

7. Anhang

Erfassungsbogen I

Stammdaten und konsiliarische Empfehlung (Euro QA- CL modif.)

Code (Studiennummer): _____ Gruppe (freilassen) _____ Konsil- Datum: ____ . ____ . _____

Patient: _____ Geburtstag: ____ . ____ . _____ (1) männlich (2) weiblich

(1) ledig (2) verheiratet (3) geschieden (4) verwitwet
(9) ?

Aktuelle Lebenssituation: (1) allein (2) mit Partner (3) allein mit Kind(ern)
(4) mit Partner und Kind(ern) (5) mit Eltern (6) Mehrgenerationen (7) in Institution

(8) obdachlos (9) ? (10) sonst.

Beschäftigungsstatus: (1) ganztägig (2) teilzeit (3) arbeitslos (4) Rente
(5) behindert (6) Hausfrau/mann (7) in Ausbildung (9) ? (10) sonst.

CL- Konsiliar: _____ Überweiser: _____ Überweisende Abteilung: _____

Aufnahme: ____ . ____ . ____ Überweisung: ____ . ____ . ____ Entlassung: ____ . ____ . ____

Überweisende Station: _____

Klebe- Etikett bzw. Aufnahmenummer (Medicare):

Wohnort:

(1) Berlin Lichtenberg/Hohenschönhausen
(2) Berlin anderer Bezirk
(3) Außerhalb Berlins (9) ?

Krankenkasse:

(1) AOK oder Ersatzkasse
(2) Privatversichert (9) ?

Überweisungsangaben:

Dringlichkeit: (1) Routine (2) heute (3) innerhalb 1h (cito)

Anforderung: (1) schriftlich (2) verbal (3) beides

Ist der Patient über das Konsil informiert? (n) (j) (?)

Ungestörte Gesprächsmöglichkeit (n) (j) (?)

Genügend Informationen in CL- Anforderung (n) (j) (?)

Weitere psychosoziale Dienste informiert (n) (j) (?)

Der wichtigste Überweisungsanlaß:

(1) Suizidalität
(2) ungeklärte Symptome/psychogene Ätiologie
(3) Missbrauch psychotroper Substanzen
(4) aktuelle psychiatrische Symptomatik
(5) Coping/ Compliance

- (6) Psych. Anamnese
- (7) Geschäftsfähigkeit
- (8) Therapieempfehlung
- (9) (?)
- (10) Sonstiges

Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung vor Aufnahme:

| | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|-----|
| Frühere ambulante psych. Behandlung | (n) | (j) | (?) |
| Frühere stationäre psych. Behandlung | (n) | (j) | (?) |
| Aktuelle ambulante psych. Behandlung | (n) | (j) | (?) |
| Ist der Patient dem CL-Dienst bekannt | (n) | (j) | (?) |

Suizidalität:

| | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|-----|
| Frühere Suizidversuche | (n) | (j) | (?) |
| Ist Suizidversuch Anlass der Aufnahme | (n) | (j) | (?) |
| Akute Selbstmordgedanken (MADRS) | — | | (?) |
| (0- keine; 6- aktive Vorbereitung) | | | |
| DSH anamnestisch | (n) | (j) | (?) |
| DSH aktuell | (n) | (j) | (?) |

Relevante psychosoziale Belastungen: (multiple)

- (1) Probleme innerhalb primärer Bezugsgruppe
- (2) Probleme in Verbindung mit sozialer Umgebung
- (3) Probleme in Verbindung mit Ausbildung
- (4) Probleme in Verbindung mit Arbeit/Arbeitslosigkeit
- (5) Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen
- (6) Probleme der ökonomischen Verhältnisse
- (7) Probleme mit Zugang zur Gesundheitsversorgung
- (8) Probleme in Verbindung mit Rechts-/Gesetzsystem
- (9) Probleme in Bewältigung einer somatischen Erkrankung
- (10) sonstige psychosoziale oder Umfeldprobleme

Einschätzung der sozialen Beeinträchtigung (0-5): _____

Wesentlicher Grund der sozialen Beeinträchtigung:

- (1)- psychisch; (2)- somatisch; (3)- somatisch/psychisch

Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung (0-5): _____

Berufliche Funktionsfähigkeit (0-5): _____

Familiäre Funktionsfähigkeit (0-5): _____

andere soziale Rollen /Aktivitäten (0-5): _____

(0- keine; 5- dauerhafte schwere Beeinträchtigung)

Mobilität: (n) (j) (red.) (?) bewusstseinsklar: (n) (j) (red.) (?)

Psychiatrische Diagnosen (ICD 10)

(n) keine (j) ja (v) Verdachtsdiagnosen

1. _____(G) (V) 2: _____(G) (V) 3. _____ (G) (V)

(gesichert=G, Verdacht=V)

Somatische Diagnosen (vorläufig verbal oder ICD 10)

(n) keine (j) ja (v) Verdachtsdiagnosen

1. _____ 2: _____ 3. _____
 (zu V oder G keine Stellungnahme im Einzelnen)

Diagnostik (vom Konsiliar selbst durchgeführt oder angeordnet): (multiple)

- (1) unspez./allgemein (2) biomedizinisch (Labor etc.) (3) psychometrische Untersuchungen
 (4) Information von vorstat. Behandlungen (5) Informationen vom sozialen Umfeld (Familie)
 (10) sonstige - wenn ja, welche

Stationäre Medikation:

Psychotrope Medikamente im Jahr vor der Aufnahme: (n) (j) (?)

Status und Veränderung der Medikation beim ersten Konsil (multiple)

| | bereits verschrieben | v. Konsiliar verändert | v. K. neu verschrieben |
|--------------------|----------------------|------------------------|------------------------|
| Atyp. Neuroleptika | (2) | (2) | (2) |
| Typ. Neuroleptika | (3) | (3) | (3) |
| TZA | (4) | (4) | (4) |
| SSRI | (5) | (5) | (5) |
| SONAD | (6) | (6) | (6) |
| Benzodiazepine | (7) | (7) | (7) |
| Lithium/VPA/CBZ | (8) | (8) | (8) |
| Antidementiva | (9) | (9) | (9) |
| sonstige | (10) | (10) | (10) |

wenn „sonstige“: welche?

Psychologische Intervention (face to face)

(multiple)

| | Patient | Soz. Sys/Familie | Team |
|-------------------------------|---------|------------------|------|
| Unspezifische Intervention | | | |
| Information/psychoedukativ | (1) | (1) | (1) |
| Beratung/emot. Unterstützung | (2) | (2) | (2) |
| Spezifische Intervention | | | |
| kognitiv/behavioral | | | |
| Entspannung/Hypnose | (3) | (3) | (3) |
| interpretativ/psychodynamisch | (4) | (4) | (4) |

Spezielle Interventionen: (multiple)

- (1) Integration verschiedener anderer psychosozialer Dienste
 (2) Management auf der Station (Pflegetechnik, Umgang mit Suizidgefährdeten)
 (3) Begutachtung (Geschäftsfähigkeit etc.)
 (4) Motivierung für psychiatrische Weiterbehandlung
 (5) Gesamtgruppe/teamzentrierte Intervention
 (6) CL- Schwester

(10) Sonstige, wenn ja, welche

Kommunikation (face-to-face) und Zeitaufwand (multiple)

Gesamtzeit: _____min

Mit Patient: _____min

Mit Arzt: (2) vor (3) während (4) nach Konsil _____min

Mit Pflege: (2) vor (3) während (4) nach Konsil _____min

Mit Familie: (2) vor (3) während (4) nach Konsil _____min

Weiterer Zeitbedarf (Akteneinsicht, Dokumentation usw.): _____min

Eintrag in Patientenakte? (n) (j) Arztbrief an Überweiser? (n) (j)

Empfohlene Weiterbehandlung: (n) keine (j) ja (v) Verschoben
 wenn ja, spezifizieren: (multiple) (1) Psychiatrisch ambulant (2) Psychiatrisch stationär
 (3) Suchtbehandlung (4) CL- Abteilung ambulant (5) Cl- Abteilung stationär
 (6) Hausarzt (10) sonstige, wenn ja, welche.....

Psychiatrische Weiterbehandlung aktiv eingeleitet/geplant? (n) (j)

Kommunikation mit poststationärem

somatischen Behandler? (1) keine (2) Brief (3) verbal (4) beides

psychiatrischem Behandler? (1) keine (2) Brief (3) verbal (4) beides

Follow-up geplant?: (n) (j) (?) Datum: _____

Uhrzeit: _____

Hausarzt vorhanden: (j) (n)**Patient einwilligungsfähig:** (j) (n)**Patient kooperativ:** (j) (n)**Amtsbetreuung:** (j) (n)**Kooperative Kontaktperson:** (j) (n)**Psychiatrische Vorerkrankung(en) bekannt:** (j) (n) (?)

Wenn ja, welche

ICD10: F _____ F _____ F _____

Konsiliarische Empfehlung für die ambulante Behandlung:**Empfehlungen für die ambulante Behandlung gegeben:** (j) (n) (v)
=verschoben

Wenn ja, welche:

Psychiatrische Medikation empfohlen: (j) (n)**Empfohlene (psychiatrische) Medikamente inkl. Tagesdosis:**
(multiple) Name: Dosis/d:

Name: Dosis/d:

Name: Dosis/d:

Name: Dosis/d:

Psychotherapie: (multiple) (1) VT (2) Psychodynamische PT (3) Paartherapie (4) IPT
 (5) Entspannungsverfahren (7) Suchttherapie
 (6) Supportive Gespräche/Psychoedukation (Hausarzt)
 (8) Krisendienst (9) keine (10) sonst. (welche): _____

Sozialpsychiatrisch: (multiple) (1) Überleitung in TWG (2) EBW
 (3) Tagesstätte (4) Sozialstation (5) Kurzzeitpflege
 (6) Pflegeheimüberleitung (7) Amtsbetreuung (8) SpD (9) keine (10) sonst. (welche): _____

Diagnostik: (multiple) (1) Bildgebung (v.a. CCT) (2) Elektrophysiologie (v.a. EEG)
 (3) Laboruntersuchungen (4) Testpsychologische Untersuchung
 (9) keine (10) sonst. (welche): _____

Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie:

- (1) Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie durch Hausarzt zeitnah
- (2) Überweisung, wenn keine Besserung oder sogar Verschlechterung nach ca. 4-6 Wochen
- (3) Überweisung zur PIA der C-L Abteilung
- (9) keine (10) sonst. (welche): _____

HADS1 liegt vor: (j) ja (n) nicht ausgefüllt

Wenn ja: SCORE A _____ D _____

Einwilligungserklärung liegt vor: (1) ja (2) nein

Ausschlusskriterien: (1) ja (2) nein

Wenn ja, welche (multiple): (1) nicht behandlungsbedürftig
 (2) nicht kommunikationsfähig
 (3) nicht einverstanden
 (4) kein Hausarzt
 (5) bestehende psychiatrische Weiterbehandlung ambulant
 (6) psychiatrische Weiterbehandlung stationär
 (7) ausschließlich nicht-ärztliche Weiterbehandlung (z.B. Krisendienst)
 (10) sonstiges

Eingegeben am: _____

von: _____

Erfassungsbogen EB II**Umsetzung der konsiliarischen Empfehlung durch anfordernden Stationsarzt nach Durchsicht der Epikrise**

Code (Studiennummer): _____ Gruppe: _____ Patient: _____

Konsil als solches erwähnt: (j) (n)**Psych. Diagnose erwähnt:** (j) (n)**Medikation:**

- (1) in Epikrise empfohlen
- (2) bereits auf Station angesetzt
- (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
- (4) andere Dosierung als empfohlen
- (5) in Epikrise nicht empfohlen/angesetzt
- (6) trotz Empfehlung nicht abgesetzt

Psychotherapie:

- (1) ambulante Psycho- oder Suchttherapie in der Epikrise empfohlen
- (2) Einleitung bereits von Station erfolgt
- (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
- (4) ambulante Psycho- oder Suchttherapie in der Epikrise empfohlen, aber unspezifisch
- (5) ambulante Psycho- oder Suchttherapie in der Epikrise nicht empfohlen

Sozialpsychiatrisch:

- TWG, EBW oder Tagesstätte:**
- (1) in Epikrise empfohlen
 - (2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) in Epikrise nicht empfohlen

- Sozialstation oder Kurzzeitpflege:**
- (1) in Epikrise empfohlen
 - (2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) in Epikrise nicht empfohlen

- Institutionalisierung in Pflegeheim:**
- (1) in Epikrise empfohlen
 - (2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) in Epikrise nicht empfohlen

- Amtsbetreuung:**
- (1) in Epikrise empfohlen
 - (2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt

(3) war nicht konsiliarisch empfohlen

(5) in Epikrise nicht empfohlen

SpD-Vorstellung:

(1) in Epikrise empfohlen

(2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt

(3) war nicht konsiliarisch empfohlen

(5) in Epikrise nicht empfohlen

Diagnostik:

Bildgebung:

(1) in Epikrise empfohlen

(2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt

(3) war nicht konsiliarisch empfohlen

(5) in Epikrise nicht empfohlen

Elektrophysiologie (v.a. EEG):

(1) in Epikrise empfohlen

(2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt

(3) war nicht konsiliarisch empfohlen

(5) in Epikrise nicht empfohlen

Laboruntersuchungen:

(1) in Epikrise empfohlen

(2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt

(3) war nicht konsiliarisch empfohlen

(5) in Epikrise nicht empfohlen

Testpsychologische Untersuchung:

(1) in Epikrise empfohlen

(2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt

(3) war nicht konsiliarisch empfohlen

(5) in Epikrise nicht empfohlen

Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie:

(1) in Epikrise empfohlen

(2) Einleitung bereits von Station aus erfolgt

(3) war nicht konsiliarisch empfohlen

(5) in Epikrise nicht empfohlen

Eingegeben am:

durch:

Erfassungsbogen III**Umsetzung der konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen durch den Hausarzt**

Code (Studiennummer): _____

Patient: _____

Datum des Follow-up-Versuchs: _____

Follow-up möglich?: (j) _____ (n) _____

Wenn nein: (1) Pat. wiederholt nicht erreichbar (2) Pat. Interview ab (3) rehospitalisiert
(drop out) (4) Hausarzt nicht kontaktiert oder gewechselt (5) Pat. verstorben
 (10) sonst.

Wenn ja: (1) Telefonisch (2) Persönlich (3) Kontaktperson befragt

Patientenzufriedenheit:
 (mit Umsetzung der psychiatrischen Empfehlung) (1) sehr zufrieden (2) zufrieden
 (3) eher unzufrieden (5) unzufrieden (9) keine Ang.

Medikation: Verordnung: (1) wie empfohlen angesetzt
 (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 (4) andere Dosierung als empfohlen
 (5) nicht angesetzt
 (6) empfohlenes Absetzen nicht erfolgt
 (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 (9) keine Angabe des Patienten
 (10) Verordnet, aber nicht durch Hausarzt (nicht verwertbar)

Wenn ja, welche:(multiple) (2) Atyp. Neuroleptika (3) Typ. Neuroleptika
 (4) TZA (5) SSRI (6) SONAD (7) Benzodiazepine
 (8) Lithium/VPA/CBZ (9) Antidementiva (10) sonstige

wenn „sonstige“: welche? _____

Verschriebene psychiatrische Medikamente inkl. Tagesdosis:

Name: Dosis/d: Name: Dosis/d:

Name: Dosis/d: Name: Dosis/d:

Psychotherapie oder Suchtberatung:

Verordnung oder supportive Gespräche: (1) durch Hausarzt
 (2) komplexe Empfehlung unvollständig umgesetzt
 (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 (5) nicht eingeleitet
 (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 (9) keine Angabe des Patienten
 (10) durch Pat. selbst oder Dritte

Wenn ja, welche: (1) VT (2) Psychodynamische PT (3) Paartherapie
(multiple) (4) IPT (5) Entspannungsverfahren (6) Supportive GT
 (7) Suchttherapie (8) Berliner Krisendienst (10) sonst.

Sozialpsychiatrisch:

TWG, EBW oder Tagesstätte: (1) durch Hausarzt
 (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 (5) nicht eingeleitet
 (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 (9) keine Angabe des Patienten
 (10) durch Pat. selbst oder Dritte

Sozialstation oder Kurzzeitpflege:

(1) durch Hausarzt
 (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 (5) nicht eingeleitet
 (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 (9) keine Angabe des Patienten
 (10) durch Pat. selbst oder Dritte

- Institutionalisierung in Pflegeheim:**
- (1) durch Hausarzt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) nicht eingeleitet
 - (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 - (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 - (9) keine Angabe des Patienten
 - (10) durch Pat. selbst oder Dritte
- Amtsbetreuung:**
- (1) durch Hausarzt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) nicht eingeleitet
 - (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 - (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 - (9) keine Angabe des Patienten
 - (10) durch Pat. selbst oder Dritte
- SpD-Vorstellung:**
- (1) durch Hausarzt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) nicht eingeleitet
 - (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 - (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 - (9) keine Angabe des Patienten
 - (10) durch Pat. selbst oder Dritte
- Diagnostik:
Bildgebung:**
- (1) erfolgt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) nicht erfolgt,
 - (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 - (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 - (9) keine Angabe des Patienten
 - (10) erfolgt, aber nicht auf Veranlassung des Hausarztes
- Elektrophysiologie (v.a. EEG):**
- (1) erfolgt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) nicht erfolgt,
 - (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 - (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 - (9) keine Angabe des Patienten
 - (10) erfolgt, aber nicht auf Veranlassung des Hausarztes
- Laboruntersuchungen:**
- (1) erfolgt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) nicht erfolgt,
 - (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 - (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 - (9) keine Angabe des Patienten
 - (10) erfolgt, aber nicht auf Veranlassung des Hausarztes
- Testpsychologische Untersuchung:**
- (1) erfolgt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) nicht erfolgt
 - (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 - (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 - (9) keine Angabe des Patienten
 - (10) erfolgt, aber nicht auf Veranlassung des Hausarztes
- Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie:**
- (1) erfolgt
 - (3) war nicht konsiliarisch empfohlen
 - (5) nicht erfolgt, obwohl ausdrücklich empfohlen
 - (7) vom Hausarzt verordnet, vom Patn abgelehnt
 - (8) für Gruppe N: ging aus Epikrise nicht hervor
 - (9) keine Angabe des Patienten
 - (10) erfolgt, aber nicht auf Veranlassung des Hausarztes
 - (11) nicht erfolgt, Empfehlung war nur optional
- HADS 2:** A: _____ D: _____
- Eingegeben am:** _____ **durch:** _____

Erfassungsbogen EB IV**Zusatzfragen: Meinungsbild der Hausärzte**

Code Nr.: _____

Name des Arztes: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum des Telefonats: _____

Umfrage:

„Wenn bei einem ihrer Patienten eine Depression oder Angststörung festgestellt worden ist-würden Sie zunächst selbst einen Behandlungsversuch unternehmen oder sollte der Patient nach ihrer Meinung gleich in eine ambulante psychiatrische Behandlung überwiesen werden?“

A: Eigener Behandlungsversuch

B: Ambulanter Psychiater

C: Sonstiges _____

„Welche Form der Übermittlung des psychiatrischen Befundes bevorzugen Sie?“

A: Einarbeitung in Epikrise der internistischen Abteilung

B: Konsiliarischer Befund gesondert beigefügt

C: Telefonische Übermittlung

D: Sonstiges _____

Anmerkungen:

Eingegeben am: _____

durch: _____

Erklärung

„Ich, Ronald Burian, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema:

„Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus und ambulante Hausarztbehandlung -
Lässt sich durch eine verbesserte Kommunikation die Konkordanz von Hausärzten
gegenüber konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen erhöhen?“

selbst verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt,
ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer
Arbeiten dargestellt habe.“

01.08.2007

Ronald Burian

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht mit veröffentlicht.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bedanken bei:

- Herrn Prof. Dr. Albert Diefenbacher, der als Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des KEH die Studie und die Fertigstellung dieser Arbeit großzügig unterstützt und mit inspirierenden Ideen vorangebracht hat.
- meinen Kollegen, aus dem Konsiliar- und Liaisondienst des KEH, die durch ihr Engagement bei der Untersuchung und beim Einschluss von Studienpatienten zum Gelingen der Studie beigetragen haben.
- Frau Dr. Brigitte Wegner vom Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie der Charite Berlin für die aufmerksame und kluge Art, mit der sie mich sicher durch den Datenschwung gelehrt und mir die Freude am selbständigen Arbeiten mit statistischen Programmen vermittelt hat.
- Frau Kathrin Breitenfeldt, Fachärztin für Allgemeinmedizin, für die „interdisziplinären Diskussionen“ über diese Arbeit.
- Frau Dr. Ute Golombek für die Beratung und wertvolle praktische Tipps.
- Frau Jennifer König und Herrn Dr. Ralf Korzendorfer von der Abteilung Informationstechnologie, sowie Herrn Thomas Wendler von der Abteilung Controlling des KEH für die Hilfe bei der technischen Umsetzung der Datensammlung.
- den Mitarbeiterinnen des Sekretariatsbereiches, allen voran Frau Kerstin Herrmann, ohne deren organisatorisches Talent bei der Koordination des Konsiliar- und Liaisondienstes des KEH eine wissenschaftliche Arbeit „neben“ der Regelversorgung nicht möglich gewesen wäre.
- den Mitarbeitern der Bibliothek des KEH, besonders bei Frau Tittel und Frau Schwebe für die Hilfe bei der Bereitstellung der Fachliteratur.
- meiner Familie, die mich in den vier Jahren dieser Studie unterstützt und mich um manche Alltagsverpflichtung erleichtert hat, insbesondere aber auch meinen Eltern und meiner Tochter Hannah für das mühevoll Korrekturlesen der Arbeit.