäuser.

Eine grundlegende Planung der Versorgung dieser großen Gruppe komplex erkrankter Patienten mit Festlegung von fachlichen Standards und Strukturqualitätskriterien ist dringend und unverzichtbar. Die Versorgung dieser Patientengruppe muss auch auf gesetzlicher Ebene neu überdacht werden.

■ Danksagung

Die Planung der Untersuchung und die Erstellung und Auswertung der Fragebögen erfolgte gemeinsam mit Prof. Dr. Martin Aigner und Prim. Dr. Angelika Rießland-Seifert.

Für die Ermöglichung einer landesweiten Durchführung der Untersuchung waren die Mitglieder der Sektion Konsiliar-Liaison-Psychiatrie und Psychosomatik der ÖGPP hilfreich, indem sie für bundesländerinterne Spezifika als Ansprechpartner zur Verfügung standen, besonders haben uns Frau Prof. Dr. Barbara Sperner-Unterwiesing, Herr Prim. Dr. Manfred Stelzig und Herr Priv.-Doz. Dr. Christian Fazekas unterstützt.

Und schließlich war von ganz besonderem Wert für die Untersuchung unsere wissenschaftliche Mitarbeiterin, Frau Anke Sulzbacher, die alle Telefoninterviews geführt, alle Daten eingegeben und alle Auswertungen gemacht hat.

■ Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin verneint einen Interessenkonflikt.

Literatur:

1. Lipowsky ZJ. Consultation-liaison psychiatry: an overview. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 623–30.
2. Lipowsky ZJ, Wise TN. History of consultation-liaison psychiatry. In: Wise MG, Rundell JR (eds). *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: The Practice of Psychiatry in the Medically Ill*. American Psychiatric Publishing, Washington, 2002; XV–XVI.
3. Rießland-Seifert A. Konsiliar-Liaisonpsychiatrie – Ein neues Aufgabengebiet innerhalb der Psychiatrie. In: Meissel T, Eichberger G (Hrsg). *Psychiatrie im Aufbruch*. Edition pro mente, Linz, 2000; 199–213.
4. Wancata J, Gössler R. Die konsiliarpsychiatrische Versorgung in Österreich. In: Diefen-

bacher A (Hrsg). *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. Thieme Verlag, Stuttgart, 1999; 177–95.

5. Rießland-Seifert A. Consultation-liaison psychiatry in Austria. In: Diefenbacher A (ed). *Consultation-Liaison Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland*. Karger, Basel, 2004; 20–4.

6. Diefenbacher A. Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus. Habilitationsschrift, Humboldt-Universität Berlin, 2000.

7. Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS). Consultation-liaison psychiatry in Europe, Ljubljana, Slovenia. <http://uemspsy psychiatry.org/wp-content/uploads/2013/09/2009-Oct-CL-Psychiatry-in-Europe.pdf> [zuletzt gesehen 04/2015].

8. Herzog T, Stein B, Söllner W, Franz M (Hrsg). Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst. In: Rudolf G, Eich W (Reihen-Hrsg). *Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Abstimmung mit den AMWF-Fachgesellschaften*. Schattauer, Stuttgart, 2003; 3–143.

9. Katschnig H, Denk P, Scherer M. Österreichischer Psychiatriebericht 2004, Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/0/CH1452/CMS1038920009809/oesterreichischer_psy chiatriebereich_2004_katschnig_et_al.pdf [zuletzt gesehen 04/2015].

10. Wancata J, Benda N, Bach M, et al. Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. *J Psychosomatic Res* 2000; 48: 149–55.

11. Lyketsos CG, Huyse FJ, Gitlin DF, et al. Psychosomatic medicine: a new psychiatric

subspecialty in the U.S. focused on the interface between psychiatry and medicine. *Eur J Psychiat* 2006; 20: 165–71.

12. Kux K. Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs 2008/2009. Göschl, Wien, 2008.

13. Creed F. Consultation-liaison psychiatry worldwide. *World Psychiatry* 2003; 2: 93–4.

14. Huyse FJ. Consultation-liaison psychiatry. Does it help to get organized? The European Consultation-Liaison Workgroup. *Gen Hosp Psychiatry* 1991; 13: 183–7.

15. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg). *Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1997.

16. Leentjens A, Boenink A, Sno H, et al. The guideline "consultation psychiatry" of the Netherlands Psychiatric Association. *J Psychosom Res* 2009; 66: 531–5.

Prim. Dr. Hertha Mayr

Geboren 1956. 1975–1981 Medizinstudium in Wien, Turnus im KH Barmherzige Schwestern in Linz, Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie in der Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg in Linz. Seit 1995 Fachärztin, seit 2002 Oberärztin an der psychosomatischen Abteilung der Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg Linz, seit 2005 Beginn des Aufbaus eines CL-Dienstes in der Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg Linz, seit 2010 Leiterin des Departments für Psychosomatik Enns, seit 2013 Leiterin des Departments für Psychosomatik der Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg Linz.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)