

# Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Verlag und Copyright:**

Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags



# Trialogische Evaluierung eines gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes

## Trialogical Evaluation of a Gerontological Psychiatric Consulting and Liaison Service

### Autoren

Martin Böhm<sup>1</sup>, Barbara Stiglbauer<sup>2</sup>, Gisela Öhlinger<sup>1</sup>, Martin Weichbold<sup>3</sup>, Birgit Weichbold<sup>1</sup>, Gernot Koren<sup>1</sup>, Werner Schöny<sup>1</sup>

### Institute

<sup>1</sup> pro mente Oberösterreich, Linz/Österreich

<sup>2</sup> Institut für Pädagogik und Psychologie, Johannes Kepler Universität Linz/Österreich

<sup>3</sup> Abteilung Soziologie und Kulturwissenschaft, Paris Lodron Universität Salzburg/Österreich

### Schlüsselwörter

- Lebensqualität
- Konsiliar- und Liaisondienste
- Gerontopsychiatrie
- Psychiatrie-Triialog
- Sozialpsychiatrie

### Keywords

- quality of life
- gerontopsychiatric liaison
- gerontological psychiatry
- psychiatry triialogue
- social psychiatry

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1552672>  
 Online-Publikation: 9.7.2015  
 Psychiatr Prax 2016; 43: 421–428  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadresse

**Mag. Martin Böhm**  
 pro mente Oberösterreich  
 Abteilung  
 Qualitätsmanagement  
 Lonstorferplatz 1  
 A-4020 Linz  
 boehmm@promenteoee.at

### Zusammenfassung

**Ziel der Studie:** Das vorgestellte Projekt zeigt die Effekte eines gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes (K&L) auf Pflegeheimbewohner und das Betreuungsteam auf.

**Methode:** Die Implementierung des K&L wurde anhand eines quasi-experimentellen Designs im

### Einleitung

Mit dem stetigen Anstieg der Lebenserwartung in der Bevölkerung steigt die Zahl derjenigen, die erhöhten Pflegebedarf und Unterstützung im Alter benötigen [1–3]. Die zunehmende Nachfrage an Betreuungsangeboten führt im Sozial- und Gesundheitsbereich dazu, neue Modelle der Versorgung zu erproben bzw. zu installieren [4]. Im Bereich der Altenpflege scheint das klassische Alten- und Pflegeheim ausgedient zu haben, denn zu heterogen ist mittlerweile die Gruppe der Heimbewohner [5]. Die körperlichen Mehrfachbeeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit sowie die hohe Prävalenz an psychischen Erkrankungen (vorwiegend – 69% – Demenz) bei den Bewohnern [6] bringen neue Herausforderungen für die Pflegekräfte und die ärztliche Versorgung mit sich. Die (fach-)ärztliche Versorgung der (insbesondere an Demenz erkrankten) Heimbewohner weist häufig starke Mängel auf [7, 8]. Beispielsweise werden insgesamt nur etwa ein Drittel der Bewohner von neurologischen und psychiatrischen Fachkräften erreicht, obwohl Heimbewohner häufiger als der Durchschnitt der Bevölkerung von Krankheiten betroffen sind, die idealerweise von Fachärzten behandelt werden müssten (z. B. Depression oder Parkinson) [9].

Eine der Antworten auf diese veränderten Herausforderungen für Pflegekräfte und die Mängel in der fachärztlichen Versorgung von Heimbewohnern stellt die Installation eines *gerontopsy-*

Längsschnitt aus Bewohner-, Pflege-, Arzt- und Angehörigenperspektive mittels quantitativer und qualitativer Methoden evaluiert.

**Ergebnisse und Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse liefern Evidenz für die positiven Effekte von K&L, v. a. in Hinblick auf das „Gemeinsame Handeln“ im Betreuungsteam.

*chiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes* (K&L-Dienst) dar, mit dem eine regelmäßige Präsenz des Konsiliars (Facharzt für Psychiatrie) und der Einsatz eines multidisziplinären Teams (z. B. gerontopsychiatrisch ausgebildete Pflegekräfte und Ergo-Therapeuten, Sozialarbeiter etc.) verbunden ist [10]. Mit diesen multiprofessionellen Teams sollen die praktischen Ärzte, Pflegekräfte und Angehörigen unterstützt und hinsichtlich gerontopsychiatrischer Problemstellungen beraten werden [11]. Insgesamt verspricht man sich eine Qualitätsverbesserung hinsichtlich medizinischer Versorgung und Betreuung der Bewohner, eine Entlastung der Pflegekräfte sowie Kosteneinsparungen, und dies wird auch mittlerweile von internationalen Erfahrungen und Erkenntnissen aus Modellprojekten in Deutschland bestätigt [12–14]. In Österreich gibt es publizierte Erfahrungen mit einem Modellprojekt zur mobilen gerontopsychiatrischen Betreuung älterer Menschen mit depressiven Störungen in Graz. Die Ergebnisse zeigen u. a., dass durch mobile Abklärung und Betreuung Gesundheitskosten eingespart und positive Effekte hinsichtlich Lebensqualität, stationärer Aufenthaltsdauer und psychiatrischer Symptomatik erzielt werden können [15]. Das hier vorgestellte Projekt soll weitere Evidenz für den Nutzen von gerontopsychiatrischen K&L-Diensten liefern. Der K&L-Dienst in diesem Projekt beinhaltet neben der Möglichkeit der Hinzuziehung psychiatrischer Expertise auch die Implementierung einer kontinuierlich stattfindenden

Tab. 1 Übersicht über die Stichproben.

Stichprobe	Variablen	EG <sub>1</sub>	EG <sub>2</sub>	KG
Untersuchungsheime	Heimträger	öffentlich	öffentlich	privat
	Aufnahmekriterien	keine	ab Pflegestufe 4	keine
	Anzahl Pflegeplätze	34	43	37
	Anzahl Pflegekräfte <sup>a</sup>	20	39	13
Heimbewohner bei Projektstart	Anzahl (% weiblich)	25 (80,0 %)	44 (70,5 %)	34 (61,8 %)
	Alter in Jahren	44 – 92 (MW = 73,2; SD = 15,2)	46 – 99 (MW = 79,9; SD = 11,1)	49 – 98 (MW = 80,3; SD = 10,1)
	Häufigkeit F-Diagnosen	60,0 %	70,5 %	70,6 %
Heimbewohner, die für BESA-Auswertung herangezogen wurden	Anzahl (% weiblich)	24 (79,2 %)	25 (64,0 %)	21 (66,7 %)
	Alter in Jahren	44 – 92 (MW = 72,6; SD = 15,2)	46 – 99 (MW = 79,4; SD = 12,3)	61 – 98 (MW = 79,2; SD = 9,4)
	Häufigkeit F-Diagnosen	62,5 %	72,0 %	76,2 %
Onlinebefragung der Pflegekräfte	Rücklauf T1 und T2	10 (50,0 %)	17 (43,6 %)	12 (92,3 %)
	Rücklauf T1 – T3	5 (25,0 %)	6 (15,4 %)	9 (69,2 %)

<sup>a</sup> Mitarbeiter, die im Zeitraum April 2012 bis April 2013 in einem kontinuierlichen Dienstverhältnis zu den untersuchten Heimen standen.

Fallbesprechung und Fallsupervision sowie Schulungsmaßnahmen für Pflegekräfte. Dadurch sollen insbesondere Pflegekräfte im Umgang mit gerontopsychiatrischen Bewohnern (v.a. bzgl. herausforderndem oder aggressivem Verhalten der Bewohner [16–18]) unterstützt und in der interdisziplinären Zusammenarbeit gestärkt werden. Im Zentrum des Forschungsinteresses standen daher v.a. die Fragen, ob die Installierung eines gerontopsychiatrischen K&L-Dienstes in Alten- und Pflegeheimen in Vorarlberg (Österreich) a) zu einer Optimierung der *Zusammenarbeit* innerhalb des Betreuungsteams beiträgt und b) u.a. dadurch auch zu einer Verbesserung der *Lebensqualität* der Bewohner führt.

## Methoden

Im vorgestellten Projekt wurde in 2 Alten- und Pflegeheimen in Vorarlberg erstmalig ein gerontopsychiatrischer K&L-Dienst implementiert. Das Projekt wurde anhand eines quasi-experimentellen Designs im Längsschnitt evaluiert (April 2012 bis Jänner 2014): Die Verlaufsmessung erfolgte somit nicht nur in den beiden Heimen mit K&L-Dienst (Experimentalgruppen EG<sub>1</sub> und EG<sub>2</sub>), sondern auch in einem weiteren Alten- und Pflegeheim, in dem kein K&L-Dienst eingeführt worden ist (Kontrollgruppe KG). Die Auswahl der Heime für das Projekt erfolgte anhand eines Expertenvorschlags seitens des Auftraggebers (Land Vorarlberg). Bestimmungsmerkmale für die Vergleichbarkeit der Heime waren in erster Linie die Diagnosen der Bewohner und Größe der Heime. Die Experimentalheime und das Kontrollheim waren somit in Hinblick auf die Anzahl der Pflegeplätze und Geschlechterverteilung der Bewohner sowie den Anteil an Heimbewohnern mit F-Diagnosen annähernd vergleichbar (☉ Tab. 1). Der Altersdurchschnitt der Bewohner in einem der Experimentalheime war etwas geringer als in den beiden anderen Heimen (73 vs. 79 Jahre).

Im Sinne der Methodentriangulation [19] und eines „Psychiatrie-Trials“<sup>1</sup> erfolgte die Evaluierung über mehrere Zeitpunkte hinweg, unter Anwendung quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden und unter Rückgriff auf verschiedene Datenquellen bzw. Berücksichtigung verschiedener Perspektiven (☉ Tab. 2).

## Perspektive der Bewohner: Lebensqualität

Forschung zur Lebensqualität von Alten- und Pflegeheimbewohnern ist mit besonderen methodischen Herausforderungen konfrontiert [21] und wird oft mit der Frage der Pflegequalität verwechselt, obgleich verschiedene Untersuchungen zeigen, dass zwischen Lebens- und Pflegequalität kein starker Zusammenhang bestehen muss [22–24]. Für die Untersuchung der Lebensqualität in diesem Projekt wurde auf das von Schalock [25, 26] entwickelte Modell zurückgegriffen, welches folgende – mittlerweile in der Quality of Life-Forschung als zentral anerkannte – Faktoren der Lebensqualität definiert: *emotionales und körperliches Wohlbefinden* (z.B. Zufriedenheit, Selbstkonzept, Gesundheit, Aktivitäten des täglichen Lebens ATL), *soziale Partizipation* (z.B. Interaktion, Beziehungen, soziale Unterstützung, Integration) und *Unabhängigkeit* (z.B. persönliche Entwicklung, Selbstbestimmung, Rechte).

Um Informationen zu diesen Faktoren der Lebensqualität zu erhalten wurden vorhandene Daten aus den Assessment- (*Selbstauskünfte* der Bewohner) und Beobachtungsinstrumenten (*Fremdauskünfte* über die Bewohner durch Pflegekräfte<sup>2</sup>) des BESA-Dokumentationssystems analysiert (☉ Tab. 2). Über 1000 Variablen des Dokumentationssystems wurden mittels Experteneinschätzungen dem Lebensqualitätsmodell nach Schalock zugeordnet und anschließend statistisch überprüft. ☉ Tab. 3 liefert einen Überblick über die in den Analysen berücksichtigten Indikatoren.

Da nur von sehr wenigen Bewohnern Selbstauskünfte zu allen 3 Erhebungszeitpunkten vorlagen, konzentrieren sich die Verlaufsanalysen der Lebensqualität auf die Fremdeinschätzungen zu jenen 70 Bewohnern, für die zu allen 3 Zeitpunkten Daten aus dem Beobachtungsinstrument vorhanden waren (☉ Tab. 2). Hierzu ist anzumerken, dass die Fremdeinschätzungen der Pflegekräfte mit den Selbstauskünften der Bewohner v.a. im Bereich des emotionalen ( $\bar{r}=0,57$  für Zufriedenheit;  $\bar{r}=0,58$  für Wertlegung auf Äußeres;  $\bar{r}=0,63$  für Gesundheitsverhalten) und körperlichen Wohlbefindens ( $\bar{r}=0,49$  für Schmerzen/Schwindel;  $\bar{r}=0,56$  für ATL) relativ gut übereinstimmten. Eine teilweise geringere Übereinstimmung zeigte sich nur im Bereich der sozialen Partizipation ( $\bar{r}=0,28$  für Hilfsbereitschaft; aber  $\bar{r}=0,56$  für soziale Unterstützung). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass durch

<sup>1</sup> Unter Psychiatrie-Trialog wird das gleichberechtigte Berücksichtigen von Erfahrungen der Patienten, Angehörigen und Therapeuten verstanden. „Psychiatrie ist trialogische Psychiatrie – oder sie ist keine Psychiatrie.“ [20]

<sup>2</sup> Beobachterschulung wurde durchgeführt.

Tab. 2 Fragestellungen und deren Operationalisierung.

Operationalisierung		Fragestellungen	
Datenquellen	Erhebungsmethode <sup>a</sup>	Zielgruppe Bewohner: Wie entwickelt sich die Lebensqualität <sup>1</sup> der Heimbewohner im Zuge der Einführung eines K&L-Dienstes?	Zielgruppe Betreuungsteam: Wie entwickelt sich die Zusammenarbeit <sup>2</sup> im Betreuungsteam im Zuge der Einführung eines K&L-Dienstes?
Heimbewohner	BESA-Dokumentationssystem: Selbstbeurteilungen (EG <sub>1</sub> , EG <sub>2</sub> und KG) zu T1, T2, T3 <sup>b</sup>	x	
Pflegerkräfte	BESA-Dokumentationssystem: Fremdbeurteilungen (EG <sub>1</sub> , EG <sub>2</sub> , KG) zu T1, T2, T3 <sup>b</sup>	x	
	Onlinebefragung (EG <sub>1</sub> , EG <sub>2</sub> , KG) zu T1, T2, T3 <sup>c</sup>	x	x
	leitfadengestützte qualitative Interviews (je 5 in EG <sub>1</sub> , EG <sub>2</sub> und KG) zu T3 <sup>d</sup>	x	x
Ärzte	leitfadengestützte qualitative Interviews (2 Hausärzte und 1 Facharzt in EG <sub>1</sub> und EG <sub>2</sub> ) zu T3 <sup>d</sup>	x	x
Angehörige	leitfadengestützte Fokusgruppen (19 Angehörige in EG <sub>1</sub> und EG <sub>2</sub> ) zu T3 <sup>d</sup>	x	x

<sup>1</sup> Lebensqualität wurde in Bezug auf die Faktoren **emotionales und körperliches Wohlbefinden** (Zufriedenheit, Wertlegung auf Äußeres, Gesundheitsverhalten, Umgang mit Belastungen, Medikamente, Schmerzen, Schwindel, ATL), **soziale Partizipation** (Kontaktanzahl, Hilfsbereitschaft, soziale Unterstützung) und **Unabhängigkeit** (Bewusstseinsklarheit, Gedächtnis, Gestaltungsvermögen, Sicherheit) untersucht.

<sup>2</sup> Zusammenarbeit wurde insbesondere in Bezug auf die Faktoren **gemeinsame Sprache** und **gemeinsames Handeln** untersucht; die Pflegekräfte wurden darüber hinaus zum **Umgang mit gerontopsychiatrischen Patienten** und **Wissen über gerontopsychiatrische Diagnosen** befragt.

<sup>a</sup> EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe; T1 = Erhebungszeitpunkt 1 (Baseline, vor Einführung des K&L-Dienstes); T2 = Erhebungszeitpunkt 2 (unmittelbar nach Einführung des K&L-Dienstes); T3 = Erhebungszeitpunkt 3 (einige Monate nach Einführung des K&L-Dienstes); Einführung des K&L-Dienstes im Juni 2012.

<sup>b</sup> T1 = Juni 2011–Mai 2012 (Baseline); T2 = Juni 2012–Januar 2013; T3 = Februar–September 2013.

<sup>c</sup> T1 = April–Mai 2012 (Baseline); T2 = Januar–April 2013; T3 = Oktober 2013–Januar 2014.

<sup>d</sup> T3 = Oktober 2013.

die Fremdauskünfte auch ein wesentlicher Anteil der subjektiven Sicht der Bewohner auf ihre Lebensqualität erfasst wurde.

### Perspektive der Pflegekräfte: Zusammenarbeit

Um Veränderungen in der Zusammenarbeit im Betreuungsteam feststellen zu können, wurden alle Pflegekräfte der 3 Heime zu 3 Zeitpunkten mittels *Onlinefragebogen* befragt (☛ Tab. 2). Für die Auswertung wurden Daten aus den ersten beiden Erhebungen herangezogen ( $n=39$ ); zum dritten Messzeitpunkt lagen aufgrund des geringen Rücklaufs nicht ausreichend Daten vor (☛ Tab. 1). Der Onlinefragebogen umfasste 118 Items zu den Bereichen gemeinsame Sprache, Wissen über gerontopsychiatrische Diagnosen, Umgang mit gerontopsychiatrischen Patienten, gemeinsames Handeln und Angaben zur Person. ☛ Tab. 4 gibt einen Überblick über die Items und Antwortformate.

Um eine zusätzliche Validierung der Ergebnisse aus der Onlinebefragung zu erhalten und die quantitativen Daten zu ergänzen, wurden nach Abschluss der letzten Befragungswelle 15 leitfadengestützte qualitative Interviews durchgeführt (☛ Tab. 2). Die Leitfragen bezogen sich auf die Themen Lebensqualität der und Umgang mit den Bewohnern sowie Zusammenarbeit im Team und mit Fachärzten. Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse (Themen-Clusterung und Inbeziehungsetzen der Textelemente [27, 28]).

### Ergänzend: Perspektive der Angehörigen und Ärzte

In jeder der beiden EGN wurde eine leitfadengestützte Fokusgruppe mit Angehörigen der Bewohner zur Wirkung der Installation des gerontopsychiatrischen K&L-Dienstes durchgeführt (☛ Tab. 2). Darüber hinaus wurden auch mit 2 Hausärzten und einem Facharzt leitfadengestützte Interviews durchgeführt.

## Ergebnisse

☛ Tab. 5 zeigt die deskriptiven Statistiken der Indikatoren zur Lebensqualität der Bewohner und zum gemeinsamen Handeln der Pflegekräfte der 3 Heime im Projektverlauf.

### Perspektive der Bewohner: Lebensqualität

Insgesamt lassen die Verlaufsanalysen der BESA-Daten nur begrenzt Schlussfolgerungen bzgl. der Wirkungen des K&L-Dienstes auf die Lebensqualität der Bewohner zu, insbesondere deshalb, weil sich die 3 Heime bei den Lebensqualitätsindikatoren in den Baseline-Werte (T1) zum Teil erheblich unterschieden (☛ Tab. 5). Somit ist nicht eindeutig feststellbar, ob der Grund für eine Veränderung der Lebensqualität in der Einführung des K&L-Dienstes oder in den Unterschieden im Ausgangsniveau der Lebensqualität liegt. Davon abgesehen waren viele Effekte eher gering (Cohen's  $d < |0,20|$ ) und könnten somit Spontanfluktuationen darstellen. Stabile Effekte zeigten sich jedoch in folgenden Bereichen: In Hinblick auf das körperliche Wohlbefinden ließ sich bei den Bewohnern in beiden EGN eine unmittelbare Reduktion der Medikamentenanzahl infolge der Intervention erkennen ( $d_{[T1-T2]}=0,29$  bzw.  $0,37$ ). Ebenso verbesserten sich in beiden EGN Kurz- und Langzeitgedächtnis der Bewohner ( $d_{[T1-T3]}=-0,16$  bzw.  $-0,54$ ). Darüber hinaus nahm die Kontaktanzahl der Bewohner in der EG, in der die Kontaktanzahl zu T1 relativ gering war, über den Projektverlauf zu ( $d_{[T1-T3]}=-0,69$ ). In allen 3 Heimen konnte eine Zunahme der sozialen Unterstützung beobachtet werden ( $d_{[T1-T3]}=-0,22 - -0,31$ ).

Tab. 3 Operationalisierung der Lebensqualität durch das BESA-Dokumentationssystem.

Variablen <sup>a</sup>	Anzahl Items	Beispielitem	Antwortformat	Score <sup>b</sup>
<b>emotionales und körperliches Wohlbefinden:</b>				
Zufriedenheit (F/S)	6/6	Die Bewohnerin wirkt ... fröhlich./ Wie schätzen Sie Ihre Grundstimmung ein? ... fröhlich.	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	MW-Score ( $\alpha = 0,65 - 0,75$ / $\alpha = 0,56 - 0,84$ )
Wertlegung auf Äußeres (F/S)	1/1	Die Bewohnerin legt Wert auf ihr Äußeres./ Ist Ihnen Ihr Äußeres wichtig?	0 (nicht wichtig) – 4 (sehr wichtig)	Einzelitem
Gesundheitsverhalten (F/S)	8/7	Gibt es Hinweise darauf, dass die Bewohnerin etwas Bestimmtes tut, um ihre Gesundheit zu erhalten? ... auf Ernährung achten./ Tun Sie etwas für Ihre Gesundheit? ... auf Ernährung achten.	0 (nein) – 1 (ja)	Summenscore (0 = keines der genannten Aspekte; 7/8 = alle der genannten Aspekte)
Umgang mit Belastungen (F)	1	Die Bewohnerin kommt mit Veränderungen und belastenden Situationen in den letzten 3 Monaten zurecht.	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	Einzelitem
Anzahl Medikamente (F)	3	Die Bewohnerin nimmt Medikamente ... ein.	Anzahl Medikamente	Summenscore
Schmerzen (F/S)	1/1	Die Bewohnerin äußert Schmerzen. (-)/ Leiden Sie unter Schmerzen? (-)	0 (nein) – 1 (praktisch nie/einmal alle paar Tage) – 4/5 (praktisch immer)	Einzelitem
Schwindel (F/S)	1/1	Die Bewohnerin zeigt im vergangenen Monat Hinweise auf Schwindel. (-)/ Haben Sie Schwindel? (-)	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	Einzelitem
ATL: Nahrungsaufnahme (F/S)	1/1	Die Bewohnerin kann ohne Hilfsmittel vollkommen selbstständig essen und trinken./ Verwenden Sie Hilfsmittel beim Essen?	0 (nein) – 1 (ja)	Einzelitem
ATL: Fortbewegung, Körperpflege, Alltagsgestaltung (F/S)	4, 19, 7/6	Die Bewohnerin kann mit bzw. ohne Hilfsmittel Treppen steigen; ... Haare waschen; ... hält die Ordnung in ihrem Zimmer aufrecht bzw. führt den eigenen Haushalt./ Wie selbstständig benutzen Sie die Toilette?	0 (nicht möglich) – 4 (ohne Hilfe)	MW-Scores ( $\alpha = 0,82 - 0,84$ ; $\alpha = 0,98 - 0,99$ ; $\alpha = 0,75 - 0,81$ / $\alpha = 0,61 - 0,80$ )
<b>soziale Partizipation:</b>				
Kontaktanzahl (F)/ Kontaktzufriedenheit (S)	7/1	Die Bewohnerin pflegt Kontakte zu ... Kinder./  Sind Sie mit diesen Kontakten im Ganzen zufrieden?	0 (nein) – 1 (ja)/  0 (nicht zufrieden) – 4 (sehr zufrieden)	Summenscore (0 = keine der genannten Kontakte 7 = alle der genannten Kontakte)/  Einzelitem
Hilfsbereitschaft (F/S)	1/1	Die Bewohnerin ist anderen Personen behilflich./ Wie häufig sind Sie anderen Leuten behilflich?	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	Einzelitem
soziale Unterstützung (F/S)	1/1	Die Bewohnerin kann von ihren Angehörigen und Bekannten Unterstützung erwarten./ Wie häufig können Sie von nahestehenden Personen Unterstützung erwarten?	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	Einzelitem
<b>Unabhängigkeit:</b>				
Bewusstsein (F)	1	Die Bewohnerin war während der vergangenen Monate bei klarem Bewusstsein.	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	Einzelitem
Gedächtnis (F)	6	Die Bewohnerin verfügt über ein gutes Kurz- und Langzeitgedächtnis.	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	MW-Score ( $\alpha = 0,89 - 0,90$ )
Gestaltungsvermögen (F)	4	Die Bewohnerin kann selbstständig Entscheidungen treffen.	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	MW-Score ( $\alpha = 0,95$ )
Sicherheit (F)	1	Die Bewohnerin kann selber für ihre Sicherheit sorgen.	0 (praktisch nie) – 4 (praktisch immer)	Einzelitem

<sup>a</sup> F = Fremdbeurteilung durch Pflegekräfte; S = Selbsteurteilung durch Heimbewohner. Angaben vor dem Schrägstrich beziehen sich auf die Fremdbeurteilungen, Angaben nach dem Schrägstrich auf die Selbsteinschätzungen.

<sup>b</sup> Angaben zu den Reliabilitäten (Cronbach's  $\alpha$ ) beziehen sich auf den Bereich, in dem die Reliabilitäten bei den 3 Erhebungszeitpunkten lagen. MW = Mittelwert

### Perspektive der Pflegekräfte: Zusammenarbeit

Die Daten aus der Onlinebefragung zeigten konsistent positive Effekte des K&L-Dienstes im Bereich *gemeinsames Handeln* (Tab. 5): Vor allem in Bezug auf das gemeinsame Handeln mit den Angehörigen wiesen beide EGN infolge der Einführung des K&L-Dienstes deutlich bessere Werte auf ( $d_{(T1-T2)} = 0,89$  bzw.  $0,83$ ) als die KG ( $d_{(T1-T2)} = 0,43$ ). Ebenfalls positive, allerdings et-

was geringere Verbesserungen zeigten sich in der Zusammenarbeit mit den Kollegen im Team ( $d_{(T1-T2)} = 0,83$  bzw.  $0,33$  vs.  $-0,18$  in KG). Die Einführung des K&L-Dienstes führte somit v.a. zu einer Verbesserung im gemeinsamen Handeln zwischen den Angehörigen und Pflegekräften.

Keine eindeutige Schlussfolgerung über die Effekte des K&L-Dienstes sind in Hinblick auf die Dimensionen *gemeinsame Sprache/Kommunikation*, *Wissen über gerontopsychiatrische Diagno-*

**Tab. 4** Übersicht über die Bereiche und Items des Onlinefragebogens.

Variablen	Anzahl Items	Beispielitem	Antwortformat	Score <sup>a</sup>
<b>gemeinsame Sprache</b>				
Kommunikationsverhalten, um Informationen über den Bewohner zu erhalten	5	... rede ich mit KollegInnen im Team.	1 (oft) – 4 (nie)	Einzelitems/MW-Score ( $\alpha = 0,36/0,62$ )
Kommunikation mit ÄrztInnen	5	Meine Meinung wird in der Kommunikation mit den ÄrztInnen ... wertgeschätzt.	1 (trifft sehr zu) – 4 (trifft gar nicht zu)	Einzelitems/MW-Score ( $\alpha = 0,90/0,96$ )
Kommunikation mit Angehörigen	5	Meine Meinung wird ... mit den Angehörigen ... fachlich berücksichtigt.		Einzelitems/MW-Score ( $\alpha = 0,67/0,66$ )
Kommunikation mit Kollegen	5	Meine Meinung wird ... mit den Kollegen ... gleichberechtigt angenommen.		Einzelitems/MW-Score ( $\alpha = 0,77/0,70$ )
<b>Wissen über gerontopsychiatrische Diagnosen</b>				
Einschätzung von Wissen	3	Ich schätze mein Wissen zu den nachstehenden Krankheitsbildern wie folgt ein ... Demenz.	1 (sehr hoch) – 4 (sehr niedrig)	Einzelitems
Zuordnung von Symptomen	15	Bitte kreuzen Sie bei dem jeweiligen Symptom an, ob dies eher ein Anzeichen für Demenz, Delir oder Depression sein könnte bzw. nicht ist. (Für jedes Symptom ist nur eine Antwort möglich)... Schreien, Kreischen	1 (Demenz), 2 (Delir), 3 (Depression)	Summenscore korrekte Antworten
Aussagen über Demenz, Delir und Depression	9	Der Krankheitsbeginn eines Delirs ist schleichend.	1 (stimme zu) – 3 (weiß nicht)	Summenscore korrekte Antworten
<b>Umgang mit Patienten mit einer gerontopsychiatrischen Diagnose</b>				
Umgang in der Betreuungssituation <sup>b</sup>	13	Der Umgang ... bereitet mir Freude.	1 (trifft zu) – 4 (trifft nicht zu)	MW-Scores Beziehungs- ( $\alpha = 0,71/0,63$ ), Handlungs- ( $\alpha = 0,48/0,28$ ), Informationsaspekte ( $\alpha = 0,67/0,70$ )
Maßnahmen bei herausforderndem Verhalten (Realität/Wunsch)	16	Es gibt pflegerische Dokumentationsunterlagen mit klar formulierten Problemen, Zielen und Maßnahmen (= Handlungsvorschlägen).	1 (ja) – 4 (nein)	Einzelitems
Belastungsfaktoren <sup>b</sup>	25	... was hat Sie in den letzten drei Monaten am stärksten belastet? ... Verbale Beschimpfungen, Bedrohungen.	0 (kam nicht vor) – 4 (sehr stark belastet)	MW-Scores Kommunikative ( $\alpha = 0,91/0,91$ ), strukturelle ( $\alpha = 0,89/0,85$ ), empathische ( $\alpha = 0,83/0,83$ ), pflegerische ( $\alpha = 0,71/0,89$ ), emotionale Aspekte ( $\alpha = 0,81/0,86$ )
nichtmedikamentöse Therapiestrategien	3	Nennen Sie bitte Ihre 3 wichtigsten nicht-medikamentösen Therapiestrategien, die Sie in der Praxis anwenden.	offen	Auszählung
<b>gemeinsames Handeln</b>				
fachlich-inhaltliche Kooperation (IST-Stand)	5	Wie beurteilen Sie die fachlich-inhaltliche Kooperation mit ... Kollegen?	1 (sehr gut) – 4 (sehr schlecht)	Einzelitems
fachlich-inhaltliche Kooperation (SOLL-Stand)	5	Bitte kreuzen Sie an, wie wichtig Ihnen die Kooperation mit folgenden Personen und Institutionen wäre. ... Mit den Angehörigen	1 (wichtig) – 4 (unwichtig)	Einzelitems

<sup>a</sup> Angaben zu den Reliabilitäten (Cronbach's  $\alpha$ ) beziehen sich auf die ersten 2 Erhebungszeitpunkte. MW = Mittelwert

<sup>b</sup> Die angeführten Subskalen wurden durch Faktorenanalysen bestätigt.

sen und Umgang mit Patienten mit gerontopsychiatrischen Diagnosen möglich. Wie auch bei den Lebensqualitätsindikatoren (s.o.) unterschieden sich die untersuchten Heime auch hier in den Baseline-Werten (T1) erheblich voneinander. Zudem führte eine EG während des Pilotprojekts das Pflegemodell Mäeutik<sup>3</sup> ein. Die Ergebnisse in dieser Gruppe sind in allen Dimensionen besser.

In den qualitativen Interviews gaben bis auf eine Ausnahme alle Pflegekräfte der beiden EGN an, dass sich das Projekt positiv auf die Lebensqualität der Bewohner ausgewirkt hätte. Folgende weitere Aspekte hätten sich laut den Pflegekräften durch den K&L-Dienst verbessert: gemeinsames Handeln, Zusammenarbeit im Team, Verständnis für Bewohner, Selbstverständnis der Betreuungsarbeit, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Hin-

tergrundwissen, Stärkung des Pflegepersonals, Stärkung und Entlastung durch den Facharzt, Kooperation mit Ärzten (v.a. durch die Hinzuziehung eines zweiten Arztes – Arzt-Arzt-Ebene) und das Schaffen von geschützten Räumen.

<sup>3</sup> Im mäeutischen Modell werden verschiedene Methoden und Herangehensweisen in der erlebnisorientierten Pflege vor allem hinsichtlich der Punkte: Kontakt, Kreativität und Kommunikation integriert (z. B. Realitätsorientierungstraining, Validation, Sinnesaktivierung etc.). Ausgangspunkt und Ziel des mäeutischen Konzeptes ist der Kontakt und die Begegnung zwischen Pflegekraft und Bewohner. Das zugrunde liegende Menschenbild ist geprägt von der Verletzlichkeit des Menschen und dessen Abhängigkeit [29]. Inwieweit die Einführung des mäeutischen Modells zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt hat, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht geklärt werden.

**Tab. 5** Mittelwerte (Standardabweichungen) der Indikatoren für die Lebensqualität der Bewohner (BESA-Dokumentationssystem) und das gemeinsame Handeln im Team (Onlinefragebogen) in den Experimentalheimen (EG<sub>1</sub> und EG<sub>2</sub>) und im Kontrollheim (KG) zu den 3 Erhebungszeitpunkten (T1 – T3):

Variablen	EG <sub>1</sub> <sup>a</sup>			EG <sub>2</sub> <sup>b</sup>			KG <sup>c</sup>		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
<b>BESA-Dokumentationssystem: Lebensqualität Bewohner</b>									
<b>emotionales und körperliches Wohlbefinden</b>									
Zufriedenheit	2,34 (0,64)	2,51 (0,43)	2,33 (0,49)	2,29 (0,60)	2,18 (0,47)	2,15 (0,55)	2,21 (0,76)	2,22 (0,65)	2,17 (0,63)
Wertigkeit auf Äußeres	2,88 (1,33)	3,00 (1,22)	2,63 (1,38)	2,52 (1,26)	2,52 (1,16)	2,72 (1,34)	2,05 (1,53)	2,05 (1,32)	1,90 (1,45)
Gesundheitsverhalten	4,08 (1,53)	3,42 (2,12)	4,17 (2,24)	1,32 (1,77)	1,52 (2,00)	1,52 (1,83)	1,52 (2,06)	1,24 (2,00)	1,14 (1,85)
Umgang mit Belastungen	2,79 (1,22)	2,67 (1,17)	2,46 (1,38)	2,12 (1,30)	2,04 (1,17)	1,96 (1,31)	2,14 (1,35)	1,95 (1,36)	1,81 (1,40)
Anzahl Medikamente	<b>2,17 (1,69)</b>	<b>1,71 (1,49)</b>	2,33 (2,33)	<b>2,60 (2,02)</b>	<b>1,92 (1,47)</b>	2,16 (1,84)	2,29 (1,49)	2,05 (1,60)	2,00 (1,82)
Schmerzen	3,33 (1,76)	3,63 (1,66)	3,04 (1,83)	3,64 (1,50)	4,16 (1,21)	2,60 (1,44)	3,52 (1,44)	3,81 (1,36)	3,76 (1,26)
Schwindel	3,71 (0,55)	3,79 (0,51)	3,71 (0,55)	3,56 (0,71)	3,44 (0,96)	3,28 (1,06)	3,30 (0,98)	3,65 (0,81)	3,55 (0,89)
ATL: Nahrungsaufnahme	0,33 (-)	0,42 (-)	0,29 (-)	0,44 (-)	0,32 (-)	0,32 (-)	0,29 (-)	0,33 (-)	0,38 (-)
ATL: Fortbewegung	0,82 (0,83)	0,79 (0,81)	0,78 (0,85)	0,88 (0,78)	0,91 (0,78)	0,69 (0,77)	0,64 (0,91)	0,57 (0,79)	0,51 (0,78)
ATL: Körperpflege	1,37 (1,24)	1,50 (1,12)	1,32 (1,11)	1,48 (1,24)	1,31 (1,21)	1,26 (1,19)	1,23 (1,13)	0,99 (1,14)	0,98 (1,17)
ATL: Alltagsgestaltung	1,70 (0,89)	1,74 (0,87)	1,57 (0,93)	1,39 (0,75)	1,25 (0,82)	1,17 (0,65)	1,47 (0,90)	1,33 (0,89)	1,30 (0,91)
<b>soziale Partizipation</b>									
Kontaktanzahl	3,67 (1,43)	3,46 (1,38)	3,58 (1,35)	<b>1,80 (1,35)</b>	<b>2,32 (1,35)</b>	<b>2,80 (1,53)</b>	2,57 (1,99)	2,33 (1,28)	2,38 (1,28)
Hilfsbereitschaft	1,67 (1,90)	1,92 (1,89)	1,33 (1,69)	1,84 (1,75)	1,80 (1,76)	1,68 (1,75)	1,38 (1,72)	1,81 (1,89)	1,81 (1,89)
soziale Unterstützung	<b>2,29 (1,81)</b>	<b>2,17 (1,69)</b>	<b>2,75 (1,62)</b>	<b>3,04 (1,37)</b>	<b>3,12 (1,39)</b>	<b>3,44 (1,16)</b>	<b>2,76 (1,61)</b>	<b>3,14 (1,42)</b>	<b>3,10 (1,48)</b>
<b>Unabhängigkeit</b>									
Bewusstsein	3,83 (0,64)	3,79 (0,83)	3,92 (0,28)	3,84 (0,62)	3,56 (1,04)	3,76 (0,66)	3,29 (1,31)	3,57 (0,75)	3,57 (0,75)
Gedächtnis	<b>1,01 (0,78)</b>	<b>1,22 (0,83)</b>	<b>1,53 (1,11)</b>	<b>1,04 (0,82)</b>	<b>1,09 (0,89)</b>	<b>1,18 (0,94)</b>	1,22 (0,91)	1,20 (0,97)	1,13 (0,89)
Gestaltungsvermögen	2,80 (1,40)	2,88 (1,21)	2,67 (1,29)	1,82 (1,20)	1,65 (1,22)	1,72 (1,23)	2,02 (1,31)	1,80 (1,46)	1,71 (1,50)
Sicherheit	2,58 (1,77)	2,75 (1,78)	2,29 (1,65)	1,52 (1,58)	1,76 (1,71)	1,44 (1,50)	1,86 (1,93)	1,76 (1,84)	1,76 (1,84)
<b>gemeinsames Handeln</b>									
<b>sammenarbeit<sup>d</sup></b>									
den BewohnerInnen	1,80 (0,42)	<b>1,60 (0,84)</b>	(-)	1,82 (0,73)	2,00 (0,79)	(-)	1,75 (0,62)	2,00 (0,74)	(-)
den KollegInnen im Team	1,70 (0,48)	<b>1,30 (0,48)</b>	(-)	1,76 (0,44)	<b>1,59 (0,62)</b>	(-)	1,92 (0,51)	2,00 (0,43)	(-)
den Angehörigen	1,90 (0,32)	<b>1,50 (0,53)</b>	(-)	2,00 (0,35)	<b>1,65 (0,49)</b>	(-)	1,67 (0,78)	1,92 (0,29)	(-)
den ÄrztInnen	2,00 (0,82)	<b>1,40 (0,70)</b>	(-)	1,94 (0,83)	1,88 (0,78)	(-)	2,33 (0,89)	<b>1,75 (1,42)</b>	(-)
KollegInnen anderer Pflegeeinrichtungen	1,90 (0,74)	<b>1,60 (0,84)</b>	(-)	1,82 (0,73)	<b>1,65 (0,93)</b>	(-)	1,08 (1,00)	1,33 (1,07)	(-)

<sup>a</sup> EG<sub>1</sub> = Experimentalgruppe 1; n = 18 – 24 (BESA) bzw. n = 10 (Onlinebefragung).

<sup>b</sup> EG<sub>2</sub> = Experimentalgruppe 2; n = 16 – 25 (BESA) bzw. n = 17 (Onlinebefragung).

<sup>c</sup> KG = Kontrollgruppe; n = 18 – 21 (BESA) bzw. n = 12 (Onlinebefragung).

<sup>d</sup> Aufgrund des Umfangs der Onlinebefragung kann hier nur auf die Dimension „gemeinsames Handeln“ näher eingegangen werden. Informationen zu den anderen Bereichen können beim Erstautor nachgefragt werden.

## Ergänzend: Perspektive der Angehörigen und Ärzte



Zusammenfassend lassen sich die Bewertungen des Projektes aus Sicht der Angehörigen in 3 Bereiche gliedern:

1. Veränderungen, die wahrgenommen wurden,
2. Ängste und Befürchtungen aufgrund des Hinzuziehens eines Psychiaters und
3. Erwartungen und Wünsche an den K&L-Dienst.

Den Beginn der Veränderungen hat ein Angehöriger folgendermaßen wahrgenommen:

*„Das hat angefangen vor einem Jahr ungefähr. Und zwar habe ich das gemerkt. Ich war eigentlich immer scharf darauf, dass man den Facharzt immer mal dazuzieht. Das ist am Anfang harzig<sup>4</sup> gewesen (lacht) und plötzlich ging das dann zwei-/drei Mal ... einfacher. Ohne, dass ich da allzu viel dazu getan hätte.“ (Angehöriger, 15–21)*

Die Hinzuziehung eines Gerontopsychiaters wurde von den Angehörigen generell positiv wahrgenommen. Bedenken gab es v. a. hinsichtlich der Medikation – im Speziellen bzgl. der Medikamentenanzahl und der Auswirkungen der Medikamentenumstellung. Mehr Aufklärungsarbeit oder Informationsveranstaltungen könnten hier zukünftig Sorgen und Ängste der Angehörigen reduzieren.

Die Hausärzte äußerten in den Interviews die Vermutung, dass aufgrund des Projekts eine Verbesserung in der Zusammenarbeit im Team stattgefunden hätte. Auch eine Entlastung des Pflegeteams sei von den Ärzten wahrgenommen worden.

## Diskussion



Ziel des Projekts „Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen in Vorarlberg“ war es, Wirkungsweisen der Installierung eines gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes aufzuzeigen – v. a. hinsichtlich der *Lebensqualität* der Bewohner und der *Zusammenarbeit* innerhalb des Betreuungsteams (v. a. Pflegekräfte, aber auch Angehörige und Ärzte).

## Lebensqualität der Bewohner



Neun von 10 Pflegekräften beurteilten in den durchgeführten Interviews die Wirkung des K&L-Dienstes auf die Lebensqualität der Bewohner als positiv. Davon abgesehen zeigten die Verlaufsanalysen der Daten aus dem BESA-Dokumentationssystem eine unmittelbare Reduktion der Medikamentenanzahl, eine Verbesserung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses und eine Erhöhung der Kontakanzahl der Bewohner infolge der Einführung des K&L-Dienstes. Auch bei anderen Indikatoren der Lebensqualität zeigten sich vereinzelt Veränderungen, die allerdings aufgrund der Unterschiedlichkeit der Heime in den Baseline-Werten und der geringen Effektgrößen mit Vorsicht zu interpretieren sind. In Hinblick auf die Effektgrößen sollte jedoch auch berücksichtigt werden, dass in dieser Stichprobe (hohes Alter und Pflegebedürftigkeit der Probanden) nicht zwangsläufig starke Effekte erwartet werden können; d. h. selbst geringe positive oder Null-Effekte weisen mitunter auf einen Erfolg des K&L-Dienstes hin. Zudem ist eine Unterschätzung der Effekte infolge von Messfehlern möglich: Die Ergebnisse basieren auf Fremdbeobachtungen verschiedener Pflegekräfte, die zwar relativ gut mit den Selbstbeurteilun-

gen der Bewohner übereinstimmten, dennoch nicht als ident mit der Sichtweise der Bewohner betrachtet werden können. Zudem sind trotz stattgefundener Beobachterschulung Wahrnehmungs- und Urteilsfehler nicht auszuschließen.

## Zusammenarbeit im Betreuungsteam



In der Onlinebefragung der Pflegekräfte zeigte sich eine Verbesserung im Bereich gemeinsames Handeln (v. a. zwischen Angehörige und Pflegepersonal) infolge der Einführung des K&L-Dienstes. Ebenso berichteten die Pflegekräfte in den Interviews von positiven Effekten hinsichtlich der Zusammenarbeit im Team, des Verständnisses für die Bewohner und des Umgangs mit herausforderndem Verhalten sowie von einer Entlastung durch den Facharzt und einer Verbesserung der Kooperation mit Ärzten. Die Pflegekräfte in den Experimentalheimen gaben auch an, dass sie ihr Hintergrundwissen zu psychiatrischen Krankheitsbildern erweitert hätten, während jene im Kontrollheim den Wunsch nach diesbezüglicher Weiterbildung äußerten.

Die interviewten Hausärzte nahmen ebenfalls eine Verbesserung der Zusammenarbeit im Team infolge der Einführung des K&L-Dienstes wahr. Zusätzlich wurde von den Hausärzten angemerkt, dass nach einer Fallbesprechung/-supervision der Hausarzt seltener kontaktiert würde. Die Sichtweise der Angehörigen bezüglich der Installierung des K&L-Dienstes war ambivalent. Einerseits nahmen die Angehörigen die Hinzuziehung des Facharztes als positiv wahr, andererseits äußerten sie Bedenken hinsichtlich der Medikation (insbesondere bzgl. Medikamentenanzahl und Auswirkung einer Medikamentenumstellung).

## Fazit



Die Evaluation des Projekts „Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen in Vorarlberg“ liefert weitere Evidenz für die positiven Effekte eines gerontopsychiatrischen Konsiliar- oder Liaisondienstes hinsichtlich des Erhalts der Lebensqualität der Heimbewohner und v. a. hinsichtlich der Zusammenarbeit im Betreuungsteam [6, 12, 30]. Positive Auswirkungen zeigten sich dabei insbesondere in Bezug auf das „gemeinsame Handeln“ der Pflegekräfte untereinander, aber auch mit Ärzten und Angehörigen. Darüber hinaus wurden trotz sorgfältiger Planung Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung des Evaluationsdesigns deutlich (z. B. geringe Rücklaufquoten, Unterschiede in den Baseline-Werten der Untersuchungsheime, eigenständiges Einführen der Mäeutik in einem der Experimentalheime), die nicht absehbar gewesen wären, auf die jedoch in zukünftigen Projekten verstärkt geachtet und die infolgedessen evtl. vermieden werden könnten.

## Konsequenzen für Klinik und Praxis

Konsiliar- und Liaisondienste schließen eine wichtige Versorgungslücke in den Alten- und Pflegeheimen, da sie besonders wichtige Leistungen für die wachsende Gruppe von Patienten mit gerontopsychiatrischen Diagnosen bieten und die Gruppe der Pflegekräfte, Ärzte und Angehörigen unterstützen bzw. entlasten. Besonders positive Effekte können durch Konsiliar- und Liaisondienste erzielt werden, wenn gleichzeitig inhaltliche und strukturelle Veränderungen in den Heimen vorgenommen werden.

<sup>4</sup> schwierig

## Interessenkonflikt



Im vorgestellten Projekt des gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes waren Fachärzte tätig, die auch bei der pro mente Vorarlberg angestellt sind.

Die Autoren (Böhm, Öhlinger, Koren, Schöny) sind Mitarbeiter der pro mente OÖ.

Pro mente OÖ und pro mente Vorarlberg sind rechtlich eigenständige Vereine, jedoch sind beide im Dachverband der pro mente austria. Werner Schöny ist Vorsitzender der pro mente OÖ und Präsident der pro mente austria.

## Abstract

### Triological Evaluation of a Gerontological Psychiatric Consulting and Liaison Service



**Objective:** The presented project shows the effects of a gerontological psychiatric consulting and liaison service (C&L) on nursing home residents and the care team.

**Methods:** The implementation of the C&L was evaluated using a quasi-experimental design in longitudinal section of residents', nursing, medical and family perspective using quantitative and qualitative methods.

**Results/Conclusion:** The results provide evidence for the positive effects of C&L especially in relation to the "common action" within the care team.

## Literatur

- 1 Vaupel JW, von Kistowski KG. Der bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung und sein Einfluss auf die Medizin. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2005; 48: 586–592
- 2 Sütterlin S, Hoßmann I, Klingholz R. Demenz-Report – Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. 2011: Im Internet: <http://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/demenz-report.html> (Stand: 19.11.2014)
- 3 Kirchen-Peters S, Diefenbacher A. Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz? Z Gerontol Geriat 2014; 47: 595–604
- 4 Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Verbesserungen messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. 2010: Im Internet: [www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS\\_GERMAN.pdf](http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_GERMAN.pdf) (Stand: 12.04.2012)
- 5 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen. 2007: Im Internet: <http://www.bmfsfj.de/Redaktion/BMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rwb=true.pdf> (Stand: 19.11.2014)
- 6 Kirchen-Peters S, Fehrenbach RA, Diefenbacher A. Brauchen Pflegeheime gerontopsychiatrische Liaisondienste? Ergebnisse einer Pilotstudie in fünf Pflegeheimen. Psychiatr Prax 2012; 39: 14–20
- 7 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 4. Altenbericht. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. 2002: Im Internet: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=5362.html> (Stand: 25.11.2014)
- 8 Pantel J, Grell A, Haberstroh J. Psychopharmakaverordnung in Heimen. PPT 2010; 2: 76–84
- 9 Hallauer J, Bienenstein C, Lehr U et al. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. 2005: Im Internet: [www.zukunftforum-demenz.com/pdf/SAEVIP\\_studie.pdf](http://www.zukunftforum-demenz.com/pdf/SAEVIP_studie.pdf) (Stand: 4.11.2014)

- 10 Kleina T, Wingefeld K. Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. 2007: Im Internet: [http://www.uni-bi.de/ge\\_sundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf](http://www.uni-bi.de/ge_sundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf) (Stand: 20.11.2014)
- 11 Diefenbacher A, Arolt V. Konsiliarpsychiatrische Versorgung – Entwicklung und Perspektiven. In: Arolt V, Diefenbacher A, Hrsg. Psychiatrie in der klinischen Medizin: Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff-Verlag; 2003: 54–85
- 12 Kirchen-Peters S, Fehrenbach RA, Diefenbacher A. Wie arbeiten ambulante Konsiliar- und Liaisondienste und was bewirken sie? Psychiatr Prax 2012; 39: 394–399
- 13 Kirchen-Peters S. Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst – Pioniere warten auf Nachahmer. Z Gerontol Geriat 2008; 41: 467–474
- 14 Kirchen-Peters S. Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste vor dem Durchbruch? Neubewertung eines Modellprojektes vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform. Psychosomatik Konsiliarpsychiatrie 2007; 1: 220–223
- 15 Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2010; 197: 463–467
- 16 Brodaty H, Draper B, Low LF. Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. J Adv Nurs 2003; 44: 583–590
- 17 Zimmer A, Weyerer S. Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Hogrefe; 1999
- 18 Lairreiter AR, Baumann U, Messer R et al. Klinisch-geronto-psychologischer Konsiliar- und Liaisondienst im Seniorenheim – Ein Pilotprojekt. Z Gerontopsychol 2007; 20: 151–161
- 19 Flick U. Triangulation. Eine Einführung. Opladen: Verlag für Sozialwissenschaft; 2004
- 20 Bombosch J, Hansen H, Blume J, Hrsg. Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrung, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. 2. Auflage. Neumünster: Paranus Verlag; 2007
- 21 Roick C, Hinz A, Gertz HJ. Kann Lebensqualität bei Demenzkranken valide bestimmt werden? Eine aktuelle Übersicht über Messinstrumente und methodische Probleme. Psychiatr Prax 2007; 34: 108–116
- 22 Challinger Y, Julious S, Watson R et al. Quality of Care, Quality of Life and The Relationship between Them in Long-Term Care Institutions for the Elderly. Int J Ger Psychiatry 1996; 1: 883–888
- 23 Rubinstein RL. Resident Satisfaction, Quality of Life, and "Lived Experience" as Domains to Be Assessed in Long-term Care. In: Cohen-Mansfield J, Ejaz FK, Werner P, eds. Satisfaction Surveys in Long-Term Care. New York: Springer Publishing Company; 2000: 13–28
- 24 Sowarka D. Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen. In: Entzian H, Giercke KI, Klie T, Schmidt R, Hrsg. Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Frankfurt, Main: Mabuse Verlag; 2000: 69–82
- 25 Schalock RL. Quality of Life as an Objective of Catalan Social Services: Implications for Policy and Practice. Workshops and Presentations. Barcelona: Catalan Institute for Assistance and Social Services and Department of Welfare and Family Services; 2006
- 26 Schalock RL, Gardner GF, Bradley VJ. Quality of Life for People with Intellectual and Other Developmental Disabilities: Applications Across Individuals, Organizations, Communities, and Systems. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2007
- 27 Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2002
- 28 Merten K. Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1983
- 29 Van der Kooij C. Ein Lächeln im Vorübergehen: Erlebnisorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik. Bern: Hans Huber Verlag; 2007
- 30 Iso-Institut, Hrsg. Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? 2005: Im Internet: [http://www.iso-institut.de/download/Tagungsband\\_Gerontopsychiatrie\\_05.pdf](http://www.iso-institut.de/download/Tagungsband_Gerontopsychiatrie_05.pdf) (Stand: 10.11.2014)