

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychosomatik
am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin

DISSERTATION

**Untersuchung der Wirkungen von Leistungen
gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienste
auf die Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus,
in der ambulanten Versorgung und im Pflegeheim**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sabine Kirchen-Peters

aus Saarbrücken

Datum der Promotion: 12. September 2014

Inhaltsverzeichnis

Abstract (deutsch/englisch)	1
Zusammenfassung	3
1. Einleitung	3
2. Methodik, Fragestellungen und Projektdesign	4
3. Vergleichende Darstellung der Ergebnisse aus den drei Segmenten	9
3.1 Grunddaten und Daten beim Erstkontakt	10
3.2 Wirkungen auf medizinischer Seite	13
3.3 Wirkungen auf sozialer und pflegerischer Seite	15
3.4 Hinweise auf ökonomische Wirkungen	16
4. Diskussion	18
5. Literatur	22
Anteilsklärung	23
Publikation 1: „Brauchen Pflegeheime gerontopsychiatrische Liaisondienste? Ergebnisse einer Pilotstudie in fünf Pflegeheimen“	25
Publikation 2: „Wie arbeiten ambulante Konsiliar- und Liaisondienste und was bewirken sie? Ergebnisse einer Pilotstudie“	33
Publikation 3: „Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz?“	40
Lebenslauf	51
Publikationsliste	55
Selbständigkeitserklärung	58
Danksagung	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grunddaten	10
Tabelle 2: Medizinische Daten beim Erstkontakt	11
Tabelle 3: Soziale und pflegerische Daten	12

Abstract deutsch

Die Zahl Demenzkranker wird in den nächsten Jahrzehnten dramatisch steigen. Unabhängig davon, ob ein demenzkranker Patient¹ zu Hause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus betreut wird, ist die Versorgung von hohen Anforderungen gekennzeichnet. Es stellt sich die Frage, ob durch den Ausbau von in Deutschland noch wenig verbreiteten gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondiensten (KL-Dienste) durchgreifende Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen erfolgen könnten. Hierbei handelt es sich um multiprofessionelle Teams, die somatisch tätige Ärzte und Pflegekräfte sowie pflegende Angehörige unterstützen und beraten. Solche KL-Dienste bestehen in der Regel aus Fachärzten und Fachpflegekräften für Psychiatrie.

Im Rahmen der Dissertation werden die Wirkungen von gerontopsychiatrischen KL-Diensten für ambulante Patienten, Heimbewohner und Krankenhauspatienten vergleichend betrachtet. Grundlage des Vergleichs bilden in erster Linie die in mehreren Projekten durchgeführten Längsschnittstudien. Die Analyse differenziert nach Daten zu medizinischen, sozial-pflegerischen und ökonomischen Wirkungszusammenhängen. Beim Erstkontakt und zum Abschluss der Intervention wurden verschiedene Testungen durchgeführt und Daten erhoben, die einen Prä-Post-Vergleich ermöglichen. Dies betraf neben der Entwicklung der Beeinträchtigungen auch die Frage, ob Eskalationen wie Krankenhauseinweisungen oder Heimeinweisungen vermieden werden konnten.

Die Analyse der verschiedenen Versorgungsbereiche zeigt, dass ein großer Teil der Patienten aller Segmente im Hinblick auf medizinische Parameter von der Konsiliar- und Liaisonarbeit profitiert hat. Dies betrifft die Ergebnisse der psychometrischen Testungen und die Justierung der Medikation. Für den Krankenhaussektor ist zudem ein Fortschritt hinsichtlich der Identifizierung unerkannter Demenzen und Delirien zu verzeichnen. Positive Effekte auf die Versorgungssicherung zeigten sich vor allem im ambulanten Bereich, während in den Heimen und Krankenhäusern Fortschritte in der demenzbezogenen Kompetenz des Personals aufgebaut wurden. Zudem lassen sich aus allen Segmenten Hinweise auf Kosteneinsparungen ableiten.

Damit die Arbeit von gerontopsychiatrischen KL-Diensten in Deutschland eine größere Wirkung erzielen kann, muss – neben diversen Qualitätsanforderungen – vor allem eine Überwindung von Sektorengrenzen (beispielsweise zwischen hausärztlicher Primärver-

¹ Zur Förderung der Lesbarkeit wird im Artikel nur die männliche Form verwendet. Es ist darauf hinzuweisen, dass Personen weiblichen Geschlechts stets mit gemeint sind.

sorgung und Allgemeinkrankenhäusern) stattfinden. Um dies zu ermöglichen, ist durch geeignete Versorgungsverträge Rechtssicherheit zu schaffen.

Abstract englisch

The number of people with dementia will increase dramatically in the next decades. Caring for people with dementia is difficult, independent from the setting they live in, or where care is provided (e.g., at home, in nursing homes, or in hospitals). This study focuses on the possibility of achieving quality improvements as well as cost-offset effects by implementing psychogeriatric consultation-liaison services in care settings. Multi-professional teams who support and advise physicians, professional caregivers and family caregivers provide these services.

The study compares effects of psychogeriatric consultation-liaison services that support patients at home, in nursing homes and during an in-patient hospital stay. Longitudinal data are drawn from studies conducted by the author in these three settings. Thereby, the investigation brought medical, social and economic effects into focus. Several tests and collections of data were conducted at the beginning and at the end of the intervention, allowing a pre-post comparison. Besides the description of impairments, the analysis focused on the question of whether or not escalations such as hospitalization or institutionalization could be avoided.

The analysis shows that many patients in all three settings benefit from the consultation-liaison interventions with regard to several medical parameters. This refers to the improved results of psychometric tests and to better fitting medications. Especially in in-patient hospital settings, the diagnosis of dementia and delirium has improved. Patient-specific improvements in service delivery can be seen in the home care sector, while in both nursing homes as well as in hospitals, improvements in staff competency with regard to knowledge and expertise in dementia care practice have been realised. Cost-offset effects can be demonstrated in all three settings.

In order to optimize their efficiency, consultation-liaison services in Germany must not only improve the quality of service, but, more importantly, the ability to bridge sector boundaries (e.g., between primary care and hospitals) has to be addressed and improved. This can be accomplished by specific integrated service delivery contracts that help all players to achieve legal certainty.

Zusammenfassung

1. Einleitung

Die Behandlung und Versorgung einer stetig wachsenden Zahl Demenzkranker wird als eine der drängendsten sozial- und gesundheitspolitischen Aufgaben unserer Zeit diskutiert. Während von einer Verdoppelung der Krankenzahl bis zum Jahr 2050 ausgegangen werden kann [1], schwinden nicht nur die Pflegekapazitäten in den Familien, sondern es zeichnet sich parallel ein Fachkräftemangel in den ärztlichen und pflegerischen Berufen ab. Bereits im Jahr 2025 sollen nach einer aktuellen Modellrechnung rund 152.000 Beschäftigte in Pflegeberufen fehlen [2]. Der Handlungsbedarf, der aus diesen Zahlen abgeleitet werden kann, verstärkt sich durch die Qualitätsprobleme, die in der Versorgung demenzkranker Menschen quer durch alle Segmente immer noch konstatiert werden. Dabei wird die Bedeutung kognitiver Defizite im Vergleich zu behandlungsbedürftigen Verhaltensauffälligkeiten unterschätzt, wenngleich letztere häufig der Grund für eine Heimunterbringung oder Krankenhauseinweisung darstellen.

In den Pflegeheimen bestehen gravierende Probleme durch einen inadäquaten Umgang mit Psychopharmaka. Kritisiert werden ein zu hoher ebenso wie ein falscher Einsatz dieser Medikamente (z.B. mangelnde Kontrolle von Nebenwirkungen). Zudem sind aufgrund unzureichender Qualifizierung des Heimpersonals Umgangsprobleme mit verhaltensauffälligen Bewohnern zu konstatieren [3]. Leben die Demenzkranken zu Hause, sind die Angehörigen oft in einem Ausmaß überfordert, das diese selbst in eine Erkrankung oder in einen Zustand psychophysischer Erschöpfung treibt [4]. Ein Großteil der Demenzkranken wird zudem ausschließlich von Hausärzten behandelt, die häufig weder über ausreichende Kenntnisse von neuropsychologischen Testverfahren verfügen, noch sich an den bestehenden Therapieleitlinien orientieren. Dadurch werden diese Erkrankungen von Hausärzten in 40 bis 60 % der Fälle nicht richtig eingeordnet [5]. Auch in der pflegerischen Versorgung Demenzkranker sind Defizite zu konstatieren. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelte, dass bei ca. 25% der von ambulanten Diensten versorgten Demenzkranken ein nicht zufriedenstellendes Versorgungsniveau besteht, das potentielle Gesundheitsgefährdungen impliziert [6].

Ein weiteres Handlungsfeld besteht in der Versorgung Demenzkranker, die aufgrund somatischer Erkrankungen oder wegen Unfällen in Akutkrankenhäusern behandelt wer-

den. Neben ungünstigen Rahmenbedingungen (Zeitdruck, unübersichtliche Architektur, fehlende Tagesstrukturierung sowie starre, an der Krankenhausroutine ausgerichtete Abläufe) verfügt das Krankenhauspersonal über zu wenig fachspezifisches Wissen für einen adäquaten Umgang mit dieser Patientengruppe [7]. Zudem sind Demenzkranke in Akutkrankenhäusern häufiger von Delirien betroffen, die aufgrund einer mangelnden Sensibilisierung des Personals meist unerkannt bleiben und dann schwerwiegende Konsequenzen auf Morbidität und Mortalität haben können [8].

Sowohl für das Personal in Heimen und Krankenhäusern als auch für die pflegenden Angehörigen mangelt es an fachspezifischen Unterstützungsformen insbesondere für die Behandlung von und den Umgang mit schwer verhaltensauffälligen Demenzkranken. Es stellt sich die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste (KL-Dienste) hierzu ein Lösungsmodell darstellen könnten. Bei KL-Diensten handelt es sich um multiprofessionell besetzte Fachdienste, die in der Regel aus Fachärzten und Fachpflegekräften für Psychiatrie sowie ggf. aus Vertretern weiterer Berufsgruppen (z.B. Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter) bestehen. Neben klassischen Konsilen mit einer medizinischen Beratung zu Diagnostik und Behandlung erbringen gerontopsychiatrische KL-Dienste übergreifende Leistungen, wie z.B. die Identifizierung von Patienten, die Sensibilisierung und Qualifizierung des somatischen Personals oder die Beratung von Angehörigen.

2. Methodik, Fragestellungen und Projektdesign

Studien zur Konsiliar-/Liaisonpsychiatrie fanden bislang in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur anders als im angelsächsischen Raum wenig Interesse. Während gerontopsychiatrische KL-Dienste in Deutschland noch eine Seltenheit sind, wurden empirische Projekte vor allem in Großbritannien, in den Niederlanden und in den USA durchgeführt, wobei diese vorwiegend keine Liaison-, sondern reine Konsilformen und seltener rein gerontopsychiatrische, sondern meistens allgemeinpsychiatrische Dienste umfassen. Die Studien beschäftigen sich vor allem mit Fragen der somatopsychischen Komorbidität, mit der Entwicklung der Inanspruchnahme von psychiatrischen Konsilen und mit dem Einfluss von Konsilen auf die Verweildauern von Krankenhauspatienten [9]. In einer aktuellen Meta-Analyse wurde zudem der Versuch unternommen, die Wirkungen von KL-Diensten in Allgemeinkrankenhäusern systematisch aufzuberei-

ten [10]. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass diese KL-Dienste das Potential bieten, Kosten zu sparen, indem durch ihre Interventionen z.B. die Dauer der Aufenthalte verkürzt oder der Entlassungszustand der Patienten verbessert werden. Sie verweisen jedoch auf methodische Schwächen der Studien, die häufig eher deskriptiv ausgerichtet sind. Darüber hinaus basieren die Ergebnisse auf Projekten mit einer sehr heterogenen Struktur.

Analysen komplexerer Wirkzusammenhänge von gerontopsychiatrischen KL-Diensten auf die Versorgung demenzkranker Patienten quer durch alle Versorgungssegmente wurden bisher in Deutschland nicht durchgeführt. Ein sektorübergreifender Vergleich der Wirkungen gerontopsychiatrischer KL-Dienste stößt auf die Schwierigkeit, dass es derzeit kaum solche Dienste gibt. Wenn KL-Dienste tätig sind, begleiten sie die Patienten in aller Regel nicht durchgängig in allen drei Segmenten (ambulant, Pflegeheim, Akutkrankenhaus).

Eine erste Einschätzung von Wirkungen und Wirkfaktoren muss sich deshalb auf Daten unterschiedlicher Projektvorhaben beziehen, die von der Promovendin wissenschaftlich begleitet wurden. Die hier vorgelegte Promotionsarbeit basiert zum einen auf bislang unveröffentlichten Daten einer Studie über einen gerontopsychiatrischen KL-Dienst für ambulant versorgte Patienten sowie für Pflegeheimbewohner. Zum anderen werden Zwischenergebnisse einer aktuellen Studie über gerontopsychiatrische KL-Dienste in Allgemeinkrankenhäusern einbezogen. Dabei stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Inwiefern gelingt es, durch gerontopsychiatrische KL-Dienste die Behandlungs- und Versorgungsqualität von Demenzkranken in der eigenen Häuslichkeit, in Heimen und im Krankenhaus zu verbessern?
- Stellen sich diese Verbesserungen unabhängig vom Versorgungssegment ein?
- Können durch die Interventionen von gerontopsychiatrischen KL-Diensten das Versorgungssetting stabilisiert und Versorgungsbrüche durch Einweisungen in Krankenhäuser oder kriseninduzierte Umsiedlungen in Pflegeheime reduziert werden?

Die vergleichende Analyse differenziert nach Daten zu medizinisch-psychiatrischen, sozialen bzw. pflegerischen sowie ökonomischen Wirkungszusammenhängen. Der Vergleich basiert vorwiegend auf den in den Projekten durchgeführten prospektiven Längsschnittstudien mit Patienten in den unterschiedlichen Versorgungssegmenten.

Beim Erstkontakt und zum Abschluss der Intervention wurden verschiedene Testungen durchgeführt und Daten erhoben, die einen Prä-Post-Vergleich ermöglichen. Dies betraf neben der Entwicklung der Beeinträchtigungen der untersuchten Klientel auch die Frage, ob Eskalationen wie Krankenhauseinweisungen oder Heimeinweisungen vermieden werden konnten. Für Erst- und Abschlusserhebungen wurden jeweils identische Skalen verwendet und darauf aufbauend der Grad der Veränderungen beurteilt. Die Intervention galt für ambulante Patienten und Heimbewohner als beendet, wenn der im Eingangsassessament festgelegte Maßnahmenplan erfüllt und kein neuer Interventionsanlass entstanden war. Im Krankenhaus endete die Intervention mit der Entlassung des Patienten.

Erhoben wurden neben soziodemographischen Daten ausführliche Informationen über den medizinischen und den pflegerischen Status und über die aktuelle Medikation. Dazu führten die Fachärzte der KL-Dienste aus den Fachgebieten Psychiatrie, Neurologie und Geriatrie beim Erst- und Abschlusskontakt ein umfassendes Assessment durch. In den beiden Studien kamen teilweise unterschiedliche Instrumente zum Einsatz. Für die ambulanten Patienten und die Heimbewohner wurden der Mini-Mental-Status-Test (MMST) [11] eingesetzt, mit dem der Grad kognitiver Beeinträchtigungen bewertet werden kann (Range 0 bis 30 Punkte). Zudem wurde die Clinical Global Impression (CGI) [12] und der Psychopathologische Status basierend auf dem AMDP-System [13] benutzt, wobei hier auf die spezifische gerontopsychiatrische Symptomatik fokussiert wurde. Zugrunde gelegt wurden die Kategorien Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, produktive Symptomatik (Wahn, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen), Störungen der Affektivität sowie Antriebs- und psychomotorische Störungen. Zudem wurden unter der Kategorie Selbst- und Fremdgefährdung die Ablehnung der Behandlung und Pflege, die Nahrungs- und Medikamentenverweigerung, verbale und tätliche Aggressivität, Suizidalität sowie selbst- und fremdschädigendes Verhalten und Weglauftendenz erfasst.

Für die Krankenhauspatienten wurde zur Einordnung dementieller Störungen ebenfalls der Mini-Mental-Status-Test [11] eingesetzt. Dieser wurde, wenn möglich, durch den Uhrentest ergänzt, der zusätzliche Informationen speziell für den Bereich konstruktiver Apraxie liefert. Weniger aus diagnostischen Gründen, sondern eher im Hinblick auf die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit von Verhaltensproblemen wurden zudem Orientierungsstörungen in den Dimensionen zeitliche Orientierung, örtliche Orientierung, Orien-

tierung zur Person und situative Orientierung ermittelt. Der körperliche Zustand wurde anhand der somatischen Diagnosen und anhand des Barthel-Index [14] erfasst. Der Barthel-Index wird insbesondere in der Rehabilitationsmedizin eingesetzt und gibt mit einem Range von 0 bis 100 Punkten Auskunft über den Grad an Selbständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen. Darüber hinaus wurde der CAM (Confusion Assessment Method) [15], das derzeit weltweit am besten etablierte Screeninginstrument zur Erfassung von Delirien, benutzt.

In beiden Studien wurden zudem schriftliche Befragungen von Personal und Angehörigen sowie qualitative Interviews mit den Mitarbeitern der KL-Dienste und mit Angehörigen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragungen wurden in Einzelfällen in das Promotionsvorhaben einbezogen, um eine weitergehende Interpretation der Ergebnisse zu ermöglichen.

Die vergleichende Analyse versteht sich aufgrund der oben beschriebenen methodischen Disparitäten und der unterschiedlichen Projektkonstellationen als erster Versuch, Hinweise auf übergreifende Wirkungsfaktoren zu identifizieren. Bei dem dargestellten Krankenhaus-KL-Dienst handelt es sich um ein Verbundprojekt mit vier Allgemeinkrankenhäusern und einer Fachklinik für Psychiatrie und Geriatrie. Der KL-Dienst besteht aus vier Ärzten aus den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie und Geriatrie, die jeweils ein Allgemeinkrankenhaus betreuen sowie aus einer Fachaltenpflegerin für Psychiatrie, die für alle vier Häuser zuständig ist. Der KL-Dienst für Patienten in der eigenen Häuslichkeit und für Bewohner von Pflegeheimen arbeitet mit einem multiprofessionellen Team bestehend aus drei Fachärzten für Psychiatrie (je 0,33 einer Vollzeitstelle), einem Psychologen (0,5), einem Sozialarbeiter (0,5) und einem Fachpfleger für Psychiatrie (0,75). Die Professionen werden je nach Problemlage bei den Patienten parallel eingesetzt.

Der KL-Dienst im Krankenhaus rekrutiert die Patienten über Konsilanforderungen der für das Projekt festgelegten Abteilungen (zwei Abteilungen für Gefäßchirurgie, je eine für Kardiologie, Innere Medizin, Neurologie, Gastroenterologie und Unfallchirurgie) oder über die eigene Identifizierung durch die Konsiliarärzte. Eingeschlossen werden Patienten über 70 Jahre, bei denen Verhaltens- und/oder kognitive Störungen auftreten. Bei der eigenen Identifizierung nach Aktenlage ist zudem von Bedeutung, ob die Patienten mit einer bestehenden Neuroleptikaverordnung eingewiesen wurden. Bei den ärztlichen Leistungen dominieren neben der Fortbildung der somatischen Ärzte die klassischen

Arbeitsbereiche Diagnostik und Behandlungsempfehlung. Die Fachaltenpflegekraft für Psychiatrie übernimmt vorwiegend mitarbeiterbezogene Aufgaben, wie die Schulung des pflegerischen Personals, die Fallbegleitung, die Konzeptberatung sowie die Unterstützung bei der Angehörigenberatung. Die Fallbegleitung des Pflegepersonals in den beteiligten Abteilungen umfasst einen Zeitumfang von zwei bis vier Stunden pro Intervention.

Im Heimbereich werden Patienten aus fünf Kooperationspflegeheimen in unterschiedlicher Trägerschaft vom KL-Dienst behandelt. Die Bewohner werden nach vom KL-Dienst festgelegten Grobkriterien von der Heim- oder Pflegedienstleitung für eine Intervention vorgeschlagen: Ausschlaggebend ist eine psychiatrische Symptomatik mit Verhaltensauffälligkeiten, die zu Versorgungsproblemen führt. Des Weiteren erhalten Überleitungsfälle aus der Psychiatrie die speziellen Leistungen des KL-Dienstes, ohne dass diese vom Personal gesondert vorgeschlagen werden müssen. Nach dem Assessment wird zunächst ein Maßnahmenplan erstellt. Dieser enthält in aller Regel eine Empfehlung über geeignete Umgangsstrategien für das Pflegepersonal und ggf. Vorschläge für weitere Angebote des KL-Dienstes, wie z.B. Angehörigengespräche sowie – falls erforderlich – eine Behandlungsempfehlung für den niedergelassenen Arzt.

Neben den patientenbezogenen Leistungen führt der KL-Dienst eine ausführliche Beratung des Heimpersonals durch. Die Mitarbeiter erhalten Basisfortbildungen, die sich im Wesentlichen auf Informationen über die gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder, über pflegerisch-therapeutische Strategien insbesondere zur Deeskalation von Verhaltensauffälligkeiten sowie über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten beziehen. Zudem werden – in der Regel vierzehntägig – mit einer größeren Gruppe von Mitarbeitern intensive Fallberatungen auf Wohnbereichsebene durchgeführt. Aus der S3-Leitlinie zum Delir des National Institute for Health and Care Excellence kann die präventive Funktion solcher Interventionen abgeleitet werden (vgl. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf>).

Im ambulanten Bereich erfolgt die Intervention in aller Regel auf Anfrage von Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern. Alle Patienten werden in das Projekt aufgenommen, sofern es sich um ältere Menschen ab 60 Jahre mit einer psychiatrischen Symptomatik handelt. Die Altersgrenze ist bewusst niedrig angesetzt, um gerade im ambulanten Bereich die Möglichkeiten von Prävention und Früherkennung zu erhöhen. Die Leistung wird zudem bei Wartezeiten für eine stationäre Aufnahme angeboten. Die Problem-

schilderung des Anfragenden wird erfasst und dient als Grundlage für eine erste Einschätzung des Hilfebedarfs. Am Beginn des Hilfeprozesses steht ein ausführliches multiprofessionelles Assessment, das die Beeinträchtigungen und Ressourcen des Kranken erfasst. Aufbauend auf den eingeholten Informationen wird ein Maßnahmenplan erstellt. Dieser umfasst je nach Problemlage die sozialrechtliche, psychosoziale, fachpflegerische und/oder fachärztliche Beratung durch das multiprofessionelle Behandlungsteam. Die medizinische Behandlung kann aus rechtlichen Gründen nur durch die niedergelassenen Ärzte erfolgen, die dazu vom KL-Dienst schriftliche Empfehlungen erhalten. Es werden Folgekontakte durchgeführt, bis das zu bearbeitende Problem in der Regel durch eine stabile Vermittlung an weiterversorgende Personen aus dem sozialen Umfeld oder professionelle Instanzen (vorerst) gelöst ist. Dann wird der Fall mit einem Abschluss-Assessment beendet. Die relevanten Informationen aus der Anamnese und dem Hilfeprozess werden schriftlich an die behandelnden Ärzte weitergegeben.

3. Vergleichende Darstellung der Ergebnisse aus den drei Segmenten

Die Ergebnisse der Studien sind in den Jahren 2012 und 2013 in einer Folge von drei Publikationen in psychiatrischen und geriatrischen Fachzeitschriften veröffentlicht worden.

Der erste Artikel, der unter dem Titel „Brauchen Pflegeheime gerontopsychiatrische Liaisondienste? Ergebnisse einer Pilotstudie in fünf Pflegeheimen“ im Januar 2012 in der Psychiatrischen Praxis erschienen ist, legt die Ergebnisse der Liaisonarbeit bei Bewohnern in Pflegeheimen dar.

Der zweite Artikel wurde unter dem Titel „Wie arbeiten ambulante Konsiliar- und Liaisondienste und was bewirken sie?“ im November 2012 ebenfalls in der Psychiatrischen Praxis veröffentlicht. Dieser befasst sich mit den Ergebnissen der Liaisonarbeit bei Patienten, die noch in der eigenen Häuslichkeit wohnen.

Der dritte Artikel, der im November 2013 unter dem Titel „Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz?“ zunächst als Online-Publikation in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie veröffentlicht wurde,

präsentiert die Ergebnisse der KL-Dienste im Krankenhaus und zieht einen Vergleich zwischen den Ergebnissen für die drei Versorgungssegmente.

Die folgende zusammenfassende Darstellung der Artikel orientiert sich in Aufbau und Inhalt in wesentlichen Teilen an dem dritten Artikel, der im Rahmen der Dissertation neben der Darstellung der Ergebnisse des Krankenhausbereichs eine resümierende Funktion erfüllt. An verschiedenen Stellen wird zudem auf die ersten beiden Artikel Bezug genommen, wenn es um Präzisierungen der Ergebnisse zum ambulanten und Heimbereich geht. Dies betrifft auch die vorangehende Darstellung der Methodik.

3.1 Grunddaten und Daten beim Erstkontakt

In die Längsschnittstudien im ambulanten und Pflegeheimbereich waren jeweils rund 180 Patienten involviert, für die Krankenhausstudie wurden Daten von 146 Patienten ausgewertet. Während das Durchschnittsalter der Patienten kaum voneinander abweicht, schwankt der Frauenanteil zwischen 66% im ambulanten und Krankenhausbereich sowie 76% im Pflegeheim (Tab.1).

Tabelle 1: Grunddaten

	Ambulant	Pflegeheim	Krankenhaus
Anzahl Patienten	176	180	146
Durchschnittsalter (Jahre)	79,3 Range: 60-100	81,9 Range: 43-99	81,7 Range: 70-93
Frauenanteil in %	65,9	76,4	65,8

Die gerontopsychiatrischen KL-Dienste behandeln in erster Linie Demenzkranke. Unabhängig vom Versorgungssegment handelt es sich überwiegend um Demenzen in einem mittelschweren Stadium, wobei in der ambulanten Versorgung mit 47% erwartungsgemäß auch ein erheblicher Anteil leicht Erkrankter erreicht wird. Vor allem im Krankenhaus, wo akut erkrankte Patienten sowohl aus der häuslichen Versorgung als auch aus Pflegeheimen behandelt werden, spielen alle Schweregrade von Demenzen eine Rolle (Tab 2).

Nahezu alle Patienten sind zudem körperlich eingeschränkt. Nach Einschätzung des KL-Dienstes sind bei den zu Hause wohnenden Patienten immerhin fast 45% körperlich nur leicht oder gar nicht eingeschränkt. Diese Gruppe macht bei den Heimbewohnern rund ein Viertel aus. Bei den Krankenhauspatienten gibt der erhobene Barthel-Index,

der den Grad an Selbständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen misst, auch Aufschluss über den körperlichen Zustand. Die schwer eingeschränkten Personen sind mit einem Anteil von 42% im Krankenhaus die am stärksten vertretene Gruppe. Aber auch körperlich leichte sowie mittlere Einschränkungen spielen in rund einem Viertel bzw. einem Drittel der Fälle eine Rolle (Tab. 2).

Tabelle 2: Medizinische Daten beim Erstkontakt

	Ambulant	Pflegeheim	Krankenhaus
Gerontopsychiatrische Erkrankungen	Demenz: 80,5%, Depression: 26,0%, Wahnhaftige Störung: 24,9%, Anpassungsstörung: 17,2%	Demenz: 81,0%, Depression: 27,2%, Wahnhaftige Störung: 18,5%, Anpassungsstörung: 10,9%	Demenz: 86,7%, sonstiges: 13,3%, (darunter 11,6% Depression)
Schweregrad der Demenz nach MMST	schwer: 5,2%, mittelschwer: 48,3%, leicht: 46,6%	schwer: 9,9%, mittelschwer: 58,2%, leicht: 31,9%	schwer: 28,2%, mittelschwer: 39,5%, leicht: 32,3%
Körperliche Einschränkungen	schwer: 20,8%, mittelschwer: 34,7%, keine/leicht: 44,6%	schwer: 36,3%, mittelschwer: 38,0%, keine/leicht: 25,7%	schwer: 42,0%, mittelschwer: 31,5%, leicht: 26,6%
Ärztliche Versorgung	Hausarzt: 94,2%, Nervenarzt: 53,6%	Hausarzt: 100,0%, Nervenarzt: 87,0%	Keine Daten
Psychopharmaka beim Erstkontakt	70,9% ²	87,6% ³	55,5% ⁴

Über die haus- und fachärztliche Versorgung der Krankenhauspatienten liegen keine Daten vor. Die zu Hause oder im Heim versorgten Patienten werden weit überwiegend von Hausärzten versorgt. Nur für die Heimbewohner sind regelhaft Nervenärzte eingebunden, die meist einmal im Quartal Besuche abstatten. Der Großteil der eingeschlossenen Patienten, darunter insbesondere die Heimbewohner, nimmt beim Erstkontakt mit dem KL-Dienst bereits Psychopharmaka ein, darunter auch solche Medikamente, die z.B. aufgrund ihrer potentiell schwerwiegenden Nebenwirkungen von den Fachgesellschaften nicht empfohlen werden, wie z.B. hochpotente Neuroleptika (vgl. PRISCUS-Liste nach Holt, Schmiedl, Thürmann 2011) (Tab. 2).

Im Hinblick auf die soziale und pflegerische Situation der Patienten sind deutliche Unterschiede zu erkennen:

² 41% atypische Neuroleptika, 6% hochpotente Neuroleptika, 21% niedrigpotente Neuroleptika, 31% Benzodiazepine, 34% Antidepressiva, 43% Antidementiva/Nootropika
³ 48% atypische Neuroleptika, 4% hochpotente Neuroleptika, 24% niedrigpotente Neuroleptika, 38% Benzodiazepine, 30% Antidepressiva, 34% Antidementiva/Nootropika
⁴ 20% atypische Neuroleptika, 23% hochpotente Neuroleptika, 7% niedrigpotente Neuroleptika, 23% Benzodiazepine, 40% Antidepressiva, 23% Antidementiva/Nootropika

Tabelle 3: Soziale und pflegerische Daten

	Ambulant	Pflegeheim	Krankenhaus
Wohnsituation	allein: 44,6%, mit Angehörigen: 55,4	Pflegeheim	allein: 14,4%, mit Angehörigen: 61,0%, im Heim: 24,7%
Mit Pflegestufe	30,7%	89,4%	55,3%
Institutionelle Hilfen	36,8% ambulanter Dienst	Pflegeheim	31% ambulanter Dienst (der zu Hause lebenden Patienten)
Mit rechtlicher Regelung	24,0%	79,8%	39,6% (aller Patienten)

Während die Versorgung der Heimbewohner im institutionellen Setting als weitgehend abgesichert betrachtet werden kann, war beim Erstkontakt zu den ambulanten Patienten in der überwiegenden Zahl der Fälle noch keine Pflegestufe beantragt gewesen, keine rechtlichen Betreuungen eingerichtet oder Hilfen organisiert worden. Viele lebten trotz ihrer Einschränkungen (vgl. Tab. 2) noch allein im eigenen Haushalt. In den Interviews gaben die Mitarbeiter des KL-Dienstes an, dass hier eine Unterversorgung bestand, die in aller Regel aus einer mangelnden Krankheitseinsicht der Betroffenen und einer Überforderung der Angehörigen resultierte. Unter den Patienten, die im Krankenhaus behandelt wurden, ist der Anteil alleinlebender und nicht eingestufte Personen deutlich geringer. Dieser Umstand wurzelt darin, dass allein ein Viertel der Patienten im Krankenhaus Heimbewohner sind. Von den Krankenhauspatienten, die noch zu Hause wohnen, nimmt – vergleichbar mit den Erfahrungen des ambulanten KL-Dienstes – mit 31% nur knapp ein Drittel die Hilfe eines ambulanten Dienstes in Anspruch. Zudem liegt beim Erstkontakt nur für 28% dieser Patienten eine rechtliche Regelung vor (Tab. 3).

So stellt sich die Situation zu Beginn der Intervention wie folgt dar: es handelt sich im Hinblick auf die Alters- und Geschlechtsverteilung sowie im Hinblick auf die gerontopsychiatrischen Erkrankungen um eine vergleichbare Patientengruppe. Unterschiede zeigen sich in der Ausprägung des dementiellen Syndroms und der körperlichen Einschränkungen. Im Krankenhaus hat der KL-Dienst – vergleichbar mit dem ambulanten Bereich – häufig mit noch nicht diagnostizierten Demenzen zu tun. Für die KL-Dienste, die Pflegeheime betreuen, scheint vor allem die Kombination aus mittelschweren bis schweren Demenzformen mit Verhaltensstörungen und erheblichen körperlichen Einschränkungen eine Herausforderung darzustellen. Im ambulanten Bereich trifft der KL-

Dienst beim Erstkontakt häufig auf Hilfearrangements, die durch Unterversorgung geprägt und am Rande ihrer Belastbarkeit sind. Solche Probleme bestätigen sich bei den demenzkranken Krankenhauspatienten, die noch zu Hause wohnen. Zudem ist im Hinblick auf die Versorgungslage zu ergänzen, dass quer durch alle Segmente ein Großteil der Patienten – teilweise ungeeignete – Psychopharmaka einnimmt. Aus den geschilderten Punkten lässt sich ein Handlungsbedarf ableiten, an den die Interventionen des KL-Dienstes anknüpfen können. In der Folge wird dargelegt, wie sich diese Interventionen ausgewirkt haben.

3.2 Wirkungen auf medizinischer Seite

Die Wirkungen auf der medizinischen Ebene können anhand der Längsschnittdaten überprüft werden. Sowohl die Heimbewohner als auch die ambulanten Patienten konnten sich im Hinblick auf die vorgenommenen psychometrischen Testungen in aller Regel verbessern, wobei die Verbesserungen im Heimbereich noch deutlicher ausfallen. Dies betrifft z.B. die Clinical Global Impression (CGI), bei der sich rund 70% der Heimbewohner und 56% der ambulanten Patienten verbessert haben. Diese Tendenz zeigt sich auch beim Psychopathologischen Status, bei dem rund 73% der Bewohner und 61% der ambulanten Patienten durchschnittlich bessere Werte zeigten. Die Fortschritte betreffen vor allem nicht kognitive Dimensionen wie Affektivität (55% der Bewohner bzw. 39% der ambulanten Patienten verbessert), Selbst-/Fremdgefährdung (50% bzw. 40%), produktiv-psychotische Symptomatik (47% bzw. 31%) sowie Antrieb/Psychomotorik (45% bzw. 32%). Der körperliche Status blieb bei der Mehrheit (60% der Bewohner und 57% der ambulanten Patienten) unverändert, jeweils rund ein Fünftel der Kranken hat sich verbessert.

Für die Arbeit des Krankenhaus-KL-Dienstes ist es vor dem Hintergrund der mit dem Klinikaufenthalt verbundenen Risiken für demenzkranke Patienten bereits als Erfolg zu bewerten, wenn sich im Rahmen des Aufenthalts keine Verschlechterungen ergeben, sondern der zum Zeitpunkt der Einweisung festgestellte Zustand erhalten werden kann. Dieses Ziel wurde bei den Krankenhauspatienten häufig erreicht, und es ist bei einem Teil der Patienten sogar gelungen, Verbesserungen zu erzielen. So konnte z.B. der Barthel-Index bei 63% der Patienten stabil gehalten werden, mehr als ein Fünftel der Patienten hat sich verbessert (22%).

Ein relevanter Teil der vom KL-Dienst behandelten Krankenhauspatienten leidet unter Orientierungsstörungen, darunter vor allem unter einer mangelnden Orientierung zur Person (74,1%) und zur Situation (47,6%). Weniger verbreitet sind hingegen zeitliche Desorientierung (19,6%) und örtliche Desorientierung (42,0%). Solche Orientierungsstörungen können sowohl im Rahmen einer Demenz als auch infolge eines Delirs auftreten. Dabei sind aus Sicht des Krankenhauspersonals insbesondere Störungen der situativen Orientierung brisant, weil eine Verkennung der Situation zu massiven Verweigerungen, aggressivem und selbstgefährdendem Verhalten führen kann. Orientierungsstörungen haben sich bei 64% nicht verändert, bei mehr als einem Viertel der Patienten (26%) haben sich (in der Regel leichte) Verbesserungen ergeben. Diese betreffen insbesondere die örtliche Orientierung (bei 29% verbessert) und die situative Orientierung (bei 22% verbessert).

Insbesondere im Krankenhausbereich ist zudem ein Fortschritt hinsichtlich der Identifizierung unerkannter Demenzen und Delirien zu verzeichnen. Vom KL-Dienst wurde dort bei 43% der Patienten die Erstdiagnose „Demenz“ gestellt. Darüber hinaus wurde bei 31% der konsiliarisch behandelten Patienten ein Delir diagnostiziert. Auch der Ausschluss einer Demenz, der bei 13,3% der Patienten erfolgt ist, erfüllt eine wichtige Funktion, weil er die Möglichkeit eröffnet, andere psychische Störungen, etwa eine Depression, gezielt zu behandeln.

In allen Segmenten wirkte sich die Liaisonarbeit auf eine Optimierung der medikamentösen Einstellung aus. Allerdings sind deutliche Unterschiede in der Reichweite der Veränderungen erkennbar. Mit 53% der eingeschlossenen Patienten hat am häufigsten der Krankenhaus-KL-Dienst in die Medikation eingegriffen. Bei 74% dieser Patienten wurde ein Medikament, meist ein Antidementivum, neu verordnet. Zudem hat der Liaisonarzt bei der Hälfte der Patienten ein als ungeeignet eingeschätztes Medikament – in der Regel ein hochpotentes Neuroleptikum, ein internistisches Medikament oder ein Antidepressivum – entsprechend den Empfehlungen der PRISCUS-Liste abgesetzt. In den Heimen und bei den ambulanten Fällen konnte der KL-Dienst den niedergelassenen Ärzten aus rechtlichen Gründen lediglich Empfehlungen für eine Veränderung der Medikation aussprechen. Solche Empfehlungen wurden für 40% der Heimbewohner und für 32% der ambulanten Patienten formuliert und von den Haus- oder Fachärzten in jeweils 89% bzw. 83% der Fälle umgesetzt. Die Empfehlungen im Heimbereich beinhalteten meist eine Neuverordnung oder Dosiserhöhung für Antidementiva (26%), Antide-

pressiva (30%) sowie für atypische Neuroleptika (26%). Empfehlungen für das Absetzen eines Medikaments oder für eine Dosisreduzierung bezogen sich auf hoch- und niedrigpotente Neuroleptika (18%) und auf Benzodiazepine (16%). Im ambulanten Bereich wurden vor allem Neuverordnungen von Antidementiva (33%), Antidepressiva (26%) oder atypischen Neuroleptika (31%) vorgeschlagen. Aufgrund begrenzter Ressourcen war es nicht möglich, mit der Fülle von zuständigen niedergelassenen Ärzten der ambulanten Patienten in einen intensiven Austausch über das Absetzen von als ungeeignet eingeschätzten Medikamenten einzutreten.

3.3 Wirkungen auf sozialer und pflegerischer Seite

Im Hinblick auf die Wirkungen sozialer und pflegerischer Interventionen sind in erster Linie Aspekte der Versorgungssicherheit zu beleuchten, wie der Abbau von Unterversorgung oder die Stabilisierung der informellen und/oder professionellen Betreuungspersonen.

Bei den ambulanten Patienten waren die Beratung der Angehörigen und die Vermittlung von entlastenden Hilfen oder von Schulungsmaßnahmen zentrale Leistungen des KL-Dienstes. In der Hälfte der Fälle wurde ein ambulanter Dienst neu einbezogen. Ein Viertel der Kranken bezog nach der Intervention (zusätzlich) Essen auf Rädern und jeder Zehnte nahm die Leistung einer Tagespflege in Anspruch. Wenn beim Erstbesuch aufgefallen war, dass – trotz Bedarf – noch keine Pflegeeinstufung erfolgt war, wurde diese vom KL-Dienst veranlasst, was rund ein Drittel der Patienten betraf. Dies galt auch für die Regelung der Rechtsvertretung, die in 38% der Fälle in die Wege geleitet wurde. Insgesamt konnte die Akzeptanz unterstützender Hilfen erheblich gesteigert werden. In einer schriftlichen Angehörigenbefragung (N=48) äußerten sich über 90% der Befragten als (sehr) zufrieden mit der Beratung. Dabei resultierte die Zufriedenheit insbesondere aus den Leistungsbereichen „Tipps zum Umgang“, „Informationen zum Krankheitsbild“ und „entlastende Gespräche“.

Weniger intensiv als im ambulanten Bereich verlief das Hilfemanagement bei den Krankenhauspatienten. Immerhin konnte für 10% derjenigen Personen, die nach Hause entlassen wurden, ein ambulanter Dienst vermittelt werden. In mehr als einem Viertel der Fälle wurden zudem Schritte zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung eingeleitet. Ein Aufgabenschwerpunkt des Krankenhaus-KL-Dienstes bestand hingegen in der de-

menzbezogenen Qualifizierung der somatischen Ärzte und Pflegekräfte durch Fortbildungen und Fallbegleitungen. Eine schriftliche Befragung der Teilnehmer (N=40) ergab eine ausnahmslos hohe Zufriedenheit mit dem Angebot. Alle äußerten zudem, durch die Qualifizierung Anregungen für die Praxis erhalten zu haben.

Bei den Heimpatienten bestand kein Bedarf, weitere Hilfen zu organisieren. Dafür stand analog zum Krankenhaus die Aufgabe im Fokus, das Pflegepersonal für den Umgang mit demenzkranken Patienten zu qualifizieren. In einer schriftlichen Befragung des Heimpersonals (N=70) gaben über die Hälfte der Pflegekräfte an, durch die Leistungen des KL-Dienstes habe es positive Effekte auf die Vermeidung von Fixierungen gegeben, was auf eine sensiblere Haltung zu diesem Thema und auf einen Lernfortschritt in Richtung alternativer Strategien für den Umgang mit herausforderndem Verhalten schließen lässt. Die Mehrheit (60%) stellte eine höhere Zufriedenheit der Angehörigen fest und rund die Hälfte sah auch die eigene Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst. Von Entlastungseffekten durch die Arbeit des KL-Dienstes berichteten immerhin noch über 40% der Pflegekräfte. Im Hinblick auf die Bedeutung der vom KL-Dienst erbrachten mitarbeiterbezogenen Leistungen wurden vor allem die Fortbildungen (94%), die Tipps zum Umgang (94%) und die Fallbesprechungen (93%) als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ bewertet.

3.4 Hinweise auf ökonomische Wirkungen

Der Nachweis ökonomischer Wirkungen ist sowohl für den Krankenhaus-Liaisondienst als auch für den Liaisondienst, der ambulante Patienten und Heimbewohner betreut, ein wichtiges Ziel, weil beide Projekte noch keine Regelfinanzierung erreichen konnten. Um ökonomische Effekte abschätzen zu können, müssen zunächst die Kosten der Liaisonarbeit beziffert werden. Für den Krankenhausliaisondienst wurde eine exakte Berechnung des Aufwands der unterstützenden Leistungen für die vier beteiligten Allgemeinkrankenhäuser durchgeführt. Danach belaufen sich die Kosten pro Klinik auf rund 95.000 Euro pro Jahr, die im Wesentlichen durch Honorare für Konsile, Fortbildungen und Fallbegleitungen sowie aus nicht unerheblichen Aufwendungen für die notwendigen Freistellungen des Krankenhauspersonals für Fortbildungs- und Kooperationszeiten entstehen. Die Kosten des KL-Dienstes für Patienten in der eigenen Häuslichkeit und für Heimbewohner wurden anhand des erfolgten Personaleinsatzes geschätzt. Dem-

nach belaufen sich die Kosten sowohl im ambulanten Bereich als auch für in die Begleitung von insgesamt fünf Pflegeheimen jeweils auf rund 100.000 Euro pro Jahr.

Den aufgelisteten Kosten sind die Einsparungen gegenüber zu stellen: Nach einer Berechnung der Projektbeteiligten werden pro vermiedener Einweisung in eine psychiatrische Klinik bei üblicher Verweildauer von 20 Tagen Kosten von rund 5.560 Euro eingespart. Von vermiedenen Heimunterbringungen profitiert vor allem der Sozialhilfeträger. Legt man eine durchschnittliche Altersrente zugrunde, werden pro vermiedener Heimunterbringung – gemittelt über die drei Pflegestufen – Kosten von 15.350 Euro eingespart. Auf der Grundlage dieser Berechnungen kann man nun beziffern, ab welcher ökonomischen Schwelle sich die Kosten für die Liaisontätigkeit amortisieren. Pro vom KL-Dienst betreutem Heim müsste es demnach gelingen, drei bis vier Einweisungen in psychiatrische Kliniken pro Jahr zu verhindern. Für die ambulante Liaisontätigkeit müssten 18 Krankenhauseinweisungen oder sechs bis sieben Heimunterbringungen pro Jahr vermieden werden. Der Krankenhaus-KL-Dienst müsste 17 erneute Krankenhauseinweisungen nach Entlassung der Patienten oder sechs Heimunterbringungen im Jahr verhindern.

Wie im dritten Artikel der Promotionsarbeit ausgeführt, ist der exakte Nachweis kostensparender ökonomischer Effekte der sektorübergreifenden Liaisonarbeit auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene bisher noch nicht gelungen. Vielversprechende Studien beziehen sich vor allem auf den Krankenhaussektor. Auch aus der vorliegenden Promotionsarbeit lassen sich jeweils nur Hinweise auf sektorübergreifende kostensparende Wirkungen ableiten: Aus der Dokumentation des KL-Dienstes für ambulante Patienten geht hervor, dass die häusliche Betreuungssituation in zwei Dritteln der Fälle stabilisiert werden konnte, während sich die Angehörigen bei einem Drittel der betreuten Patienten für einen vom KL-Dienst begleiteten Wechsel in ein Pflegeheim entschieden haben. Dabei handelte es sich meistens (rund 60%) um alleinlebende Demenzkranke, bei denen kein tragfähiges ambulantes Netz aufgebaut werden konnte. Im Krankenhaus wurden von den 108 bei Aufnahme noch zu Hause lebenden Patienten zwölf in ein Pflegeheim entlassen. Insgesamt konnten rund 74% der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt direkt in die häusliche Versorgung zurückkehren. Bei den hohen Kosten, die mit einer Heimunterbringung verbunden sind, ist davon auszugehen, dass durch die KL-Dienste demzufolge erhebliche Mittel eingespart werden. Um diese näher zu beziffern, sind kontrollierte Studien erforderlich.

Das gilt auch für den Nachweis von Einsparungen, die sich durch eine Vermeidung von Krankenhauseinweisungen ergeben. In zwei der vom KL-Dienst betreuten Heime wurde eine Statistik über die Zahl der Krankenhauseinweisungen geführt. Die Daten sprechen dafür, dass die Amortisationsschwelle von drei bis vier vermiedenen Einweisungen sogar überschritten wird. Aus der internen Aufnahmeliste der Gerontopsychiatrischen Klinik, an die der KL-Dienst angegliedert ist, ergeben sich für die Gruppe der ambulanten Patienten weitere Hinweise auf vermiedene Krankenhauseinweisungen. Dort ist dokumentiert, dass bei den 176 ambulanten Patienten in drei Modelljahren 36 Einweisungen durch niedergelassene Ärzte nicht beansprucht worden sind, weil die Patienten vom KL-Dienst ambulant behandelt werden konnten. Dazu kommen vermiedene Krankenhauseinweisungen im Vorfeld schriftlicher Einweisungen, die jedoch empirisch nicht belegt sind. Von den vom Krankenhaus-KL-Dienst behandelten 146 Patienten wurden nur fünf im Anschluss in eine andere Klinik verlegt. Es liegen jedoch keine Vergleichszahlen vor, die eine präzise Abschätzung der Kosteneffekte ermöglichen würden.

4. Diskussion

Mit der vorliegenden Promotionsarbeit sollte geprüft werden, inwiefern es gelingt, durch gerontopsychiatrische KL-Dienste die Behandlungs- und Versorgungsqualität von Demenzkranken in der eigenen Häuslichkeit, in Heimen und im Krankenhaus zu verbessern und ob durch die Interventionen Versorgungsbrüche durch Einweisungen in Krankenhäuser oder kriseninduzierte Umsiedlungen in Pflegeheime reduziert werden können. Dabei ist zu betonen, dass die Promotionsarbeit als explorative Pilotstudie angelegt war, deren Ergebnisse mit einer kontrollierten Folgestudie zu erhärten wären. In diesem Rahmen wären auch weitere Schwächen der Untersuchung zu beheben, wie z.B. die Tatsache, dass die psychometrischen Testungen nicht von einer unabhängigen Person, sondern vom KL-Arzt durchgeführt wurden. Auch handelt es sich streng genommen nicht um einen „echten“ Prä-Post-Vergleich mit definierten Messzeitpunkten, weil die Behandlungsdauern entlang des Hilfebedarfs variierten, sondern eher um eine retrospektive Bewertung von Veränderungen nach Erfüllung des festgelegten Maßnahmenplans bzw. bei Entlassung aus dem Krankenhaus.

Dennoch hat die vergleichende Analyse eine Vielzahl substantieller Hinweise erbracht, dass demenzkranke Patienten unabhängig vom Versorgungssegment in verschiedener

Hinsicht von den Interventionen profitieren. Im medizinischen Bereich wird dies durch die Ergebnisse der psychometrischen Testungen verdeutlicht. Zudem lassen sich in allen Segmenten, insbesondere aber für die Krankenhauspatienten, deutliche Wirkungen auf eine verbesserte Identifizierung von Demenzen und Delirien sowie auf eine leitlinienkonforme Medikation ableiten. Im Hinblick auf die Versorgungssicherheit konnten vor allem die ambulanten Patienten durch den Aufbau zusätzlicher Unterstützung und durch die Beratung der Angehörigen profitieren. Sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim konnte das Setting in erster Linie durch die Qualifizierung und Begleitung des Pflegepersonals stabilisiert werden. Zudem lässt sich schließen, dass bei volkswirtschaftlicher Betrachtung durch die Interventionen Finanzmittel eingespart werden können. Dies betrifft die Vermeidung frühzeitiger Heimunterbringungen sowie die Verhinderung von Krankenhauseinweisungen.

Der Vergleich hat darüber hinaus den Blick dafür geschärft, dass der Erfolg der Liaisonarbeit je nach Versorgungssegment von unterschiedlichen Faktoren abhängen kann. So ist z.B. zu berücksichtigen, dass von den KL-Diensten differierende Zielgruppen erreicht werden, an die das Leistungsprofil anzupassen ist. Im ambulanten Sektor und im Krankenhaus bezieht sich die Intervention häufig auf erstmals diagnostizierte Fälle, bei denen ein hoher, multiprofessionell zu bearbeitender Beratungsbedarf auftritt. Damit treten die Entlastung und Unterstützung der Angehörigen stärker in den Fokus der Interventionen. Solche komplexen und zeitaufwendigen Beratungsaufgaben, die in die ambulante Versorgung hineinreichen, sind von Krankenhaus-KL-Diensten in aller Regel aufgrund fehlender Zeitressourcen nicht leistbar und müssen über Kooperationen mit klinikexternen Instanzen abgedeckt werden. Für die ambulante KL-Arbeit gilt zudem, dass häusliche Hilfeleistungen nur dann auf eine tragfähige Basis gestellt werden können, wenn alle professionellen und informellen „Versorger“ an einem Strang ziehen. Der Aufbau solcher vernetzter Hilfesysteme ist mit einem hohen kommunikativen Aufwand verbunden. Zudem stellt sich die Frage, bei welcher Stelle die jeweilige Fallverantwortung angesiedelt werden soll. Hier müssen Lösungen gefunden werden, wie die Zusammenarbeit von KL-Diensten, Pflegestützpunkten und niedergelassenen Ärzten strukturiert werden kann. Für das Krankenhaus gilt zudem, dass aufgrund der hohen Prävalenz präventive, diagnostische und therapeutische Strukturen für ein Delir-Management aufgebaut werden müssen.

Pflegeheime und Krankenhäuser versorgen zunehmend Demenzkranke mit schweren Verhaltensauffälligkeiten, bei denen eine fachliche Begleitung des Personals dringend geboten ist. Damit Interventionen wie Fortbildungen und Fallbegleitungen eine optimale Wirkung zeigen können, müssen die Leitungskräfte der Kliniken und Einrichtungen die Arbeit von KL-Diensten unterstützen. Dies betrifft z.B. die Schaffung von Strukturen für einen geregelten Informationsfluss oder das Einräumen von Zeitfenstern für die Kooperation.

Neben den genannten Aspekten hat der Vergleich vor allem zwei strukturelle Probleme von KL-Diensten verdeutlicht, die einer Lösung zugeführt werden sollten:

Öffnung der Behandlungsoption für KL-Dienste: Nur die im Krankenhaus tätigen KL-Dienste dürfen direkt in die medikamentöse Behandlung eines Patienten eingreifen. Damit ist jedoch nicht abgesichert, dass der niedergelassene Arzt die vorgeschlagene Therapie nach der Entlassung weiterführt. Bei ambulanten Patienten und Heimbewohnern liegt die Fallverantwortung beim jeweiligen niedergelassenen Arzt und die KL-Ärzte müssen sich als fachliche Berater verstehen, sofern hier auf regionaler Ebene keine gesonderten Vereinbarungen getroffen wurden. Da die KL-Dienste nicht behandeln dürfen, sind sie darauf angewiesen, dass die zuständigen Ärzte ihre Empfehlungen übernehmen. Auch für eine Behandlung in schnell zu organisierenden Hausbesuchen durch den KL-Dienst, die in Krisensituationen Krankenseinweisungen vermeiden könnten, gibt es keine rechtliche Grundlage. Während es in den Pflegeheimen offenbar besser gelingt, zu der vergleichsweise geringen Zahl an zuständigen Nervenärzten einen vertrauensvollen Kontakt aufzubauen, der eine abgestimmte Verbesserung der Medikation ermöglicht, ist dies im ambulanten Bereich mit der Vielzahl dort involvierter Ärzte schwerlich möglich. Dies hat im beschriebenen Projekt dazu geführt, dass sich die medikamentöse Empfehlung bereits an einer antizipierten Umsetzbarkeit orientierte. Wenn die Effektivität in diesem Bereich gesteigert werden soll, muss über geeignete Versorgungsverträge Rechtssicherheit über Behandlungsoptionen geschaffen werden.

Sektorübergreifender Ansatz: Es ist deutlich geworden, dass die Wirkungstiefe der KL-Arbeit durch die Begrenzung auf ein Versorgungssegment eingeschränkt wird. Damit z.B. eine im Krankenhaus begonnene Therapie oder ein Hilfemanagement auch nach der Entlassung kontinuierlich verfolgt werden kann, müssen Krankenhaus-KL-Dienste von ihrem Ansatz her in die ambulante Versorgung eingebunden sein und enger mit den dortigen Prozessverantwortlichen kooperieren. Es gilt also, sektorübergreifende

Ansätze zu entwickeln, in denen KL-Dienste unter konsequenter Einbeziehung der regionalen Beratungs- und Pflegeanbieter sowie der niedergelassenen Ärzte patientenorientierte und nachhaltig wirkende Hilfenetze aufbauen können. Diese Schnittstelle systematisch zu entwickeln, dürfte ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Arbeit künftiger KL-Dienste sein.

5. Literatur

1. Bickel H. Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2010. (Accessed November, 28, 2013 at http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_10.pdf)
2. Statistisches Bundesamt. Projektionen des Personalbedarfs und –angebots in Pflegeberufen bis 2015. Wiesbaden, 2010
3. Pantel J, Grell A, Haberstroh J. Psychopharmakaverordnung in Heimen. PPT, 2010, 2:76-84
4. Zank S, Schacke C, Leipold B. Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von dementiell Erkrankten (LEANDER). ZGerPP, 2007; 4: 239-255
5. Grass-Kapanke B, Kunczik T, Gutzmann H. Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor (DIAS). Schriftenreihe DGGPP, Band 7. Berlin: Nümbrecht, 2008
6. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Köln: Asmuth, 2007
7. Kirchen-Peters S. Akutmedizin in der Demenzkrise. Chancen und Barrieren für das demenzfreundliche Krankenhaus. Saarbrücken: iso-institut, 2013
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management. 2010 (Accessed September, 2, 2013 at <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24121>)
9. Diefenbacher A. Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus – Geschichte, Aufgaben und Perspektiven eines psychiatrischen Arbeitsbereichs. Habilitationsschrift. Berlin, 2000
10. Holmes J, Montana C, Powell G et al. Liaison Mental Health Services for Older People: A Literature review, service mapping and in-depth evaluation of service models. Produced for the NCCSDO, 2010 (Accessed September, 2, 2013 at http://www.netscc.ac.uk/hedr/files/project/SDO_FR_08-1504-100_V01.pdf)
11. Kessler J, Markowitsch H J, Denzler P. Mini-Mental-Status-Test (MMST). Göttingen: Beltz Test GmbH, 2000
12. National Institute of Mental Health. Clinical Global Impressions. Guy W (Hrsg.) ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Maryland: 217-222, 1976
13. AMDP. Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe, 2007
14. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 56-61
15. Hestermann et al. Validation of a German version of the Confusion Assessment Method for delirium detection in a sample of acute geriatric patients with a high prevalence of dementia. Psychopathology 2009; 42: 270-276

Anteilerklärung

Sabine Kirchen-Peters hatte folgende Anteile an den vorgelegten Publikationen:

Publikation 1:

„Brauchen Pflegeheime gerontopsychiatrische Liaisondienste? Ergebnisse einer Pilotstudie in fünf Pflegeheimen“

Sabine Kirchen-Peters, Rosa Adelinde Fehrenbach, Albert Diefenbacher (2012)

Psychiatrische Praxis 1: 14-20

DOI: 10.1055/s-0031-1276836

Peer-reviewed; Impact Factor (2012) = 1,618

Anteil: 90%

Beitrag im Einzelnen:

- Konzeptentwicklung
- Entwicklung der Instrumente
- Auswertung und Aufbereitung der Daten
- Manuskript (Erstautorin)
- Bearbeitung Review-Verfahren

Publikation 2:

„Wie arbeiten ambulante Konsiliar- und Liaisondienste und was bewirken sie?“

Sabine Kirchen-Peters, Rosa Adelinde Fehrenbach, Albert Diefenbacher (2012)

Psychiatrische Praxis 8: 394-399

DOI: 10.1055/s-0032-1327187

Peer-reviewed; Impact Factor (2012) = 1,618

Anteil: 90%

Beitrag im Einzelnen:

- Konzeptentwicklung
- Entwicklung der Instrumente
- Auswertung und Aufbereitung der Daten
- Manuskript (Erstautorin)
- Bearbeitung Review-Verfahren

Publikation 3:

„Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz?“

Sabine Kirchen-Peters, Albert Diefenbacher (2013)

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (noch nicht gedruckt)

DOI: 10.1007/s00391-013-0561-1

Peer-reviewed; Impact Factor (2012) = 0,736

Anteil: 90%

Beitrag im Einzelnen:

- Konzeptentwicklung
- Entwicklung der Instrumente
- Auswertung und Aufbereitung der Daten
- Manuskript (Erstautorin)
- Bearbeitung Review-Verfahren

Saarbrücken, 11. November 2013

Sabine Kirchen-Peters

(Unterschrift)

Publikation 1

„Brauchen Pflegeheime gerontopsychiatrische Liaisondienste? Ergebnisse einer Pilotstudie in fünf Pflegeheimen“

Sabine Kirchen-Peters, Rosa Adelinde Fehrenbach, Albert Diefenbacher (2012)

Psychiatrische Praxis 1: 14-20

[DOI: 10.1055/s-0031-1276836](https://doi.org/10.1055/s-0031-1276836)

Publikation 2

„Wie arbeiten ambulante Konsiliar- und Liaisondienste und was bewirken sie?“

Sabine Kirchen-Peters, Rosa Adelinde Fehrenbach, Albert Diefenbacher (2012)

Psychiatrische Praxis 8: 394-399

[DOI: 10.1055/s-0032-1327187](https://doi.org/10.1055/s-0032-1327187)

Publikation 3

„Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz?“

Sabine Kirchen-Peters, Albert Diefenbacher (2013)

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (noch nicht gedruckt)

[DOI: 10.1007/s00391-013-0561-1](https://doi.org/10.1007/s00391-013-0561-1)

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Form meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

- Kirchen-Peters S, Fehrenbach R A, Diefenbacher A. Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz? Z Gerontol Geriatr 2013; DOI: 10.1007/s00391-013-0561-1 (in Druck)
- Kirchen-Peters S. Das demenzfreundliche Krankenhaus: eine Utopie? Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 9. Berlin: 213-218, 2013
- Hielscher V, Nock L, Kirchen-Peters S, Blass K. Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Springer: Wiesbaden, 2013
- Kirchen-Peters S. Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. iso-Institut: Saarbrücken, 2013
- Nock L, Hielscher V, Kirchen-Peters S. Zwischen Anspruch und Marktdruck. Pflege im Branchenvergleich. Mabuse, 2013; 1: 43-45
- Kirchen-Peters S, Hielscher V. Expertise „Nationale Demenzstrategien“. Vergleichende Analyse zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Deutschland. iso-Institut: Saarbrücken, 2012
- Kirchen-Peters S, Fehrenbach R A, Diefenbacher A. Brauchen Pflegeheime gerontopsychiatrische Liaisondienste? Ergebnisse einer Pilotstudie in fünf Pflegeheimen. Psychiat Prax, 2012; 1: 14-20
- Kirchen-Peters S, Fehrenbach R A, Diefenbacher A. Wie arbeiten ambulante Konsiliar- und Liaisondienste und was bewirken sie? Psychiat Prax, 2012; 8: 394-399
- Kirchen-Peters S. Der lange Weg zum demenzfreundlichen Krankenhaus - Barrieren und Gestaltungschancen. Bettig U, Frommelt M, Lerner D u.a. (Hg.). Management Handbuch Pflege. Ordner E 2100: 1-34., Heidelberg, 2011
- Kirchen-Peters S. Der lange Weg zum demenzfreundlichen Krankenhaus. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 8. Berlin: 215-222, 2011
- Kirchen-Peters S. Stolperstein demenzkranker Patient. Warum es so schwierig ist, ein Krankenhaus demenzsensibel auszurichten. KU, 2010; 12: 20-22
- Blass K, Kirchen-Peters S. Anerkennung und Professionalisierung der beruflichen Altenpflege. Fenzl C, Spöttl G, Howe F, Becker M (Hg.). Berufsarbeit von morgen in gewerblich-technischen Domänen. Forschungsansätze und Ausbildungskonzepte für die berufliche Bildung. Bielefeld: 364-369, 2009
- Fehrenbach R A, Buchholz H, Groß K, Nowinski V, Kempfer R, Köhler W, Kirchen-Peters S. Das Modellprojekt "Beratung von Angehörigen und Heimen" - Ein Ansatz zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Stadtverband Saarbrü-

- cken. Adler G, Gutzmann H, Haupt M. u.a. (Hg.): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression - Demenz - Versorgung. Stuttgart: 275-282, 2009
- Fehrenbach, R A, Nowinski V, Kirchen-Peters S, Herz-Silvestrini D, Grahn E, Jost S. Auswirkungen eines dementengerechten Betreuungskonzeptes in einer Heimeinrichtung. Adler G, Gutzmann H, Haupt M. u.a. (Hg.): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression - Demenz - Versorgung. Stuttgart: 196-203, 2009
- Kirchen-Peters S. Akutversorgung Demenzkranker im Allgemeinkrankenhaus - Krankheitsbezogenes Kompetenznetz. Adler G, Gutzmann H, Haupt M. u.a. (Hg.): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression - Demenz - Versorgung. Stuttgart: 227-232, 2009
- Kirchen-Peters S, Blass K. Zur Arbeitssituation des Heimpersonals: Zwischen Marktdruck und Menschlichkeit. *arbeitnehmer*, 2009; 2: 9
- Blass K, Geiger M, Kirchen-Peters S. AIDA- Arbeitsschutz in der Altenpflege. *iso-instituts*: Saarbrücken, 2008
- Kirchen-Peters S. Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst - Pioniere warten auf Nachahmer. *Z Gerontol Geriatr*, 2008; 6: 467-474
- Kirchen-Peters S. Gerontopsychiatrisches Modellprojekt der SHG „Beratungsdienst für Angehörige und Heime“. *iso-Institut*: Saarbrücken, 2008
- Kirchen-Peters S (2007): Demenzkranke im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 6. Berlin: 187-190, 2007
- Kirchen-Peters S. Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste vor dem Durchbruch? Neubewertung eines Modellprojekts vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform. In: *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* 2007; 3: 220-223
- Kirchen-Peters S. Lösungen für eine bessere Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus. *Alzheimer Info*, Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. 2007; 4: 3-4
- Geiger M, Kirchen-Peters S. Kurzzeitpflege vor der Reform. Perspektiven eines Versorgungsbausteins. *iso-Institut*: Saarbrücken, 2007
- Kirchen-Peters S. Beratung von Angehörigen und Qualifizierung professionell Pflegenden im Bereich Demenz. Ein Beispiel dafür, wie praxisnahe Forschung und konzeptgeleitete Umsetzung ineinander greifen können. Pohlmann M, Zillmann T (Hg.): *Beratung und Weiterbildung. Fallstudien, Aufgaben und Lösungen*. München, Wien: 181-189, 2006

- Kirchen-Peters S. Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. iso-Institut: Saarbrücken, 2005
- Kirchen-Peters S. Der gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst am Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu. iso-Institut (Hg.): Im Fokus: Menschen mit Demenz. Innovation durch Kooperation im BMGS-Modellprogramm. Saarbrücken: 85-103, 2005
- Kirchen-Peters S. Wie fördert man die demenzbezogene Kompetenz in einer Region? Die weitere Umsetzung des Saarlouiser Konzeptes. Landkreis Saarlouis: Saarbrücken, 2005
- Kirchen-Peters S. Zur Nachahmung empfohlen. Erfolgreiches Modellprojekt „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“ entlastet die Pflege. KU, 2005; 8: 663-664
- Kirchen-Peters S. Es rechnet sich. Erfolgreiches Modellprojekt zur besseren Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter. KU, 2004; 2: 111-112
- Kirchen-Peters S. Beraten und qualifizieren. Ein saarländisches Projekt formuliert Arbeitshilfen zur besseren Versorgung demenzkranker Menschen. Häusliche Pflege, 2003; 4: 32-35
- Kirchen-Peters S. Liaisonmodell: Unterstützung durch Profis. KU, 2003; 3: 182-184
- Kirchen-Peters S. Qualifizierung professionell Pflegender und Hilfen für pflegende Angehörige. Verbesserung der Hilfen für Demenzkranke im Landkreis Saarlouis. Landkreis Saarlouis: Saarbrücken, 2002
- Kirchen-Peters S. Die Versorgung Demenzkranker – Bestandsaufnahme und Lösungsansätze aus dem Modellprogramm. iso-Institut (Hg.): Zehn Jahre BMG-Modellprogramm. Saarbrücken: 158-186, 2001
- Kirchen-Peters, S. „Früher waren Demenzkranke unter meiner Würde“. Bestandsaufnahme der Versorgungssituation Demenzkranker am Beispiel des Landkreises Saarlouis. Landkreis Saarlouis: Saarbrücken, 2000

Selbständigkeitserklärung

Ich, Sabine Kirchen-Peters, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Untersuchung der Wirkungen von Leistungen gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienste auf die Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus, in der ambulanten Versorgung und im Pflegeheim“ selbständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die ich in der Anteilserklärung angegeben habe. Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Saarbrücken, 11. November 2013

Sabine Kirchen-Peters

(Unterschrift)

Danksagung

Zunächst möchte ich mich für die Unterstützung bei der Datengenerierung durch die Träger der Modellprojekte bedanken. Zu nennen sind Frau Dr. Rosa-Adelinde Fehrenbach und ihr Team von den SHG Kliniken Saarbrücken sowie Herr Thomas Jungen von der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der am Projekt Dem-i-K (Demenz im Krankenhaus) beteiligten Kliniken. Ein Dank geht zudem an Herrn Manfred Klein vom St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen für die Berechnung der Kosten für Heim- und Krankenhausunterbringungen.

Mein persönlicher Dank richtet sich an meine Kollegin Dorothea Herz-Silvestrini und an Dr. Volker Hielscher für die wertvollen Anregungen und die moralische Unterstützung im gesamten Prozess der Dissertation.

Herzlichen Dank auch an meinen Betreuer Prof. Dr. Albert Diefenbacher, der mir stets ein wichtiger Gesprächspartner bei allen fachlichen Fragen gewesen ist. Nochmals ein Dank an Frau Dr. Fehrenbach, die mir bei zwei der drei Artikel als Koautorin bedeutsame Impulse gegeben hat.

Schließlich bedanke ich mich herzlich bei meinen Eltern und bei meiner Tochter Juliane, dass sie mir die Zeitpuffer für die Dissertation geschaffen haben.