

155. Dahlbender RW, Allert G, Martin G, Steidle-Röder M, Beger HG, Kächele H (1994)  
Multimodale Konsiliar- und Liaisonarbeit. *Psychotherapeut* 39: 230-238

## Multimodale Konsiliar- und Liaisonarbeit<sup>1</sup>

Reiner W. Dahlbender,<sup>1</sup> G. Allert,<sup>1</sup> G. Martin,<sup>1</sup> M. Steidle-Röder,<sup>1</sup>  
H.-G. Beger<sup>2</sup> & H. Kächele<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm, Am Hochsträß 8, D-89081 Ulm  
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. Kächele)

<sup>2</sup> Abteilung Allgemeine Chirurgie, Universität Ulm, Steinhövelstraße 9, D-89081 Ulm  
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H.-G.- Beger)

### **Keywords**

psychotherapy, psychosomatics, cooperation, psychosocial-interventions,  
liaison-psychotherapy, music-therapy, family-therapy, cancer in adults

### **Anschrift des Verfassers**

Dr. med. Reiner W. Dahlbender  
Universitätsklinikum Ulm

---

<sup>1</sup> Überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrages auf der 36. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin vom 5.-7. März 1992 in Esslingen am Neckar.

Abteilung Psychotherapie  
Am Hochsträß 8  
D-89081 Ulm

## **Zusammenfassung**

Wir skizzieren die konzeptionellen Bestimmungstücke eines Konsiliar- und Liaisonprojektes, die sich in der zweijährigen Kooperationspraxis zwischen der Abteilung Allgemeine Chirurgie und der Abteilung Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm herausgebildet haben. Die illustrierten konsiliar- und liaisonmedizinischen Interventionen werden als Module eines sich entwickelnden integrativen Verbundmodells konzeptualisiert.

## **Summary**

### **Multimodal consultation- and liaison-work**

We outline the conceptual components of a consiliar- and liaisonproject that has been developed during two years of cooperation between the Department of General Surgery and the Department of Psychotherapy at the University of Ulm. The illustrated consiliar- and liaisonmedical interventions are conceptualized as modules of an still developing integrated compound-model.

## 1. Einleitung

Die potentiell lebensbedrohliche Krebserkrankung und deren chirurgisch-onkologische high-tech-Behandlung im Krankenhaus birgt für den betroffenen Patienten und seine Angehörigen gravierende seelische Probleme, familiäre und soziale Belastungen, die umfassende Verarbeitungsvorgänge erforderlich machen (Hasenbring 1988; Holland & Rowland 1989; Kächele & Steffens 1988; Klußmann & Emmerich 1990; Meerwein 1985; Möhring 1988; Muthny 1990; Niederle & Aulbert 1987; Verres & Hasenbring 1989; Wirsching 1988; Wirsching 1990). Entsprechendes gilt für die medizinisch-pflegerischen Behandler. Die eingreifende und äußerst intensive Behandlung, der hohe physische Einsatz, der verantwortungsvolle Umgang mit komplizierten Behandlungstechnologien, die ständige Konfrontation mit Leiden, Hilflosigkeit, Sterben und Tod bedeuten oftmals für Ärzte und in größerem Maße noch für das mannigfach geforderte Pflegepersonal verunsichernde Dauerbelastungen, die Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit nachhaltig tangieren und u. U. negativ auf den Umgang mit Patienten, Angehörigen und Mitgliedern des Behandlerteams rückwirken können (Huerny 1986; Schmeling-Kludas 1988; Ullrich 1989). Die Folge ist, daß nicht selten Patient, Angehörige oder Behandler in einem Maße überfordert sind, daß sie zumindest kurzzeitig professioneller Hilfestellungen bedürfen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Kooperation zwischen somatischer und psychotherapeutischer Medizin besondere Bedeutung. Derartige Kooperationen sind nicht neu, genauso wenig wie die zahlreichen Probleme, die sie mit sich bringen und die mehr oder minder erfolgreichen Versuche, diese zu meistern (Bräutigam 1988; Köhle & Joraschky 1990; Pontzen 1990a; Pontzen 1990b; Uexküll 1992). Nichtsdestoweniger scheint nach Jahren der Ernüchterung gegenwärtig die Neigung, sich auf solche Unternehmungen einzulassen, auf beiden Seiten wieder zu wachsen. Bedarf scheint zu bestehen (Haag & Stuhr 1988). Allerdings ist der Denk- und Handlungskontext der Kooperationsinteressenten sehr unterschiedlich, so daß es nahe liegt, daß die jeweiligen Motive nicht nur komplex, sondern bisweilen auch widersprüchlich sind. Daher erscheint es um so wichtiger, zu Beginn eines Kooperationsvorhabens soweit konsensfähige, alltagspraktikable Arbeitsformen miteinander herauszufinden, die es erlauben, den Kooperationspartner, seine insgeheimen Hoffnungen, seine Vorbehalte und Befürchtungen kennenzulernen und gemeinsam praktische Erfahrungen zu sammeln, um dann allmählich miteinander bedarfs- und situationsadäquate Kooperationsgrundlagen erarbeiten zu können.

Um den verschiedenen ineinander verwobenen Aspekten eines somato-psychotherapeutischen Kooperationsprojektes Rechnung tragen zu können

schien uns am ehesten ein Ansatz geeignet, der die verschiedenen Handlungsebenen als Module begreift, die sich je nach Bedarf und Zielvorstellungen, nach Situation und Entwicklungsstand des Vorhabens zu einer integrativen Verbundlösung entwickeln können. In diesem Beitrag wollen wir die konzeptionellen Bestimmungsstücke eines Kooperationsprojektes zwischen der Abteilung Allgemeine Chirurgie und der Abteilung Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm beschreiben, die sich in bislang zweijähriger Kooperationspraxis herausgebildet und alltagspraktisch mehr oder minder bewährt haben.

## **2. Chirurgisch-psychotherapeutisches Konsiliar- und Liaison-Projekt**

Die allgemeinchirurgische Universitätsabteilung ist auf die Bauch-, insbesondere die Leber- und Pankreaschirurgie und lokalchemotherapeutische sowie endoskopisch-chirurgische Techniken spezialisiert. Sie verfügt über eine Poliklinik und 5 Stationen mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten.

Mit der Neubesetzung des Lehrstuhls Psychotherapie war im Universitätsklinikum die Erwartung verbunden, daß die Abteilung Psychotherapie sich stärker somato-psychischen Themen- und Aufgabenstellungen zuwendet und die psychosoziale Versorgung des Klinikums intensiviert. Dafür wurde eigens eine Arztstelle innerhalb der psychotherapeutischen Abteilung geschaffen und der *Arbeitsbereiche Konsiliar- und Liaisonpsychotherapie* definiert, für dessen Aufgaben zunächst ca. 50 Wochenstunden, d. h. 10% des Stundenkontingentes der Abteilung sowie eine ABM-Musiktherapiestelle zur Verfügung gestellt wurden. Ziel ist die Ermittlung des bislang unbekanntem psychosozialen Versorgungsbedarfs, Koordination, bedarfs- und situationsgerechte Weiterentwicklung der vorhandenen Angebote, deren Erprobung und Evaluation. Fernziel ist, die strukturelle Verankerung der verschiedenen psychosozialen Betreuungsangebote innerhalb der regulären Versorgung und organisatorische und konzeptionelle Bündelung unter dem Dach eines *Zentrums für Konsiliar- und Liaisonmedizin*.

Das prinzipielle Kooperationsangebot, das der Direktor der Abteilung Psychotherapie seinen Kollegen im Klinikumsvorstand unterbreitete, griff der Direktor der Abteilung Allgemeine Chirurgie auf und meldete Betreuungsbedarf an für die Problemgruppe zunehmend jüngerer, prognostisch ungünstiger Krebspatienten und ihrer Angehörigen. Daraufhin wurde ein Patienten, Angehörige und Behandler einschließendes Interventionsprogramm zur besseren Verarbeitung der psychosozialen Folgen onkologischer

Erkrankung und Therapie entwickelt und zur Erprobung exemplarisch auf einer Station eingeführt.

### **3. Felderkundung**

In einer Felderkundungsphase wurden zunächst die unmittelbaren Problemfelder in Gesprächen mit Ärzten und Pflegepersonal eruiert sowie das Umfeld sondiert, in das die Station eingebunden ist. Für das Projekt wählte der Direktor der Abteilung die Station mit dem onkologischem Schwerpunkt aus. Da auf dieser in aller Regel vollbelegten Station mit 26 Betten überwiegend, aber nicht nur Privatpatienten behandelt werden, wird sie üblicherweise 'Privatstation' genannt. In der Besetzung unterscheidet sich die Station nicht von den anderen Stationen des Ulmer Klinikums. Auf der Station arbeiten 8 Vollzeit- und 2 Teilzeit-Pflegekräfte, Krankenpflegeschüler, 4 Stationsärzte, davon ein Arzt im Praktikum, 1 Oberarzt, 1 Chefarzt. Bei Bedarf stehen außerdem 1 Sozialarbeiter und 1 Klinikseelsorger zur Verfügung. Das Einzugsgebiet erstreckt sich über die gesamte Bundesrepublik, allerdings mit einem deutlichen regionalen Schwerpunkt; einige Patienten kommen auch aus dem Ausland. Im Schnitt wird ein Anteil von ca. 60% onkologischen Patienten behandelt. Diagnostisch machen Malignome im Gastrointestinalbereich das Gros aus. Die Patientenfluktuation ist relativ hoch. Je nach Erkrankung bzw. Stadium der Diagnostik und Therapie schwankt die Belegungsdauer. Ca. 1-2 Wochen dauert die unkomplizierte diagnostische Abklärung und Operation einer oftmals extern gestellten Verdachtsdiagnose, ca. 2-4 Wochen die Bestätigung einer Tumordiagnose mit anschließender Operation und ggf. Einleitung einer systemischen oder lokalen Chemotherapie. Für letztere werden die Patienten in 4-wöchentlichem Abstand dann jeweils für 1 bzw. 5 Tage wieder einbestellt. Nur wenige Patienten bleiben u. U. monatelang, je nach Befund und Verlauf. Können Patienten nicht in nachgeordnete Versorgungseinrichtungen verlegt werden, bleiben sie manchmal auch bis zu ihrem Tod auf der Station.

Zusammengefaßt schien uns, daß die chirurgischen Behandlungsmaßnahmen in Richtung einer rein somatisch ausgerichteten high-tech-Behandlungsrationalität expandieren, der sich psychosoziale, insbesondere Beziehungsaspekte im täglichen Umgang von Patienten, Ärzten und Pflegemitarbeitern sowie Angehörigen in ungünstiger Weise unterordnen müssen. So konnten wir beispielsweise feststellen, - ohne an dieser Stelle auf die vielfältigen Gründe eingehen zu können -, daß von chirurgischer Seite das bis dato existierende psychosoziale Konsiliarangebot mit Ausnahme des Sozialarbeiters, der Verlegungen, AHB-Anträge etc. zu bearbeiten hatte, praktisch nicht genutzt wurde. Ferner wurden sowohl Schwierigkeiten in der Patientenpflege als auch innerhalb des Pflegeteams deutlich. Ein eminentes Problem stellte die Aufklärung und die ärztliche Führung von Patienten dar, die ihrerseits allgergrößte Hoffnungen in die chirurgischen Spezialisten setzen, dann von diesen aber doch häufig enttäuscht werden (müssen). Der allseitige Wunsch

nach Entlastung war unüberhörbar. Begrüßt wurden daher die Möglichkeiten zu einer Stationsgruppe, zu gemeinsamen Fallkonferenzen und zur Musiktherapie; Kunst- bzw. Gestaltungstherapie lehnten die Schwestern aus hygienischen Gründen ab.

Von verschiedenen Seiten, etwa dem Sozialen Dienst, der Klinikseelsorge etc., wurde die Notwendigkeit psychosozialer Interventionen in diesem Feld unterstrichen. Die Plegedienstleistung hoffte auf eine Verbesserung des Arbeitsklimas und hoffte auf die seelische Unterstützung des Pflegepersonals im Sinne einer burn-out-Prophylaxe. Auch die Verwaltung reagierte wohlwollend. Einig schien man sich, möglichst dauerhafte Stellen schaffen zu sollen.

#### **4.       Gegenwärtige Konzeption und Bestimmungsstücke multimodaler Konsiliar- und Liaisonarbeit**

Die im Zusammenhang mit Kooperationen von somatischer und psychotherapeutischer Medizin immer wieder diskutierte Ganzheitlichkeitsforderung, die üblicherweise die Integration bio-psycho-sozialer Elemente in einer Behandler-Person verwirklicht wissen will, verlagerten wir in unserem Ansatz in ein komplexes multipersonales multiprofessionelles Behandlungs-System. Es erarbeitet in einen ersten Schritt die verschiedenen Aspekte im Sinne einer schwerpunktmäßigen Aufgaben- und Funktionsteilung, die dann in einem zweiten Schritt integriert werden müssen, um im Stationsalltag möglichst effektiv genutzt werden zu können.

In Übereinstimmung mit anderen Autoren (z. B. Köhle & Joraschky 1990; Wirsching & Herzog 1989) erschien uns das Arbeitsgruppenmodell als die effektivste und damit erstrebenswerteste Kooperationsform, für die wir aber zum damaligen Zeitpunkt personell keine realistische Chance sahen. Wir entschieden uns daher für ein gemischtes Modell, das wir in seiner praktischen Ausgestaltung am ehesten als ein Liaisonmodell begreifen, das aber auch Momente eines Konsiliar- und Arbeitsgruppenmodells enthält (Hoffmann, Schepank & Speidel 1991; Haag, Pontzen & Wirsching 1992; Oken 1983; Schubert 1983; Wirsching & Herzog 1989). Innerhalb eines solchen Kooperationsmodells verstehen wir uns unserem Selbstverständnis nach als psychosomatisch-psychotherapeutische Spezialisten für somato-psychische bzw. psycho-somatische Fragestellungen, die eine differenzierte Spezialversorgung für bestimmte Zielgruppen unter Maximalversorgungsbedingungen anbieten können. Diese wollen wir nicht etwa als eine der psychosomatischen Grundversorgung vergleichbare Leistung im stationären Bereich verstanden wissen; allenfalls fördern wir diese indirekt bei Ärzten und

Pflegepersonal des somatischen Feldes, die nach unserer Auffassung primär für diese Aufgabe zuständig sein sollten.

Entsprechend der Wahl einer geeigneten psychotherapeutischen Strategie für einen bestimmten Patienten, sehen wir in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielgruppe bzw. der jeweiligen Interventionsebene verschiedene Interventionsmodalitäten vor, die sich je nach der gewünschten Zielsetzung des gesamten Vorhabens zu einem mehr oder weniger differenzierten Verbund-Konzept integrierbarer Module entwickeln können. Dieses Konzept multimodaler konsiliar- und liaisonpsychotherapeutischer Interventionen auf verschiedenen Ebenen nennen wir kurz: *multimodale Konsiliar- und Liaisonarbeit*.

Gemäß einer organisationspsychologisch bzw. -soziologisch erweiterten Perspektive unterscheiden wir verschiedene Interventionsebenen und Zielgruppen. *Direkte Interventionen* zielen auf die unmittelbar am Versorgungsauftrag innerhalb der Station Beteiligten ab: 1. das *Patienten-System*, d. h. Patient und Angehörige, die als die *primäre Zielgruppe* gelten; 2. das *Behandler-System*, d. h. Ärzte und Pflegepersonal, die als *sekundäre Zielgruppe* gelten. *Indirekte Interventionen* zielen auf die nur mittelbar Beteiligten des *Kontext-Systems*, d. h. z. B. Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung, Klinikumsvorstand, Verwaltung, Sponsoren, Arbeitsämter etc. ab, die als *tertiäre Zielgruppe* ein spezifisches, unumgängliches Entscheidungsmoment der institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen repräsentieren.

#### **4.1. Direkte Interventionen**

##### **4.1.1. Konsiliar- und Liaison-Psychotherapie**

Die Abteilung Psychotherapie stellt bislang eine 1/2 anfangs fremd-, jetzt eigenfinanzierte Arztstelle zur Verfügung. Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen wurde ab April 1992 eine Vollzeitstelle für einen Arzt neu geschaffen (Dahlbender & Kächele 1991). Es handelt sich um einen Arzt in psychotherapeutischer Weiterbildung, dessen wissenschaftlicher Arbeitsschwerpunkt Fragen der Ethik in der Medizin sind. Zur Zeit ist er zwei Tage pro Woche auf der Station präsent. In der Mehrzahl führt er psychotherapeutische Beratungen und supportive, seltener konfliktaufdeckende therapeutische Gespräche mit Patienten und/oder Partnern oder nahen Angehörigen durch (Freyberger et al. 1983; Freyberger & Nordmeyer 1992). Die Beschränkung liegt auch mit darin begründet, daß aufgrund der kurzen Liegedauer vieler Patienten nur relativ wenig Zeit zur Verfügung steht, so daß kaum mehr als eine Beratung und Weichenstellung möglich und auch sinnvoll ist. Nach Möglichkeit spricht er mit einzelnen Patienten, manchmal auf-

grund der räumlichen Enge notgedrungenenmaßen auch mit mehreren Patienten in einem Zimmer. Er dokumentiert die Gespräche in geeigneter Form in der allen zugänglichen Krankenakte und informiert die Behandler über Gesprächsergebnisse. Darüber hinaus nimmt er an einer Visite pro Woche und der 14-tägig stattfindenden Stationsgruppe teil. Über die Projekt-Supervision und anderweitige nicht projektbezogene Aktivitäten ist er fest in die Abteilung Psychotherapie eingebunden.

Am folgenden Fallbeispiel lassen sich typische Momente seiner Arbeit illustrieren. Es handelt sich um einen 61-jährigen Mann, bei dem vor einem Jahr ein Adeno-Ca des Colon ascendens mit Lebermetastasen in einer auswärtigen Klinik diagnostiziert, operiert und anschließend chemotherapiert worden war. Elf Monate später erfolgte zu Beginn der Behandlung auf der Station eine ausgedehnte Entfernung von Lymphknotenmetastasen und die Implantierung einer Zytostatikapumpe zur lokalen Chemotherapie, sowie eine Cholecystektomie. Eine Pumpenrevision wurde 8 Monate später erforderlich. Nach einer deutlichen Befundverschlechterung wurde 2 Monate später ein Magen-Ca mit multiplen Lungenmetastasen festgestellt und die Behandlung bis zu seinem Tode, 2 Monate später, ganz auf die Linderung seiner Schmerzen umgestellt.

Der Liaison-Psychotherapeut hatte während des mehrmonatigen Behandlungsverlaufes zahlreiche ausführliche Gespräche und Kurzkontakte mit dem Patienten. Dieser hatte selbst um eine psychotherapeutische Unterstützung nachgesucht, weil er einen Zusammenhang zwischen Krebs und Lebensgeschichte vermutete. Er schien ganz mit dem von den Ärzten bereits aufgegebenen Großvater identifiziert zu sein, der seinem Erleben nach eine schwere Krankheit einzig durch Willensanstrengung besiegte. Er schwankte in diesem Hoffen und der Angst, trotz noch so großer Anstrengungen den Kampf mit dem Krebs doch schon im wesentlichen verloren zu haben. Mit der spürbaren Befundverschlechterung gab er die Idee auf, eine Patienten-Selbsthilfegruppe für Pumpenträger zu initiieren, weil er kein Vorbild - im Kampf gegen den Krebs - mehr sein konnte. Die Aussicht, hilflos und damit von der Fürsorge und Pflege anderer abhängig zu werden, war der dynamisch wirksame Fokus für den Patienten, der als selbständiger und harter Geschäftsmann einen erfolgreichen Weg gefunden hatte, soweit wie möglich alles selbst bestimmen und kontrollieren zu können. Enttäuscht bemerkte er, wie Bekannte begannen, sich zurückzuziehen. Neben Gedanken an ein würdevolles Sterben und ärztliche Sterbehilfe wurde er zusehend reizbarer, aggressiver und kontrollierte seine Ehefrau mehr als je zuvor, so daß sie vieles nicht mehr, anderes nur heimlich machen konnte. Da er auch in der Zusammenarbeit mit allen Behandlern versuchte, das Heft in der Hand zu behalten, luden sich die Beziehungen immer mehr aggressiv auf. Die Arbeit des Liaison-Psychotherapeuten focussierte unausgesprochen diese

vom Patienten abgewehrte Hilflosigkeitsproblematik und versuchte ihn dabei zu unterstützen, Hilfe soweit nötig anzunehmen und später in der Sterbephase loslassen zu können. Sie war insofern erfolgreich, als eine Entspannung bei allen Beteiligten deutlich wurde, und auch im Behandlungsteam der Ärger auf den Patienten größtenteils einem Verständnis für seine Situation wich.

#### 4.1.2. Angehörigenarbeit

Die Abteilung Psychotherapie stellt eine familientherapeutisch ausgebildete Sozialarbeiterin mit einem Kontingent von maximal 10 Wochenstunden zur Verfügung. Ihre Aufgabe ist es, die jeweils individuell oder familiär wirksame Dynamik zu eruieren, die für das Verständnis des jeweiligen Verhaltens einzelner Angehöriger oder auch der gesamten Familie unter den Bedingungen der Krebserkrankung wichtig sein können. Sie nimmt regelmäßig an der Stationsgruppe und der Projektsupervision teil und wird dabei über eventuelle Schwierigkeiten und Interventionswünsche informiert. Zudem kann sie telefonisch von Mitarbeitern des chirurgischen Teams oder Angehörigen direkt angefragt werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß der Erstkontakt meistens über das Pflegepersonal oder den Liaison-Psychotherapeuten vermittelt wird, daß dieses Angebot bislang jedoch in einem viel geringeren Ausmaß in Anspruch genommen wird, als wir ursprünglich erwartet hatten. Wir vermuten, daß dies auch durch organisatorische und strukturelle Eigenheiten bedingt ist. So ist sie aufgrund der räumlichen Gegebenheiten der Station gezwungen, Termine für persönliche Gespräche in unserer Abteilung zu vergeben, also entfernt von der Station auf einem anderen Berg der Stadt. Für Angehörige ist dies oft eine zusätzliche Belastung, die sie möglicherweise scheuen. Oftmals reisen sie von weit entfernt an und wollen in erster Linie zunächst einmal ihr erkranktes Familienmitglied besuchen.

In einzelnen Fällen, wie beispielsweise auch im Fall des oben genannten Patienten, kann die personelle und räumliche Trennung der Angehörigenbetreuung jedoch auch von großem Vorteil sein, insbesondere dann, wenn es um die Aufgabe geht, Abschied zu nehmen und einen Neuanfang zu beginnen. Dem Pflegepersonal war der aggressiv-kontrollierende Umgang des Patienten mit seiner Frau und deren extreme Belastung aufgefallen. Diese nahm das vermittelte Gesprächsangebot der Therapeutin dann auch dankbar auf. Sie schilderte schwierige Ehejahre voller Strenge, Kontrolle und Demütigungen, wechselseitigen heftigen Vorwürfen und Schuldzuweisungen. Die immer wieder beabsichtigte Trennung schaffte sie nicht, weil sie, wie sie selbst vermutete, sich im Grunde immer nach einer starken Führung geseht hat. Aktuell warf ihr Mann ihr vor, daß sie seinen Krebs verursacht habe, weil sie sich trennen wollte und quälte sie, warum er und nicht sie diese Krankheit bekommen hat, wo es ihr doch gar nicht zusteht, gesund zu sein. Der Familientherapeutin gestand die Patientin, daß sie manchmal den Wunsch habe, der Schlag möge ihren Mann treffen und allem ein Ende machen, deswegen dann aber wieder unter großen Schuldgefühlen leide. In der tatsächlich lebensbedrohlichen Situation, in der das Ehepaar durch die Erkrankung des Mannes steckte, konnte die Ehefrau ihre tödlichen Wünsche und Schuldgefühle nicht mehr verdrängen. Die therapeutische Ar-

beit mit ihr konzentrierte sich daher auf Schuldentlastung und Weiterlebensberechtigung, und zwar im Sinne einer eigenständigen Lebensgestaltung. Zum Abschluß berichtete sie, daß es in den letzten Lebenstagen ihres Mannes zu den Gesprächen gekommen ist, die sie sich gewünscht habe, so daß sie versöhnlich hat Abschied nehmen können und sich nun in der Lage sieht, ihr eigenes Leben zu meistern. Letzteres scheint sich auch katamnestic zu bestätigen.

Die Tochter des Patienten wandte sich an unsere Ambulanz, wo sie früher schon einmal wegen einer blanden Eßstörung behandelt wurde, um aktuell eine Unterstützung zu bekommen, die geplante Aufnahme ihres Studiums trotz der sie bindenden väterlichen Vorwürfe zu bewerkstelligen, ihn in dieser schweren Zeit zu verlassen.

#### **4.1.3. Musiktherapie**

Genauso wie der Liaisonpsychotherapeut ist die Musiktherapeutin an mehreren Tagen auf der Station real präsent und nimmt auch an den Visiten und den Stationsgruppen teil. Über die Projekt-Supervision und die Mitgliedschaft in der musiktherapeutischen Arbeitsgruppe, sowie anderweitige Aktivitäten ist sie in die Abteilung Psychotherapie eingebunden. Sie führt rezeptive und aktive Musiktherapie mit Patienten in Einzelsitzungen und gelegentlich auch gemeinsam mit Angehörigen durch. Die palliative Musiktherapie im Sinn einer Sterbebegleitung (Munroe 1986) ist ein weiterer Schwerpunkt musiktherapeutischer Arbeit, wie auch die milieutherapeutisch orientierten sog. Stationskonzerte.

Da affektive Vorgänge im Zentrum der Krankheitsverarbeitung, von Abwehr- und Bewältigungsprozessen stehen, galt unser besonderes Interesse einem extraverbale Zugang, der das Affektprozessing moduliert, reguliert bzw. kanalisiert. Insofern Musik entspannend und entlastend wirkt und ein Erleben von basalem Wohlbefinden herzustellen vermag, unterstützt sie die Krankheitsverarbeitung von Patienten und Angehörigen.

Eine 56-jährige sehr ängstliche Patientin mit einem Rektum-Ca und einer Damm-Scheiden-Fistel, die fürchtete, mit einem künstlichen Darmausgang weiterleben zu müssen, schreibt über ihre Einzelmusiktherapie:

*Als ich zuerst hörte, eine Stunde Therapie nur für mich, fand ich es zeitlich zu viel. Ich dachte mir vorher, dann kann ich ja nach der Hälfte der Zeit abbrechen. Die Stunde verging wie im Fluge und ich fand es auch für mich interessant, wie und auf was ich reagierte. Meine Anfangshaltung zuerst war, was will man von mir, was soll ich machen. Ich durfte aber selbst bestimmend sein und sagen, was ich tun will. Meine Erwartungshaltung konnte und sollte ich ablegen.*

*Es gibt Instrumente, mit denen man gern spielt und andere, die man mal anfäßt, probiert und dann liegen läßt. Aber jedes Instrument weckt in mir eine bestimmte Vorstellung, z.B. Südseeträume, musizierende Neger, Harfe spielende Engel (vielleicht bedingt durch die Vorweihnachtszeit)...*

*In einem ruhigen Raum mit anfassen und spielen der Instrumente, habe ich über jedes Instrument meine eigenen Gedanken, eigene Gefühle, es steigen Bilder der Erinnerung auf...*

*Ich konnte an mir feststellen, daß mir helle Töne besser zusagten als dunkle oder laute. Überhaupt alles Leichte, manchmal sogar Leichtsinnsige gefällt mir, die Hammerschläge kommen dann sowieso von selbst. Meine Einstellung ist aber immer positiv - bis jetzt.*

*Es heißt Musiktherapie, die Hälfte davon wird gesprochen, und zwar nur von mir, mit dem Therapeuten als aufmerksamem Zuhörer. Die Brücke zum Gespräch ist leichter, als wenn man sich tonlos im Raum gegenüber sitzt.*

*Am Morgen ließ ich 5 Minuten die Flügel hängen und die Tränen laufen. Am Nachmittag nach der Therapie flog ich wie mit Flügeln und war meiner Meinung nach wieder gut drauf und zum Kämpfen bereit.*

*Ich würde mich freuen, die Therapie weiterzumachen, aber ich glaube nicht im Krankbett. Vielleicht müßte ich auch mal richtig auf die Pauke hauen!*

In einer Befragung auf Station gaben Patienten an, daß Musiktherapie sie entspannt, ablenkt, auf andere Gedanken bringt, zufrieden stimmt, ihnen hilft Aggressionen abzubauen und Trauer und (inneren) Frieden ermöglicht, ihre Schmerzen lindert und sie anregt, zu Hause weiter zu musizieren. Angehörige äußerten, daß sie ihre erkrankten Familienmitglieder gut aufgehoben wissen.

In gleicher Weise kann Musiktherapie auch Behandler unterstützen, die mannigfachen Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, besser zu bewältigen. Nach der ersten mit Neugierde und Spannung erwarteten Sitzung kam vom Pflegepersonal, das in zwei Lager gespalten war, folgendes Feed-back:

*... Wir saßen im Halbkreis, jeder hatte ein Instrument seiner Wahl vor sich und konnte sich, auf seine persönliche Art musikalisch in die Gruppe einbringen. Es kostete einige Überwindung, seinem Klangkörper irgendwelche Laute zu entlocken. Wir waren ziemlich unsicher, nicht nur wegen der Musik. Wir tasteten uns auch langsam in eine für uns völlig neue Situation mit uns selber vor. Je sicherer wir uns dabei wurden, desto mehr bauten wir unsere Hemmungen gegenüber dem Instrument und auch untereinander ab. Unser erster Anlauf endete zwar im Geräuschchaos, doch wir waren beeindruckt.*

*Im zweiten Versuch merkte man, wie wir uns aufeinander einstellten. Es war ein gegenseitiges Abtasten, ein Hören - was höre ich und was mache ich, was macht der andere, was machen wir miteinander? Es war schön zu fühlen, wie Musik zwischen uns wachsen konnte und wirkte. Anschließend entspannten wir uns bei den Klängen des Monochords. Das war faszinierend!*

*Den Abschluß bildete eine Gesprächsrunde, in der jeder seine Empfindungen äußern konnte: Empfund die eine wieder mehr innere Ruhe und Ausgeglichenheit, überwog bei der anderen das Gefühl, sich entspannt und Kraft geschöpft zu haben, für andere wiederum waren es Gefühle, die sich im Moment noch nicht recht einordnen ließen. Doch alle waren zufrieden. Bemerkenswerterweise teilten nahezu alle den Eindruck, daß die kleineren oder größeren Reibereien des Stationsalltags in den Hintergrund treten und in gewisser Weise bedeutungslos werden konnten. Ein Gefühl des Miteinanders, der Zusammengehörigkeit, die Basis einer gemeinsamen Arbeit, lebte seit langem wieder spürbar auf. In dem Moment zogen wir an einem Strang. Es wurde wieder erlebbar, daß hinter der Arbeitsgruppe Menschen mit einer Persönlichkeit, mit Stärken und Schwächen stehen.*

*Für uns alle war es eine sehr positive Erfahrung, bei der uns deutlich wurde, daß Musiktherapie für uns und für viele unserer Patienten und die Angehörigen eine große Hilfestellung sein kann.*

Eine besonders nachhaltige Veränderung im Bild der Station wurde beispielsweise durch die vorweihnachtliche Musik auf der Station bewirkt. Die Musiktherapeutin und die Schwestern hatten vereinbart für die Patienten zu musizieren. Bis auf eine Schwester, waren alle ungeübt. Im Protokoll der Musiktherapeutin steht vermerkt:

*Ohne jegliche Vorankündigung wurde eine Ecke des Stationsflurs zum Podium. Bei Kerzenschein spielten und sangen wir. Bald machten sich die Patienten aus ihren Betten und Zimmern auf und bildeten einen zweiten Halbkreis um die Musikanten. Unversehens musizierten und sangen alle zusammen, klatschten, wollten mehr Musik. Es wurden schließlich Patientenstimmen laut, in Zukunft auch selbst zur Musiktherapie zu kommen. Seither besitzen die Instrumente auch für die Schwestern eine größere Anziehungskraft, denn soweit es ihre Zeit zuläßt, kommt immer wieder einmal eine Schwester bei mir vorbei und spielt für einen Moment.*

#### **4.1.4. Stationsgruppe**

Alle 14 Tage findet auf der Station eine einstündige sog. Stationsgruppe im Anschluß an die mittägliche Übergabe des Pflegedienstes statt, die vom zuständigen Oberarzt der Abteilung Psychotherapie geleitet wird. Alle, die auf der Station arbeiten und mit dem Projekt unmittelbar zu tun haben, sind eingeladen teilzunehmen: Pflegepersonal, Ärzte, SozialarbeiterIn, Musiktherapeutin, Liaison-Psychotherapeut, Familientherapeutin. Da weder der chirurgische Chef noch der zuständige Oberarzt ihr Interesse an der Stationskonferenz bekundet haben, stellte sich nie die Frage, inwieweit hierarchische Aspekte den offenen Austausch tangieren würden. Als einen propädeutischen Beitrag zur psychosomatischer Grundversorgung der Ärzte von morgen versuchen wir dem positiven Beispiel anderer folgend (Lempa et al. 1985) auch Studenten einzubinden. Gegenwärtig in erster Linie Doktoranden, die über ihre wissenschaftliche Arbeiten hinaus spezielle Versorgungsaufgaben übernehmen. Prinzipiell steht die Stationsgruppe auch in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Konsiliar- und Liaisonmedizin bislang unerfahrenen Abteilungsmitarbeitern offen, um sich weiterzubilden. Vorausgesetzt sie verpflichten sich über mehr als 6 Monate teilzunehmen. In dieser mittlerweile auch praktisch genutzten Möglichkeit sehen wir einen ersten praktischen Schritt in Richtung einer hoffentlich eines Tages curricular definierten Weiterbildung im dem zunehmend wichtiger werdenden Bereich somato-psychischer Zusammenhänge.

Die Stationsgruppe hat allmählich ihre Arbeitsform gefunden. Es hat sich folgende Tagesordnung herauskristallisiert: Organisatorisches, Aktuelle

Probleme auf der Station, Patienten/-Verläufe. Die Stationsgruppe bietet die Möglichkeit zur allmählichen Assimilation psychosomatisch-psychotherapeutischen Denkens und Handelns. Innerhalb des Projektes ist sie der zentrale Ort der 1. Informationsvermittlung, 2. der Koordination, 3. der Kooperation; 4. der Integration. Die komplizierten Wechselwirkungen, wie sie im Fall des oben geschilderten Patienten deutlich wurden, können nur gemeinsam angemessen erkannt und therapeutisch genutzt werden. Entsprechend großen Wert legen wir auf die soweit wie möglich ungestörte (das Telefon muß beispielsweise in den Kühlschrank!) und vor allem regelmäßige Teilnahme aller Projektbeteiligten. Um die Teilnahme möglichst vieler Pflegemitarbeiter formal zu gewährleisten, haben wir zur Bedingung gemacht, daß die Pflegedienstleitung die Zeit der Stationsgruppe als Arbeitszeit bzw. Überstunden anerkennt. Von jeder Sitzung fertigt in aller Regel der Stationsgruppenleiter ein Protokoll an, das einem größeren Kreis unmittelbar und mittelbar Beteiligter zugänglich gemacht wird. Festgehalten werden darin etwa Vereinbarungen, Besprechungsergebnisse, wichtige Überlegungen und Erkenntnisse, Verläufe, künftige Vorhaben etc.. Die Intimität des einzelnen ist dabei zu wahren, was manchmal eine heikle Gradwanderung bedeutet. Das Protokoll ist auch ein Instrument der Kontinuität und Transparenz, insofern ein Exemplar des Protokolls im Aufenthaltsraum der Pflegemitarbeiter aufgehängt wird und Abwesenden die Möglichkeit bietet, sich knapp zu informieren.

Didaktisch wird eine Mischung aus Supervision, Seminar und Selbsterfahrung angestrebt. Dem Stationsgruppenleiter kommt dabei eine komplexe und nicht immer ganz leichte Aufgabe zu. Er muß die besondere Art der geforderten Zusammenarbeit im Rahmen der Stationsgruppe deklarieren und versuchen, die Ängste vor der Andersartigkeit des Denkens zu nehmen. Er bemüht sich, eine gute Arbeitsbeziehung herzustellen, damit die Stationsgruppe tatsächlich Raum und Zeit zum gemeinsamen Gespräch bieten kann, eine Gelegenheit, offen über Patienten und sich selbst reden zu lernen, vor allem über das eigene Empfinden im Kontakt mit Patienten, insbesondere Ängste, Trauer oder negative Gefühle. Er achtet auf die Selbst-/Ich-Regulation der Behandlergruppe und interveniert entlastend, beispielsweise wenn selbstentwertende Tendenzen überhandzunehmen und Schuldgefühle über das eigene Tun zu groß zu werden drohen. Nach Möglichkeit schließt er die Sitzung mit einer konkreten Interaktionsempfehlung, etwa zum weiteren Umgang mit einem Problempatienten, die die emotionale Gegenübertragungsreaktion der Beteiligten weitgehend zu berücksichtigen versucht.

#### **4.1.5. Milieutherapeutische Interventionen**

Neben den beschriebenen formellen, geplanten Kontakten, gibt es die zeitintensive und zahlenmäßig schwer bestimmbare Größe der informellen Kontakte, die sich spontan zwischen allen Beteiligten. Gelegenheiten ergeben sich mannigfaltig: angefangen beim gemeinsamen Kaffeetrinken, beim Schreiben von Berichten im Stationszimmer bis hin zur Einladung zur Weihnachtsfeier der Station etc.. Sie sind unter gruppenspezifischer und milieutherapeutischer Perspektive von einer nicht zu unterschätzenden Bedeutung. Da sie das Projekt positiv wie negativ beeinflussen können, bedürfen sie einer gewissen reflexiven Begleitung.

## **4.2. Indirekte Interventionen**

Das Ziel dieser Interventionsebene ist die Vernetzung des Projektes mit dem organisatorisch-administrativen Kontext des Universitätsklinikums, d. h. die Einbindung bestimmter Personen und die Nutzung bestimmter Strukturen. Es geht darum, das Projekt außerhalb der Station bekannt zu machen. In persönlichen Gesprächen sollen nach Möglichkeit Funktions- und Entscheidungsträger in Schlüsselpositionen für das Projekt gewonnen werden, etwa Mitarbeiter der Pflegedienstleitung, des Sozialen Dienstes, der Klinikseelsorge oder auch den zuständigen Verwaltungsreferenten, den Klinikums- und den Verwaltungsdirektor etc.. Insbesondere die Einbindung der Verwaltung ist mit Blick auf die Finanzierung personell-struktureller Veränderung von eminenter Bedeutung.

### **4.2.1. Projektleiter-Konferenz**

Diese alle 3-4 Monate stattfindende Besprechung zählt nach unseren bisherigen Erfahrungen zu den wichtigsten Interventionsinstrumenten. An ihr nehmen auf seiten der Chirurgie der Direktor und gelegentlich einer seiner Oberärzte und auf psychotherapeutischer Seite der Direktor und der zuständige Oberarzt, sowie gelegentlich ein weiterer Projektmitarbeiter teil, der spezielle Interessen besprechen möchte. Die Beachtung der Organisationshierarchien hat sich als günstig herausgestellt. Im Zentrum der Besprechung stehen wechselseitige Information und Erfahrungsaustausch über die laufenden Aktivitäten. Daneben geht es um die schlichte, aber nicht zu unterschätzende Projekt-Administration etwa die Suche nach geeigneten Räumen, um ABM-Stellenanträge oder Finanzierungsprobleme, die Planung künftiger Vorhaben und die Absprache der Außenrepräsentation und -politik des Projektes. Es werden auch Unstimmigkeiten und Konflikte soweit möglich zu klären versucht. Besonders wichtig ist das allmähliche Kennenlernen der Beteiligten. Insofern auch innovative konzeptionelle Weiterentwicklungen diskutiert werden, ist sie auch ein Rahmen, der die Identität

fikation mit dem Projekt fördert und bestenfalls identitätsgenerierend wirkt. Die Projektmitarbeiter der Abteilung Psychotherapie benutzen die Besprechung auch als Gelegenheit, ihre methodische Eigenständigkeit bzw. Andersartigkeit offensiv zu unterstreichen: Wenn es darum geht, daß keine geeigneten Räume für Gespräche unter vier Augen da sind, dann heißt das, daß diese nicht geführt werden können, genauso, wie der Chirurg nicht operieren kann, wenn er keinen Op-Saal zur Verfügung hat. In gleicher Weise betonen wir, daß die Kooperation mit uns Zeit erfordert, und zwar hauptsächlich Zeit zum Gespräch. In der Konferenz muß auch immer wieder geklärt werden, ob und in welcher Form die Kooperation von den Partnern noch gewünscht wird. Wir signalisieren offen, daß wir uns jederzeit zurückziehen können, wenn eine Fortsetzung von chirurgischer Seite nicht mehr gewünscht wird oder sie uns nicht mehr sinnvoll erscheint, - sei es, daß die Rahmenbedingungen, die Ziele oder die persönlichen Voraussetzungen nicht mehr stimmen.

Während gemeinsame Stellenbeantragungen erfolgreich verliefen, fanden sich für andere Probleme, z. B. die ungünstige, chronische Zurückhaltung der Chirurgen in der Stationskonferenz, keine geeigneten Lösungen. Der Leiter der chirurgischen Abteilung schlug vor, speziell die chirurgischen Kollegen im Rahmen eines kurzen Vortrages mit anschließender Diskussion über das Projekt zu informieren. Der erklärten Absicht, die Ärzte zur Stationsgruppenteilnahme zu motivieren, war allerdings wenig Erfolg beschieden. Es ergab sich bei dieser Gelegenheit aber ein wichtiger Kontakt zu einem Kollegen, der für die lokale Chemotherapie sämtlicher stationärer Patienten zuständig ist. Gegenwärtig wird ausgelotet, in welchem Umfang eine Einbeziehung dieses speziellen Feldes sinnvoll und notwendig ist.

## **5.        Ausblick**

Wir hoffen wahrscheinlich gemacht zu haben, daß die verschiedenen Interventionsmodalitäten im Sinne unserer Zielsetzungen auf verschiedenen Ebenen ansetzen und wirksam werden. Zwar haben sich die illustrierten Bestimmungsstücke allmählich herausgebildet, doch ist für eine differentielle Beurteilung unseres Ansatzes noch zu früh. Die Ergebnisse der anlaufenden ersten systematischen Auswertungen einzelner Module werden vielleicht weitere Beurteilungshinweise geben können.

Um das Positive, das ein eher konzeptioneller Beitrag vielleicht zwangsläufig ausstrahlt, etwas zu brechen, seien wenigsten einige Probleme angerissen: Es fehlt immer noch an geeigneten Räumen für Gespräche oder Musiktherapie. Das Interesse der halbjährlich rotierenden Ärzte und ihre Teilnahme an den Stationsbesprechungen ist ein chronischer Streitpunkt, der das Integrations-

potential des Ansatzes tangiert. Hinzu kommen Konflikte zwischen rivalisierenden Schwestern, die die Zusammenarbeit erheblich erschweren, auch Konflikte zwischen den Schwestern und Ärzten. Daß die Projektstation die Privatstation ist, kompliziert die Situation vor allem im Hinblick auf hierarchiegebundene Abläufe, weniger aufgrund der z. B. eher geringeren Andersartigkeit des Klientels etc.. Die erhoffte Bindegliedfunktion von Forschung und Lehre ist bislang nicht zum Tragen gekommen. So ist z. B. die Resonanz auf wissenschaftliche Vorträge von ausgewiesenen Konsiliar- und Liaisonpsychotherapeuten sehr gering. Auch die Kenntnis über die Konsensbildungsprozesse im Rahmen der ärztlichen Aufklärungsgespräche mit Patienten und Angehörigen ist nach wie vor ziemlich dürftig und ein verlässlicher chirurgischer Forschungspartner für diese Fragestellung noch nicht in Sicht, geschweige denn die Finanzierung. Dies war als Versuch gedacht, die Aufklärungsproblematik, die sich bislang weder direkt noch indirekt über sog. Aufklärungsprotokolle ins Gespräch bringen ließ, ins Feld zurück zu transportieren und Denkanstöße zu geben. Darüber hinaus ist die Projektrepräsentation nach außen noch viel zu gering. Auch die Ausstrahlungen auf andere chirurgische Stationen ist noch sehr verhalten. Aus Kapazitätsgründen forcieren wir unsere Bemühungen in dieser Richtung derzeit auch nicht, um nicht der Wirkungslosigkeit des Gießkannenprinzips zum Opfer zu fallen.

Ein wichtiger nächster Schritt wird die wissenschaftliche Evaluierung der Effekte und Effektivität der verschiedenen Bestimmungsstücke des Modells für die verschiedenen Zielgruppen sein müssen. Am weitesten fortgeschritten sind die Bemühungen im Bereich der Musiktherapie, wo mit einem überwiegend qualitativen Ansatz Bedarf, Implementierung und Indikationsprozesse untersuchen und eine klinische Evaluation einzelner Fälle durchgeführt wird. Im Wissen um die Schwierigkeiten von derartigen Kooperationsprojekten hatten die Projektmitarbeiter der Abteilung Psychotherapie bislang keine besonderen wissenschaftlichen Karrieremotive mit dem Projekt verbunden. Eher pragmatisch stand die Integration einer speziell auf konsiliar- und liaisonmedizinische Bedürfnisse zugeschnittene Basisdokumentation in das bestehende Patienten-Dokumentations-System (PADOS) der Abteilung Psychotherapie, auf der Tagesordnung.

Das gesamte Projekt ist noch relativ jung und entwickelt sich von seiner Verlaufsdynamik her, soweit wir beobachten konnten, eher krisenhaft als linear. Unsere Hoffnung ist, daß jede Krise neben dem Scheitern auch die Chance zur konstruktiven Weiterentwicklung des Projektes in sich birgt.

## Literatur

- Aulbert E, Niederle N (Hrsg.) (1990) Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken, Thieme, Stuttgart
- Beutel M (1988) Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Edition Medizin VCH, Weinheim
- Bräutigam W (Hrsg.) (1988) Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Aufgaben, Erfahrungen, Konflikte, Springer, Berlin
- Dahlbender R W, Kächele H. (1991) Konzeption für die konsiliar- und liaisonmedizinischen Versorgung des Universitätsklinikums Ulm. Stellenantrag im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen 1992 (unveröffentl. Manuskript)
- Freyberger H, Nordmeyer J (1992) Supportive Psychotherapie mit Schwerpunkt bei chronisch Kranken. (unveröffentl. Manuskript)
- Freyberger H, Nordmeyer J, Künsebeck H-W, Lempa W, Avenarius H.-J, Wellmann W, Liedtke R, Schöl R (1983) Clinical and Educational Activities of a Psychosomatic Division. Adv. psychosom. Med. Vol 11, S. 166-175
- Hasenbring M (1988) Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In: Kächele H, Steffens W (Hrsg.) Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten. Springer, Heidelberg, S. 105-131
- Haag A, Stuhr U (1988) Das Fehlen der Seele im Krankenhaus. Erste Ergebnisse einer Bedarfsanalyse. In: Ahrens S (Hrsg.) Entwicklungen und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland, Springer, Berlin, S. 73-80
- Haag, A.; Pontzen, W.; Wirsching, M. (1992): Psychosomatik am Allgemeinen Krankenhaus: Seit langem gefordert, kaum realisiert. Deutsches Ärzteblatt 89, H. 42, B, 2171-2172
- Hoffmann S O, Schepank H, Speidel H (Hrsg.) (1990) Denkschrift '90. Zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland, PSZ-Verlag, Ulm
- Holland J C, Rowland J H (Hrsg.) (1989) Handbook of Psychooncology: psychological care of the patient with cancer. Oxford University Press, New York
- Huerny C (1986) Krebskrankheit. In: Heim E, Willi J (Hrsg.) Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd. 2 Klinik und Praxis, Springer, Berlin, S. 551-562
- Kächele H, Steffens W (Hrsg.) (1988) Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten. Springer, Heidelberg
- Klußmann R, Emmerich B (Hrsg.) (1990) Der Krebskranke. Springer, Berlin
- Köhle K, Joraschky P (1990) Insitutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In: Uexküll T v (Hrsg.). Psychosomatische Medizin, 4. neubear. u. erw. Aufl., Urban und Schwarzenberg, München, S. 415-460
- Lempa W, Künsebeck H-W, Nordmeyer J, Davin U, Witzig L, Liedtke R, Freyberger H (1985) Empirische Belege zur Effektivität des studentischen Psychosomatik-Wahlfach-Modells der Medizinischen Hochschule Hannover, Psychother. med. Psychol. 35, 127-132
- Meerwein, F (Hrsg.) (1985) Einführung in die Psycho-Onkologie. 3. Aufl., Huber, Bern
- Möhring P (Hrsg.) (1988) Mit Krebs leben. Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive. Springer, Berlin
- Munro S (1986) Musiktherapie bei Sterbenden. Fischer, Stuttgart
- Muthny F (Hrsg.) (1990) Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Springer, Heidelberg
- Niederle N, Aulbert E (Hrsg.) (1987) Der Krebskranke und sein Umfeld, Thieme, Stuttgart
- Oken D (1983) Liaison Psychiatry (Liaison Medicine). Adv. psychosom. Med. vol. 11, 23-51
- Pontzen W (1990a) Zehn Jahre psychosomatische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus. Rückblick und Perspektiven, Psychother. Psychosom. med. Psychol. 40, 346-350

- Pontzen W (1990b) Psychosomatische Konsiliar-und Liaisondienste. In: Neun H (Hrsg.) Psychosomatische Einrichtungen, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Schmeling-Kludas C (1988) Die Arzt-Patient-Beziehung im Stationsalltag. Edition Medizin VCH, Weinheim
- Schubert D S P (1983) Practical Distinctions between Consultative Psychiatry and Liaison Medicine. Adv. psychosom. Med. vol. 11, 52-61
- Schwarz R (1993) Die Bedeutung der psychosozialen Onkologie in der Behandlung von Krebskranken, Zsch. psychosom. Med. 39, 14-25
- Uexküll T v (1992) Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart
- Verres R, Hasenbring M (1989) Psychosoziale Onkologie, Springer, Berlin
- Wirsching M (1988) Krebs im Kontext. Patient, Familie und Behandlungssystem Klett-Cotta, Stuttgart
- Wirsching M (1990) Krebs. Bewältigung und Verlauf, Springer, Berlin
- Wirsching M, Herzog T (1989) Aktuelle Entwicklungen im Konsiliar-/Liaisonbereich. Informationen, Begriffserklärungen, Perspektiven. Psychother. med. Psychol. 39, 41-44