

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf  
Direktor: Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche

## **Dissertation**

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der ambulanten Versorgung von  
Demenzpatienten

Sekundäranalyse einer postalischen Befragung zur Versorgungssituation von  
Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Astrid Elisabeth Groell  
aus Bonn

Hamburg 2008

Angenommen von der Medizinischen Fakultät  
der Universität Hamburg am: 04.02.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen  
Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. H. vanden Bussche  
Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. von Renteln-Kruse  
Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. O. von dem Unesebeck

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Einführung in das Thema	1
1.2	Theoretischer Hintergrund	2
1.2.1	Definition Demenzsyndrom	2
1.2.2.	Ursachen	3
1.2.3	Diagnostik	4
1.2.4	Krankheitsverlauf	5
1.2.5	Therapieoptionen	6
1.3	Rolle der Haus- und Gebietsärzte bei Demenzerkrankungen	7
1.4	Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Versorgung von Demenzkranken	8
1.5	Fragestellung/Hypothesen der Dissertation	11
<b>2.</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>11</b>
2.1	Beschreibung des Fragebogens	12
2.2	Stichprobe	13
2.2.1	Adressenauswahl der Hausärzte – Zufall	13
2.2.2	Adressenauswahl der KND – Hausärzte	14
2.2.3	Adressenauswahl der Neurologen und Psychiater	14
2.3	Auswertungsprocedere	15

<b>3.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>16</b>
3.1	Ankündigung der Befragung und Reminder	16
3.1.1	Rücklauf in der Gruppe der „KND-Ärzte“	16
3.1.2	Rücklauf in der Gruppe der „Hausärzte-Zufall“	17
3.1.3	Rücklauf in der Gruppe der „Nervenärzte/innen, Neurologen/innen und Psychiater/innen“	17
3.2	Soziodemographie	19
3.2.1	Das Antwortverhalten von Ärztinnen und Ärzten	19
3.2.2	Dauer der Niederlassung	21
3.2.3	Anzahl der betreuten Demenzpatienten	22
3.3	Ergebnisse zur Versorgung dementer Patienten	24
3.3.1	Allgemeine Aussagen	25
3.3.2	Diagnostik	26
3.3.3	Kooperation mit Hausärzten/Fachärzten für Neurologie/ Psychiatrie	28
3.3.4	Allgemeine Aspekte der Therapie	30
3.3.5	Medikamente	32
3.3.5.1	Einsatz und Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern	33
3.3.5.2	Einsatz und Wirksamkeit von Ginkgo biloba	34
3.3.5.3	Einsatz und Wirksamkeit von Memantine und Piracetam	36
3.3.5.4	Einsatz und Wirksamkeit von weiteren Medikamenten	37
3.3.5.5	Geschlechtsspezifische Unterschiede im Einsatz von Medikamenten	38
3.3.6	Aufklärung der Patienten	39
3.3.7	Interaktion mit Angehörigen	41
3.3.8	Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung	43
3.3.9	Zusammenarbeit der Ärzte mit sonstigen Einrichtungen der Demenzversorgung	47
3.3.10	Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede	48

3.3.10.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Gesamtgruppe der Hausärzte	49
3.3.10.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen allen an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte	50
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>55</b>
4.1	Allgemeine Aussagen/ Grundeinstellung der Ärzte	55
4.2	Diagnostik von Demenzerkrankungen	56
4.3	Kooperation mit Gebietsärzten	60
4.4	Therapie	62
4.4.1	Allgemeine Aspekte der Therapie	62
4.4.2	Medikamente	63
4.5	Patientenaufklärung	65
4.6	Interaktion mit Angehörigen	70
4.7	Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation	73
4.8	Zusammenarbeit der Ärzte mit Einrichtungen/ Hilfsdiensten/ Organisationen	75
4.9	Limitation der Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse	76
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>78</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>80</b>
<b>7</b>	<b>Danksagung</b>	<b>87</b>
<b>8</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>88</b>
<b>9</b>	<b>Erklärung</b>	<b>89</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b>	<b>90</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Einführung in das Thema

Die Versorgung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen bekommt weltweit eine immer größere Bedeutung. Es wird davon ausgegangen, dass zurzeit in Deutschland über eine Million Menschen leben, die an einem demenziellen Syndrom leiden. Weltweit wird die Prävalenz auf etwa 25 Millionen geschätzt. Durch den demographischen Wandel der Gesellschaft, d.h. das anhaltende Wachstum der Bevölkerungsschicht der über 65-jährigen und ein mit dem Alter ansteigendes Erkrankungsrisiko ist ein starker Anstieg der Prävalenz- und Inzidenzraten zu erwarten. Man geht davon aus, dass bei der derzeitigen Lebenserwartung ein Drittel aller Menschen, die das 65. Lebensjahr vollenden, im weiteren Altersverlauf eine Demenz entwickelt (Bickel 2005). Das Lebenszeitrisko für eine Demenzerkrankung liegt bei Frauen bei 34,5%, bei Männern aufgrund einer geringeren Lebenserwartung nur bei 16% (Ott 1998). Somit machen Frauen mehr als 70% der Patienten aus (Bickel 2005).

Derzeit gibt es in Deutschland jährlich etwa 200.000 Neuerkrankungen an demenziellen Syndromen, darunter ca. 120 000 Fälle von Alzheimer Demenz. Nach Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes von 2003 und der Annahme, dass die Prävalenz der Demenz gleich bleiben und es auch keine wesentlichen Fortschritte in Prävention und Therapie geben wird, kann man mit einem Zuwachs von über 20.000 Erkrankungsfällen pro Jahr rechnen. Demnach wird geschätzt, dass bis zum Jahr 2050 in Deutschland die Zahl der Demenzpatienten auf über 2 Millionen angestiegen sein wird (Bickel 2001).

Der Hausarzt bzw. die Hausärztin als Gewährleistende der primärärztlichen Versorgung spielen eine zentrale Rolle in der Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen. Diese Rolle ist mit einer Vielzahl von Aufgaben verknüpft, die von der Früherkennung über die Diagnosesicherung bis hin zu Therapieentwicklung und -kontrolle gehen und vor allem die enge Betreuung des Betroffenen und seiner Angehörigen beinhalten. Neben

HausärztInnen sind im ambulanten Bereich auch NervenärztInnen, NeurologInnen und PsychiaterInnen (im Weiteren als Neuropsychiater bezeichnet) in die Versorgung Demenzkranker eingebunden. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der Patienten nur von Hausärzten und Hausärztinnen versorgt wird, jedoch ein Teil der Patienten auch mit Neuropsychiatern in Kontakt kommt. Eine genaue Festlegung der Rollen und Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen gibt es in Deutschland bisher nicht.

Es besteht weithin die Auffassung, dass Ärztinnen eher eine sprechende Medizin betreiben, die das soziale Umfeld der Patienten einschließt, während Männer tendenziell technik- und geräteorientiert sind. Da bei der Behandlung Demenzkranker die Begleitung und Kommunikation mit Erkrankten und ihren pflegenden Angehörigen im Vordergrund steht, stellt sich die Frage, ob weibliche Ärzte demente Patienten anders bzw. sogar besser versorgen als männliche.

Im Zentrum dieser Arbeit stehen daher geschlechtsspezifische Unterschiede bei Hausärzten als auch bei Neuropsychiatern in Bezug auf die Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen.

## **1.2 Theoretischer Hintergrund**

### **1.2.1 Definition Demenzsyndrom**

Die Diagnose eines Demenz-Syndroms nach DSM-IV (APA, 2000) setzt die Erfüllung folgender vier Kriterien voraus:

**Kriterium A: Entwicklung multipler kognitiver Defizite, die sowohl 1. als auch 2. betreffen:**

- 1. Beeinträchtigung des Gedächtnisses** (verminderte Fähigkeit, neue Informationen zu lernen oder zuvor erlerntes Material abzurufen)
- 1. Mindestens eines der folgenden kognitiven Störungsbilder:**

- Aphasie (Störung des Sprechvermögens und Sprachverständnisses bei erhaltener Funktion des Sprechapparates und des Gehörs)
- Apraxie (verminderte Fähigkeit, sinnvolle und zweckmäßige Bewegungen auszuführen, obwohl die Bewegungsfunktionen intakt sind)
- Agnosie (Unvermögen, Sinneswahrnehmungen als solche zu erkennen, obwohl die betreffenden Sinnesorgane intakt sind)
- Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen (Planen, Organisieren, Reihenfolgen einhalten, Abstrahieren).

**Kriterium B:** Die kognitiven Defizite in Kriterium A1 und A2 verursachen in bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen und stellen eine bedeutsame Verschlechterung gegenüber dem früheren Leistungsniveau dar.

**Kriterium C:** Die Defizite treten nicht ausschließlich im Verlauf eines Delirs auf.

**Kriterium D:** Aufgrund der Hinweise aus Anamnese und körperlicher Untersuchung wird eine ätiologische Zuordnung getroffen. Andere Erkrankungen, wie z.B. eine Hyperthyreose, eine Depression oder eine Psychose müssen ausgeschlossen sein.

Für eine sichere Diagnose sollten die genannten Veränderungen über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen.

### 1.2.2. Ursachen

Die häufigste Ursache eines demenziellen Syndroms ist mit ca. 60% der Fälle die Alzheimer Demenz (AD). Sie ist pathologisch charakterisiert durch einen Nervenzellverlust bevorzugt in Hippocampus, Großhirnrinde und Nucleus basalis Meynert. Histopathologische Merkmale der AD sind eine intrazerebrale, extrazelluläre Amyloidablagerung sowie der intrazelluläre Nachweis von Neurofibrillen. Diese Veränderungen treten während des normalen Alterns ebenfalls auf, sind aber weniger ausgeprägt als bei der AD. Des Weiteren

werden bei der AD eine Verminderung von Acetylcholin und Fehlfunktionen der glutamatergen Übertragung im Hippocampus beobachtet. Inwieweit die charakteristischen Veränderungen im Gehirn die Pathogenese der Erkrankung beeinflussen und worin die Ursache der Krankheit liegt, ist noch nicht ausreichend bekannt.

Die zweithäufigste Ursache demenzieller Syndrome ist die vaskuläre Demenz (15-20% aller Demenzerkrankungen, Adler 2005). Bei dieser Demenzform kommt es infolge von Durchblutungsstörungen des Gehirns zum Absterben von Nervengewebe. Ursächlich können Mikro- und Makroangiopathien sowie ein Hypertonus zugrunde liegen, im Allgemeinen alle Faktoren, die Gefäßerkrankungen negativ beeinflussen.

In 8% aller Demenzsyndrome liegt eine Mischform der vaskulären Form und der AD vor. Andere seltene Ursachen des demenziellen Syndroms sind Morbus Parkinson, Morbus Pick (frontotemporale Demenz), Lewy-Körper-Demenz, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung sowie Endokrinopathien, Vitaminmangel-erkrankungen, metabolische Enzephalopathien, Intoxikationen, Elektrolytstörungen, chronische Infektionskrankheiten etc.

Man unterscheidet grundsätzlich zwischen der primären Form, d.h. der degenerativen Demenz, die der Alzheimer Demenz entspricht und sekundären Formen, d.h. allen anderen Demenzformen, die als Folge bzw. im Rahmen von anderen Erkrankungen auftreten (Wallesch und Förstl, 2005).

### **1.2.3 Diagnostik**

Das wichtigste Instrument der Diagnose eines demenziellen Syndroms sowie leichter kognitiver Störungen ist eine gezielte Anamneseerhebung. Hierzu zählt auch ein Gespräch mit den Angehörigen. Für die Diagnostik stehen verschiedene psychometrische Tests sowie strukturierte Interviews zur Verfügung, die entweder als Screeningverfahren oder zur Diagnosesicherung genutzt werden. Zum Screening wird international die Mini-Mental-State-

Examination (MMSE) verwendet, bei welcher in 10 Minuten die wichtigsten Bereiche kognitiver Funktionen abgeklärt werden. Diese Untersuchung ist jedoch wenig sensitiv für leichte Störungen. Neuere Tests sind der Demenz-Detection-Test (DemTect) oder der Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD). Zur Diagnosesicherung werden in Deutschland das Nürnberger Altersinventar (NAI), das „Structured Interview for the Diagnosis of dementia of the Alzheimer type, Multiinfarct dementia and dementias of other aetiology“ (SIDAM) und der Syndrom-Kurz-Test (SKT) angewendet (Hoeffler et al. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2004).

Nach der Feststellung eines Demenzsyndroms muss die Ursache abgeklärt werden, d.h. mittels Anamnese, Fremdanamnese, körperlicher Untersuchung, Labor, CCT und MRT ist herauszufinden, ob eine Alzheimer Demenz, eine vaskuläre Demenz oder eine Demenz bei anderer Grunderkrankung vorliegt.

#### **1.2.4 Krankheitsverlauf**

Demenzen verlaufen in der Regel irreversibel chronisch progredient. Generell ist der Verlauf individuell verschieden, es werden jedoch drei Schweregrade der Demenz unterschieden (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003):

- Die leichte Demenz, bei welcher zwar die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist, der Patient sich aber noch selbst versorgen kann. Dieses Stadium zeichnet sich aus durch Gedächtnislücken, örtliche und zeitliche Orientierungsstörungen sowie allgemeine Antriebsschwäche und Verunsicherung über die vom Patienten selbst wahrgenommenen Veränderungen.
- Die mittelschwere Demenz, bei der Hilfe im Alltag von Nöten ist. Die Symptome werden offensichtlich, spätestens jetzt müssen das Autofahren und der Beruf aufgegeben werden. Der Erkrankte benötigt Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Sprache wird undeutlich und inhaltsarm.

- Die schwere Demenz, bei welcher der Patient dauerhaft betreut sein muss, da die kognitiven Fähigkeiten im höchsten Maße eingeschränkt sind. Eine verbale Verständigung ist kaum mehr möglich und es treten vermehrt körperliche Symptome auf. Die Patienten sind häufig bettlägerig und benötigen eine Versorgung rund um die Uhr.

Nach der CSHA-Studie (Wolfson 2001) beträgt die mittlere Krankheitsdauer einer Demenz ca. 3,3 Jahre. In dieser Studie wurden auch die nicht behandelten Fälle erfasst, um eine Verzerrung durch eine Nichterfassung von Demenzfällen mit kurzer Überlebenszeit zu vermeiden.

Bei einem Erkrankungsbeginn zwischen 65 und 74 Jahren beträgt die korrigierte durchschnittliche Krankheitsdauer 5,7 Jahre, bei Beginn zwischen 75 und 84 Jahren 4,2 Jahre und bei einem Beginn im Alter über 85 Jahre 2,8 Jahre.

Demenz ist die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit im Alter. Ein großer Teil der Pflege wird in Privathaushalten gewährleistet, aber immerhin 35-40% der Demenzpatienten werden in Pflegeheimen versorgt. Derzeit schätzt man, dass zwei Drittel aller Pflegeheimbewohner an einer Demenz leiden (Bickel 2005).

### **1.2.5 Therapieoptionen**

Nur wenig Demenzformen sind derzeit kausal zu therapieren und heilbar. Daher werden in der Behandlung der Patienten als Therapieziele vor allem eine Verbesserung der Symptomatik, eine Verlangsamung der Symptomprogression sowie eine möglichst lange Selbstständigkeit der Erkrankten angestrebt. Das Hauptziel ist eine Verbesserung der Lebensqualität.

Stuhlmann (1999) hat für die komplexe Therapie der demenziellen Syndrome sechs Säulen definiert:

1. Internistische Basistherapie
  - kausal bei sekundären Formen der Demenz
1. Zerebrales Training

- Selbstständigkeits- und Selbsthilfetraining
  - Hirnfunktionstraining
  - Psychosoziales Training
1. Bewegungstherapie und körperliche Aktivität
  1. Medikamentöse Therapie
    - Antidementiva, die bei einem Teil der Patienten zu einer zeitweiligen Verbesserung des Gedächtnisses führen und das Fortschreiten der Symptomatik hinauszögern sollen
    - Psychopharmakotherapie von nicht-kognitiven Störungen wie z.B. Depressionen oder Schlafstörungen
  1. Vermittlung sozialer Hilfen
  1. Psychotherapeutische Beratung und Führung der Patienten und ihrer Angehörigen
    - Vermittlung von Angehörigen-Selbsthilfegruppen.

## **1.2 Rolle der Haus- und Gebietsärzte bei Demenzerkrankungen**

In Deutschland gibt es derzeit keine klare Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Neurologen und Psychiatern in Bezug auf die ambulante Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der Patienten von Hausärzten betreut wird und nur ein Teil dieser Gruppe zumindest einmal bei einem Neuropsychiater vorgestellt wird. Ein geringer Teil der Patienten wird kontinuierlich von Hausärzten und Neuropsychiatern behandelt. In der Berliner Altenstudie gaben 84% der älteren Patienten an, regelmäßig den Hausarzt zu konsultieren, aber nur 4% den Nervenarzt (Mayer et al. 1996).

Es gibt zunehmende Bemühungen, die Rollen festzulegen und eine Verknüpfung der Arbeit von niedergelassenen Allgemeinärzten mit der Arbeit von Neurologen sowie Psychiatern zu erreichen. So hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im Jahr 2006 ein Rahmenkonzept zur integrierten Versorgung von Demenzpatienten entwickelt (Maier und Jessen, 2006). Ziel des Konzepts ist

neben Kosteneinsparungen in erster Linie eine leitliniengestützte Qualitätsverbesserung der Versorgungssituation von Demenzkranken und ihren Angehörigen. Skizziert wird die Schaffung eines Netzwerkes zwischen Hausärzten, Fachärzten und unterstützenden Strukturen wie z.B. der Alzheimer Gesellschaft.

Auch andere in der Demenzversorgung Tätige haben sich zusammengeschlossen, um die Zusammenarbeit der Ärzte in diesem Bereich zu thematisieren und die Schnittstellenproblematik darzustellen. Die Empfehlungen, die aus den verschiedenen Gruppierungen resultieren, sind jedoch unterschiedlich. Stoppe et al. (2004) schlagen einen Algorithmus vor, nach welchem der Hausarzt im Rahmen einer Primärdiagnostik Patienten mit Alzheimer Demenz identifiziert. Nur diejenigen, die an einer anderen Form der Demenz leiden, sollen zu einem Facharzt für Psychiatrie und/oder Neurologie überwiesen werden. Die deutsche Gesellschaft für Neurologie empfiehlt in ihrer Leitlinie hingegen eine sofortige Überweisung zum Facharzt, sobald der Hausarzt den Verdacht einer kognitiven Störung schöpft (AWMF Leitlinie, 2005).

#### **1.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Versorgung von Demenzkranken**

Durch den stetig wachsenden Anteil an Frauen in der Medizin hat die Geschlechterforschung in diesem Berufsfeld in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. In verschiedenen Studien wurde untersucht, inwieweit sich die Arzt-Patient-Kommunikation bzw. das medizinische Vorgehen von Ärztinnen und Ärzten unterscheidet (Arouni et Rich, 2003; Bernzweig et al. 1997, Hall et Roter 1994 u.a.). Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Ärzten in der Versorgung von Demenzkranken gibt es bis dato keinerlei wissenschaftliche Literatur. In diesem Kapitel werden daher allgemeine Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen dargestellt.

Als allgemeiner und sehr deutlicher Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Ärzten wird die Art der Kommunikation beschrieben. Eine gute und

kompetente ärztliche Kommunikation beinhaltet neben dem Sammeln von Informationen, die Kontaktaufnahme zum Patienten, das Aufbauen einer Beziehung durch Körpersprache, das Vermitteln von Verständnis durch aktives Zuhören, Nachfragen und das Erfassen der psychosozialen Umstände des Patienten. Frauen weisen laut verschiedener Studien mehr Merkmale dieses „guten Kommunizierens“ auf als Männer. So schildern Roter und Hall (2002) in einer Metaanalyse medizinischer Kommunikation, dass Ärztinnen dem Patienten nicht nur mehr Informationen geben (besonders im psychosozialen Bereich), sondern im Gespräch mehr Fragen stellen, mit welchen sie den Patienten stärker in das Gespräch einbeziehen, positive Aspekte betonen und den Patienten motivieren, sich an dem Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Auch Bertakis et al. (1995) beobachteten, dass Ärztinnen ihre Patienten stärker in Entscheidungsprozesse integrieren und dass daraus bei diesen eine größere Zufriedenheit resultiert. Cohen et al. (1991) und Maheux et al. (1990) beschreiben ebenfalls, dass Ärztinnen mehr Wert auf psychosoziale Aspekte legen als ihre männlichen Kollegen. Sie geben Ratschläge und sprechen Empfehlungen zur Selbsthilfe aus. Die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Ärzten wirken sich direkt auf die Patienten aus. So sprechen Patienten von Ärztinnen in der Phase der Anamneseerhebung 58% mehr als Patienten, die von Ärzten betreut werden (Roter und Hall, 1991).

Womöglich durch diese Differenzen bedingt, besteht ein signifikanter Unterschied in der Länge der Konsultation: die Sprechzeiten von Ärztinnen mit ihren Patienten sind im Durchschnitt 2 Minuten länger als die ihrer männlichen Kollegen (Roter und Hall 1991; Bensing et al. 1993; Bertakis et al. 1995). Da Kommunikation in der Betreuung von Demenzkranken eine ganz zentrale Rolle spielt (Kurz et al. 2004) stellt sich die Frage, ob Ärztinnen im Bezug auf die Kommunikation eine bessere Demenzversorgung leisten als Ärzte.

Weiterhin sind Unterschiede im Untersuchungsverhalten von weiblichen und männlichen Ärzten bekannt. In einer Studie zur Versorgung von Patienten mit Diabetes wurde beobachtet, dass Frauen ein breiteres Diagnostikschema durchführen als ihre männlichen Kollegen und im Verhältnis dazu auch ein minimal besseres „Outcome“ im Sinne eines besseren HbA1c und niedrigerer

LDL-Spiegel der Patienten erreichen (Kim und Mc Ewen 2005). Andere Studien kommen hingegen zu dem Schluss, dass arztseitige Unterschiede im Untersuchungsverhalten nur auf geschlechtsspezifische Untersuchungen begrenzt sind. Franks und Clancy (1993) z.B. untersuchten die Durchführung von 4 Vorsorgeuntersuchungen bei Patientinnen. Die drei geschlechtsspezifischen Untersuchungen (Vaginalabstrich, Brustuntersuchung und Mammographie) wurden von Ärztinnen signifikant häufiger durchgeführt als von Ärzten. Bei der Blutdruckmessung konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden.

Nach einer Analyse von Bertakis et al. (1995) verwenden Ärztinnen 36% mehr Zeit der Konsultation für präventive Versorgung als ihre männlichen Kollegen. Das passt auch zu Ergebnissen anderer Studien, nach denen Frauen generell mehr Vorsorge- und Screeninguntersuchungen durchführen (Lurie et al. 1993 und 1997; Frank 1996; Ewing 1999; Kreuter 1995).

Doch warum führen Frauen mehr Vorsorgeuntersuchungen durch? Und setzen Frauen, denen in der Regel eine höhere Sorgfalt zugesprochen wird, vermehrt diagnostische Hilfsmittel ein, weil sie sich weniger kompetent fühlen oder weil sie sich bei diagnostischer Unklarheit unwohler fühlen als Männer? Oder arbeiten Frauen präziser und qualitätsorientierter als Männer? Dazu gibt es keine wissenschaftlichen Untersuchungen. In Bezug auf die Versorgung Demenzkranker stellt sich die Frage, ob weibliche Ärzte mehr Diagnostik betreiben als männliche oder ggf. zur diagnostischen Abklärung häufiger an Fachärzte überweisen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mehrere Studien zu dem Schluss kommen, dass Frauen in der Medizin offener und besser kommunizieren als Männer. Sie verbringen mehr Zeit mit den Patienten und bemühen sich um mehr Integration und Kontinuität in der Arzt-Patient Beziehung. Des Weiteren zeigen Ärztinnen ein größeres Interesse am sozialen Umfeld des Patienten, was besonders bei Patientinnen in einer größeren Zufriedenheit resultiert. Ferner gibt es einige Hinweise darauf, dass Ärztinnen mehr diagnostische Instrumente einsetzen sowie mehr Vorsorgeuntersuchungen durchführen.

## 1.5 Fragestellung/Hypothesen der Dissertation

Im Zentrum dieser Arbeit stehen geschlechtsspezifische Unterschiede sowohl bei Hausärzten als auch bei Neuropsychiatern in Bezug auf die Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen.

Aufgrund der bekannten Unterschiede in der Berufsausübung zwischen weiblichen und männlichen Ärzten (vgl. Kapitel 1.4) werden folgende Hypothesen aufgestellt und untersucht:

- Ärztinnen haben eine positivere generelle Einstellung zu Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz als Ärzte.
- Ärztinnen setzen in der Diagnostik häufiger kognitive Tests ein als Ärzte – und sehen die Testergebnisse als wertvoller an.
- Ärztinnen überweisen Patienten bei Verdacht auf Demenz häufiger zu Fachärzten.
- Ärztinnen setzen Cholinesterasehemmer und Memantine häufiger als Ärzte in der Therapie von Demenzpatienten ein.
- Ärztinnen messen der Betreuung von Patienten und Angehörigen mehr Bedeutung zu als Ärzte.
- Ärztinnen klären Demenzpatienten und ihre Angehörigen umfangreicher auf.
- Ärztinnen empfehlen den Angehörigen von Demenzpatienten häufiger die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und die Kontaktierung von spezialisierten Unterstützungsangeboten.

## 2. Material und Methoden

Bei dieser Arbeit handelt es sich um die Sekundäranalyse einer postalischen Befragung einer bundesweiten Zufallsauswahl von Hausärzten und Neuropsychiatern. Der Fragebogen wurde auf der Basis von 30 Interviews mit Hausärzten in Düsseldorf und Hamburg konzipiert, um die Ergebnisse dieser explorativen Studie zur Versorgung von Demenzpatienten zu bestätigen bzw. um einen repräsentativen Einblick in die Versorgungssituation Demenzkranker zu erhalten. Die Fragebögen wurden Ende Mai 2004 versandt.

## 2.1 Beschreibung des Fragebogens

Im Fragebogen sind Aussagen von Hausärzten aus den Interviews wiedergegeben und die Befragten werden gebeten, auf einer sechsstufigen Skala ihren Grad der Zustimmung zu diesen Aussagen kenntlich zu machen (siehe Original-Fragebogen im Anhang).

Zunächst wurden allgemeine Aussagen über die Versorgung Demenzkranker aufgeführt, z.B. „Die hausärztliche Begleitung von Patienten mit Demenz ist für mich eine befriedigende Aufgabe“. Dann geht der Fragebogen auf das Vorgehen in der Diagnostik und Therapie ein, z.B. „Bei Verdacht auf kognitive Störungen wende ich regelmäßig kognitive Tests (z.B. Uhrentest, Mini-Mental State) an“ und „Die Begleitung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen in der Bewältigung des Alltags ist die wichtigste Aufgabe des Hausarztes.“ Auch die Erfahrung der Ärzte mit verschiedenen Medikamenten sowie die Kooperation mit Fachärzten bzw. Hausärzten wird erfragt.

Im nächsten Aussagenkomplex wird intensiv auf die Arzt-Patient-Kommunikation eingegangen. Anhand von 7 Aussagen wird das Aufklärungsgespräch thematisiert, z.B. „Ich kläre den Patienten in Bezug auf Demenz nur auf, wenn er mich explizit darum bittet.“ Anschließend geht es um die Interaktion mit den Angehörigen und in erster Linie darum, inwieweit der Arzt dem Bedürfnis des Angehörigen nach Unterstützung nachkommt und welche Schwerpunkte er im Gespräch mit den Angehörigen setzt.

Der Fragebogen endet mit einem Komplex von Verbesserungsvorschlägen, die der Befragte zu beurteilen hat sowie mit einer offenen Frage an den Arzt, in der er gebeten wird, die Einrichtungen, mit denen er in der Betreuung von Demenzkranken bzw. ihren Angehörigen zusammenarbeitet, anzugeben. Außerdem soll der Arzt schätzen, wie viele Demenzpatienten er zur Zeit der Befragung in Heimen bzw. in der Praxis oder bei Hausbesuchen betreut. Als Angaben zur Person werden das Geschlecht und das Jahr der Niederlassung erfragt.

Die Fragebögen an die Hausärzte und die, welche an Neurologen/Psychiater versendet wurden, unterscheiden sich hinsichtlich der in dieser Arbeit interessierenden Items nicht. Lediglich einzelne Aussagen wurden umformuliert bzw. es wurden die Berufsbezeichnungen ausgetauscht.

Dem Fragebogen wurde ein Brief beigelegt mit Erläuterungen zum Hintergrund der Studie, ein frankierter und adressierter Rückumschlag sowie ein Briefumschlag, in welchem separat die Bankverbindung angegeben werden konnte, um die finanzielle Aufwandsentschädigung von 10 Euro zu erhalten. Die Bankverbindung wurde beim Eintreffen der Postsendung von dem Fragebogen getrennt, um die Anonymität des Teilnehmers zu gewährleisten. Lediglich die Person wurde bei Angabe der Bankverbindung in einer separaten Liste als Teilnehmer/in verzeichnet.

## **2.2 Stichprobe**

Die Stichprobe besteht aus zufällig ausgewählten Hausärzten (Hausärzte-Zufall: HÄZ), aus hausärztlichen Teilnehmern am Kompetenznetz Demenzen (KND-Ärzte) sowie aus einer Zufallsauswahl von niedergelassenen Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern (Neuropsychiater: N/P).

### **2.2.1 Adressenauswahl der Hausärzte-Zufall**

Die Gruppe der Hausärzte-Zufall wurde per Zufall zusammengestellt. Hierfür wurden an jedem Standort des Kompetenznetzes Demenzen (Hamburg, Düsseldorf, München, Bonn, Leipzig und Mannheim) mit Hilfe der Ärztekammern der jeweiligen Region ca. 45 Adressen nach dem Zufallsprinzip aus dem Internet ausgewählt. Es wurde hierbei nicht nach Geschlecht stratifiziert, sondern eine reine Zufallsauswahl getroffen. Insgesamt wurden 260 Fragebögen verschickt.

### **2.2.2 Adressenauswahl der KND-Hausärzte**

Diese Gruppe umfasst die Ärzte, die an der Studie zur Früherkennung von Patienten mit Leichten Kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen in der hausärztlichen Versorgung teilnahmen (E.3.1), welches im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen (KND) vom BMBF gefördert wurde (2002-2007). Diese Ärzte waren durch ihre vertragliche Bindung an das KND auf die postalische Befragung vorbereitet. Bei diesen Ärzten handelt es sich zumeist um Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin, die in unterschiedlicher Form mit den einzelnen allgemeinmedizinischen Instituten in den sechs oben genannten Städten kooperieren. Man kann demnach sagen, dass sich in dieser Gruppe eine eher positive Auswahl von motivierten und an Forschung bzw. akademischer Arbeit interessierten Ärzten befindet. Insgesamt wurden 129 Fragebögen verschickt.

### **2.2.3 Adressenauswahl der Neurologen und Psychiater**

Die Gruppe der Neuropsychiater wurde ebenfalls nach dem Zufallsprinzip zusammengestellt. Die Zielsetzung bestand darin, 20 Adressen von Psychiatern sowie jeweils 10 Anschriften von Neurologen und Nervenärzten pro Standort des Kompetenznetzes Demenzen herauszusuchen. Als Quelle dienten die „Gelben Seiten“, die über das Internet ([www.gelbe-seiten.de](http://www.gelbe-seiten.de)) zugänglich sind. Die Adressenauswahl wurde rein zufällig getroffen. Sobald mehr Ärzte pro Standort gelistet waren als benötigt wurden, wurde per Zufall ausgewählt (jeder 2., jeder 3. etc.). Es wurde erneut nicht nach Geschlecht stratifiziert. Als erkannt wurde, dass von den angeschriebenen Neuropsychiatern ein großer Anteil rein psychotherapeutisch tätig ist und keine dementen Patienten betreut, wurden diese Ärzte in einer zweiten Welle durch 39 zufällig ausgewählten Neurologen ersetzt.

## 2.3 Auswertungsprocedere

Die Daten wurden in SPSS eingegeben (Version 13.0 für Windows) und es wurden folgende Analyseschritte vorgenommen:

1. Deskriptiver Vergleich der Antworten der einzelnen Berufsgruppen.
2. Analyse der Unterschiede zwischen den Berufsgruppen mithilfe des Kruskal-Wallis-Tests auf Basis der 6-Punkte-Likert-Skala.
3. Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede innerhalb der einzelnen Berufsgruppen mit dem Mann-Whitney-U-Test.
4. Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede berufsgruppenübergreifend.

Wie bereits eingangs erwähnt, stellt die Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Rahmen dieser Dissertation eine Sekundäranalyse der Daten der postalischen Befragung dar. Die unter Punkt 1 und 2 beschriebenen vergleichenden Analysen waren das primäre Ziel der Studie – und werden zwecks Orientierung den in dieser Dissertation eigentlich interessierenden geschlechtsspezifischen Vergleichen vorangestellt.

In Anbetracht des Multiplen Testens, das bei der Auswertung dieses umfangreichen Fragebogens (64 Items) unvermeidbar ist, wurde unter Annäherung an die Bonferroni-Korrekturformel pragmatisch ein  $p$ -Wert  $< 0,001$  als statistisch signifikantes Ergebnis beschrieben ( $0.05/64$  Fragebogenitems würden eigentlich einen  $p$ -Wert  $< 0,00078$  notwendig machen).  $P$ -Werte  $\geq 0,001$  und  $< 0.05$  wurden als tendenzielle Unterschiede beschrieben.

Für die rein deskriptive Ergebnisdarstellung wurde die sechsstufige Likert-Skala des Fragebogens zu 3 Abstufungen zusammengefasst. Im folgenden Kapitel wird demnach beschrieben, ob die Befragten eine Aussage ablehnten, ihr teilweise oder voll zustimmten.

### **3. Ergebnisse**

#### **3.1 Ankündigung der Befragung und Reminder**

Etwa eine Woche vor Verschicken des Fragebogens wurde den Ärzten in einem kurzen Brief die postalische Befragung angekündigt. Die Fragebögen wurden Ende Mai 2004 versandt. In den folgenden 2 Wochen war der größte Rücklauf zu verzeichnen: Es wurden 69 Fragebögen von KND-Hausärzten (53,5%), 69 Fragebögen von Hausärzten Zufall (26,5%) und 62 Fragebögen aus der Gruppe der Neurologen/Psychiater zurückgesendet (25,9%). Dann stagnierte der Rücklauf. Daher wurden ab Mitte Juni 2004 die Ärzte noch einmal telefonisch an die Studie erinnert und zur Teilnahme motiviert. Es wurde hierbei immer versucht, direkt zum Arzt durchgestellt zu werden. War dies nicht möglich, so wurde bei der Arzthelferin die nachdrückliche Bitte um Erinnerung an den Fragebogen ausgesprochen. In vielen Fällen wurde von den Ärzten Zeitmangel als Grund für die Nicht-Bearbeitung des Fragebogens geäußert. In den folgenden Abschnitten 3.1.1 - 3.1.3 erfolgt eine detaillierte Darstellung des Rücklaufs der drei Untergruppen, Tabelle 1 fasst die Darstellungen zusammen.

##### **3.1.1 Rücklauf in der Gruppe der „KND-Ärzte“**

Es wurden 129 am Kompetenznetz Demenzen beteiligte Hausärzte/innen angeschrieben. 69 (53,5%) haben den Fragebogen innerhalb von 2 Wochen zurückgesandt, 11 weitere später (8,5%). 45 Ärzte/innen wurden telefonisch erinnert. Von diesen haben 28 Ärzte/innen (21,7%) darauf hin geantwortet und weitere 17 nicht (13,2%). 4 Ärzte/innen konnten telefonisch nicht erreicht werden, da die Telefonnummer nicht verzeichnet war (3,1%). Insgesamt betrug der Rücklauf 108 Fragebögen (83,7%).

### **3.1.2 Rücklauf in der Gruppe der „Hausärzte-Zufall“**

Neben den Hausärzten/innen, die am Kompetenznetz beteiligt waren, wurde der Fragebogen zum Vergleich weiteren 260 niedergelassenen Allgemeinärzten/innen aus den gleichen Ballungsgebieten zugeschickt. Näheres zum Auswahlverfahren ist in Kapitel 2.2.1 dargestellt. Mitte Juni war ein direkter Rücklauf von 69 Fragebögen (26,5%) zu verzeichnen. Von den 133 telefonisch erreichten Arztpraxen, haben 27 nach der Erinnerung an der Studie teilgenommen (10,4%), 106 Fragebögen (40,8%) wurden trotz Erinnerung nicht zurückgesandt. In 40 von diesen Fällen wurde ein Grund für die Nichtteilnahme genannt: In 22 Fällen hatten die Ärzte/innen keine Demenzpatienten in ihrem Klientel, in 18 Fällen wurde ein Mangel an Zeit oder Interesse genannt.

52 Hausärzte/innen (20%) wurden nicht angerufen bzw. nicht erreicht. In 22 Fällen davon ist ein Grund für das Nichterreichen dokumentiert: 4 Praxen waren zu der Zeit geschlossen (Ferien), in 15 Fällen war keine Telefonnummer im Internet verzeichnet und in 3 Fällen war die Anschrift falsch. Insgesamt betrug die Rücklaufquote bei den zufällig ausgewählten Hausärzten 39,6% (103 eingegangene Fragebögen).

### **3.1.3 Rücklauf in der Gruppe der Nervenärzte/innen, Neurologen/innen und Psychiater/innen**

In der Gruppe der Nervenärzte/innen, Neurologen/innen und Psychiater/innen wurden 239 Fragebögen versandt (zur Auswahl der Ärzte vgl. Kapitel 2.2.3). Der direkte Rücklauf innerhalb von 2 Wochen betrug 25,9% (62 Fragebögen). Während des telefonischen Reminders fiel auf, dass es sich bei einem großen Anteil der angeschriebenen Ärzte um Psychotherapeuten handelte (N=39, 16,3%). Diese 39 als Psychotherapeuten tätigen Ärzte, die nicht mit der Versorgung von Demenzpatienten betraut waren, wurden Anfang Juli durch 39 neue Neurologen ersetzt (2.Welle). Die Ärzte/innen wurden erneut per Zufall aus den gelben Seiten herausgesucht: In München wurden 5, im Kreis Bonn 15, im Kreis Düsseldorf 8, in Hamburg 8 und im Kreis Leipzig 3 neu ausgewählte

Neurologen angeschrieben. Die Gesamtzahl von 239 angeschriebenen Ärzten blieb somit gleich. Es ist zu vermerken, dass diese verspätet angeschriebenen Ärzte nicht noch einmal telefonisch erinnert wurden, wenn sie nicht geantwortet hatten.

Von den weiteren 35 angerufenen und erreichten Ärzten/innen haben 11 den Fragebogen beantwortet, 24 nicht. 18 Personen gaben Gründe für eine Nicht-Teilnahme an: 6 waren nicht als Ärzte/innen tätig, 4 betreuten keine Demenzpatienten, weitere 8 wollten an der Studie nicht teilnehmen.

119 Ärzte aus dieser Gruppe wurden gar nicht angerufen, obwohl sie nicht geantwortet hatten (49,8%). Grund dafür war, dass es sich sehr schwierig gestaltete, die Ärzte/innen persönlich zu sprechen. So war z.B. bei Psychiater/innen in der Regel der Anrufbeantworter eingeschaltet. Der personelle Aufwand wurde nach kurzer Zeit zu groß und die Rückrufaktion wurde in dieser Gruppe daher unvollständig abgebrochen. Insgesamt betrug die Rücklaufquote bei den Neurologen und Psychiatern 40% (96 Fragebögen).

In Tabelle 1 ist der Rücklauf der Fragebögen bei allen drei Gruppen dargestellt.

**Tabelle 1: Übersicht über den Rücklauf von Fragebögen nach Gruppe**

	KND-Ärzte		Hausärzte-Zufall		Neurologen/ Psychiater	
	N	%	N	%	N	%
<b>Fragebögen verschickt an</b>	129	100	260	100	239	100
<b>Direkt zurückgesandt innerhalb von 2 Wochen</b>	69	53,5	69	26,5	62	25,9
<b>Direkt zurückgesandt ab Woche 3</b>	11	8,5	7	2,7	23	9,6
<b>Nach telefonischem Reminder zurückgesandt</b>	28	21,7	27	10,4	11	4,6
<b>Nicht zurückgesandt trotz Reminder</b>	17	13,2	106	40,8	24	10,0
<b>Nicht zurückgesandt, aber auch kein Reminder, inkl. zurückgekommener Briefe wg. falscher Adresse</b>	4	3,1	51	19,6	119	49,8
<b>Rücklauf insgesamt</b>	108	83,7	103	39,6	96	40,2

## 3.2 Soziodemographie

### 3.2.1 Das Antwortverhalten von Ärztinnen und Ärzten

Die Auswahl der Stichprobe erfolgte nach dem Zufallsprinzip (vgl. Kapitel 2.2). Es wurde nicht nach Geschlecht stratifiziert. Insgesamt wurden 628 Fragebögen verschickt: 384 an Ärzte (61,1%) und 244 an Ärztinnen (38,9%).

In den einzelnen Gruppen sah die Verteilung wie folgt aus: Es wurden 93 KND-Ärzte (72,1%) angeschrieben und 36 Ärztinnen (27,9%). Bei den „Hausärzten Zufall“ wurden im Rahmen der Studie 140 Männer (53,8%) und 120 Frauen (46,2%) angeschrieben. Der Anteil der angeschriebenen Hausärztinnen lag mit insgesamt 40,1% etwas höher als ihr Anteil an der kassenärztlichen Versorgung bundesweit von 37% (KBV-Statistiken, Grunddaten zum 31.12.2003).

In der Gruppe der Neurologen/Psychiater ging der Fragebogen zunächst an 138 Ärzte sowie 101 Ärztinnen. Da im Zuge der weiteren Studie 39 rein psychotherapeutisch tätige Ärzte/innen gegen 39 per Zufall ausgewählte Neurologen ausgetauscht wurden, verschob sich diese Verteilung. Von den 239 angeschriebenen Neuropsychiatern waren letztendlich 151 Männer (63,2%) und 88 Frauen (36,8%). Der Frauenanteil entspricht in etwa dem Anteil von an der bundesweiten kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Nervenärztinnen von 37,4% (Stand 31.12.2003 KBV- Grunddaten). Es muss hier erwähnt werden, dass – wie bei der Darstellung der Ergebnisse dieser Studie - die Gruppe der Nervenärztinnen in der KBV-Statistik zusammengefasst wurde, d.h. in dieser Gruppe sind Nervenärztinnen, Neurologinnen und Psychiaterinnen gemeinsam vertreten.

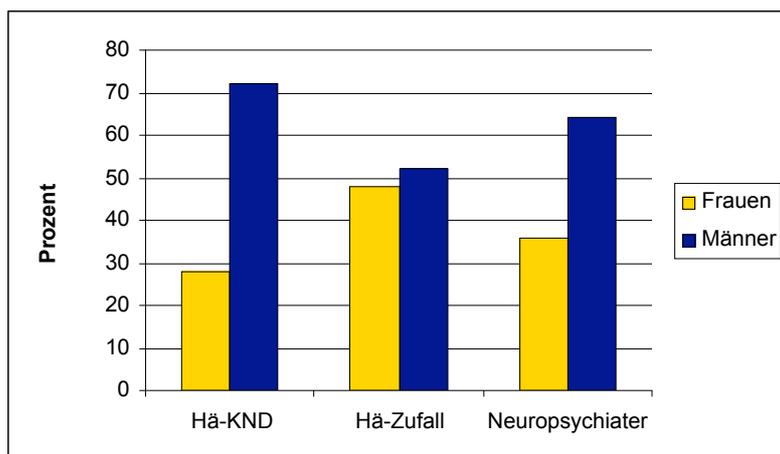
In die Datenbank wurden nach Beendigung des Rücklaufs insgesamt 307 Fragebögen eingegeben. 112 dieser Fragebögen waren von Ärztinnen (36,5%) beantwortet, 188 von Ärzten (61,2%), 7 Teilnehmer (2,3%) haben ihr Geschlecht nicht angegeben. Die geschlechtsspezifischen Rücklaufquoten pro Arztgruppe sind in Tabelle 2 dargestellt. Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

**Tabelle 2: Rücklaufquoten nach Geschlecht und Gruppe**

	KND-Ärzte		Hausärzte-Zufall		Neurologen/Psychiater	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
<b>angeschrieben</b>	36 (27,9%)	93 (72,1%)	120 (46,2%)	140 (53,8%)	88 (36,8%)	151 (63,2%)
<b>teilgenommen</b>	30 (27,7%)	76 (70,4%)	49 (47,6%)	53 (51,5%)	33 (34,4%)	59 (61,5%)
<b>Rücklaufquote</b>	83,3%	81,7%	40,8%	37,9%	37,5%	39,1%
<b>Fehlende Geschlechtsangabe</b>	2 (1,8%)		1 (0,9%)		4 (4,2%)	
<b>Chi<sup>2</sup></b>	0,49		0,43		0,48	

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Rücklaufquoten in allen Gruppen vom Geschlecht unabhängig waren. Die Anteile von angeschriebenen Frauen und Männern pro Gruppe waren unterschiedlich, aber für die Gruppe der „Hausärzte Zufall“ und der „Neuropsychiater“ zufallsbedingt. Die Gruppe der „KND-Ärzte“ wurde in toto angeschrieben. Hier ist der hohe Männeranteil auf nicht näher beschreibbare Selektionseffekte bei der Rekrutierung der Ärzte für das Kompetenznetz Demenzen zurückzuführen.

Bei den beantworteten Fragebögen weist die Gruppe der „KND-Ärzte“ mit 70,4% den größten Männeranteil auf, gefolgt von 61,5% in der Gruppe der Neuropsychiater. Mit 51,5% ist der Männeranteil in der Gruppe der „Hausärzte Zufall“ am geringsten (vgl. Grafik 1). Fasst man die beiden Gruppen der Hausärzte zusammen, so sind 37,4% (79/211) der Antwortenden Frauen, was ihrem bundesweiten Anteil an den Hausärzten von 37% entspricht. Auch der Anteil von 34,4% an der Befragung teilnehmenden Neuropsychiaterinnen entspricht in etwa ihrem Anteil an den Niedergelassenen in diesem Gebiet von 37% (Gruppe der Ärzte in der KBV-Statistik unter dem Überbegriff „Nervenärzte“ zusammengefasst).

**Grafik 1: Anteil Männer/Frauen bei den an der Befragung Teilnehmenden**

### 3.2.2 Dauer der Niederlassung

Tabelle 3 zeigt, dass in beiden Hausärztegruppen der größte Teil der Antwortenden bereits seit 11 Jahren und länger niedergelassen war: 70,4% bei den KND-Hausärzten und 65,2% bei den Hausärzten-Zufall. In der Gruppe der Neuropsychiater waren das hingegen nur 27,9%. Leider hatten in dieser Gruppe aber nur 60 Antwortende (62,5%) eine Angabe zu dieser Frage gemacht. Im Median waren die Hausärzte Zufall seit 13 Jahren, die KND-Ärzte seit 14 Jahren und die Neuropsychiater seit 7 Jahren niedergelassen.

**Tabelle 3: Dauer der Niederlassung nach Gruppen**

Jahre seit Niederlassung	KND N=108	Ärzte	Hausärzte Zufall N=103	Neuropsychiater N=96
Keine Angabe	3,7%		1,9%	37,5%
0 – 5 Jahre	14,8%		17,5%	26,1%
6 – 10 Jahre	11,1%		15,5%	8,3%
11 – 15 Jahre	26,9%		32,1%	13,5%
16 – 20 Jahre	21,3%		14,5%	9,3%
>20 Jahre	22,2%		18,6%	5,1%

Tabelle 4 zeigt die geschlechtsspezifischen Unterschiede innerhalb der drei Berufsgruppen. In der Gruppe der Hausärzte-Zufall waren die Ärzte tendenziell länger niedergelassen als ihre weiblichen Kolleginnen. Bei den KND-Ärzten

sowie bei den Neuropsychiatern waren ähnliche Tendenzen zu erkennen, jedoch waren diese geringer ausgeprägt.

**Tabelle 4: Dauer der Niederlassung, geschlechtsspezifische Unterschiede**

	KND-Ärzte (N=108) (2 ohne Geschlechts- angabe)		Hausärzte-Zufall (N=103) (1 ohne Geschlechtsangabe)		Neurologen/Psychiater (N=96) (4 ohne Geschlechts- angabe)	
	Frauen N=30	Männer N=76	Frauen N=49	Männer N=53	Frauen N=33	Männer N=59
Keine Angabe	6,6%	2,6%	2%	0%	36,4%	33,9%
0 – 5 Jahre	10%	17,1%	27%	9%	27,3%	27,1%
6 – 10 Jahre	10%	11,8%	17%	15%	9%	8,5%
11 – 15 Jahre	43,3%	21%	40%	27%	21,2%	10,2%
16 – 20 Jahre	10%	26,3	10%	19%	6%	11,9%
>20 Jahre	20%	21%	6%	30%	0%	8,5%

### 3.2.3 Anzahl der betreuten Demenzpatienten

Aus Tabelle 5 ist zu entnehmen, dass die Neuropsychiater im Schnitt eine größere Anzahl von Demenzpatienten in ihrer Praxis betreuen: im Median 40 Patienten. In der Gruppe der Hausärzte-Zufall liegt der Median bei 14 Patienten, bei den KND-Ärzten bei 17.

3 „Hausärzte-Zufall“ sowie 5 „KND-Ärzte“ gaben Patientenzahlen >100 an. Bei den Neuropsychiatern gaben 16 der 96 Ärzte an, mehr als 100 Demenzpatienten zu betreuen (16,7%).

**Tabelle 5: Anzahl betreuter Patienten in Praxis und bei Hausbesuchen nach Gruppe**

Demenzpatienten in Praxis/bei Hausbesuchen	KND Ärzte N=108	Hausärzte Zufall N=103	Neuropsychiater N=96
Keine Angabe	1,8%	3,9%	7,3%
0 – 5	16,7%	19,3%	10,5%
6 – 10	21,2%	25,2%	10,3%
11 – 25	30,6%	26,3%	13,6%
26 – 50	21,3%	19,5%	21,9%
51 – 100	7,5%	4,8%	19,7%
> 100	0,9%	1%	16,7%
Mittelwert (SD)	25 Patienten (+/- 27,7 SD)	21 Patienten (+/- 22,2 SD)	68 Patienten (+/- 74,6 SD)
Median	17 Patienten	14 Patienten	40 Patienten

Von den Hausärzten wurde zusätzlich eine Angabe über die Anzahl der in Heimen betreuten Patienten mit Demenz erbeten. Im Median betreuen die Hausärzte (sowohl Hausärzte-Zufall als auch KND-Ärzte) zusätzlich 10 Patienten in Heimen (siehe Tabelle 6).

**Tabelle 6: Anzahl betreuter Patienten in Heimen**

Demenzpatienten in Heimen	KND Ärzte N=108	Hausärzte Zufall N=103
Keine Angabe	1,9%	3,8%
0 – 5	29,6%	39,7%
6 – 10	25,1%	14,6%
11 – 25	16,7%	18,5%
26 – 50	17,6%	16,5%
50 – 100	7,3%	5,9%
> 100	1,8%	1%
Mittelwert (Median)	22 (10) Patienten	19 (10) Patienten

Tabelle 7 zeigt die geschlechtsspezifischen Unterschiede pro Berufsgruppe. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl in der Gruppe der HÄZ als auch bei den Neuropsychiatern die männlichen Kollegen tendenziell mehr

Demenzkranke betreuen als die weiblichen. Bei den KND-Ärzten ist das Verhältnis umgekehrt - bei ihnen betreuen die Ärztinnen im Mittel mehr Demenzpatienten in Praxis und Heimen als die Ärzte derselben Gruppe.

**Tabelle 7: Anzahl betreuter dementer Patienten, geschlechtsspezifische Unterschiede pro Berufsgruppe**

	KND-Ärzte (N=108; 2 ohne Geschlechtsangabe)		Hausärzte-Zufall (N=103; 1 ohne Geschlechtsangabe)		Neurologen/Psychiater (N = 96; 4 ohne Geschlechtsangabe)	
	Frauen N=30	Männer N=76	Frauen N=49	Männer N=53	Frauen N=33	Männer N=59
<b>In Praxis und Hausbesuchen, Mittelwert (SD)</b>	27,67 (± 36,6)	22,85 (± 22,1)	18,77 (± 22,4)	23,85 (± 21,9)	57,3 (± 74,1)	74,18 (± 75,8)
<b>In Praxis und Hausbesuchen (Median)</b>	18 Pat.	16 Pat.	10 Pat.	19 Pat.	30 Pat.	45 Pat.
<b>In Heimen, Mittelwert (SD)</b>	26,55 (± 42,7)	21,07 (± 25,5)	14,33 (± 20,1)	23 Pat. (± 30,3)	-	-
<b>In Heimen (Median)</b>	10 Pat.	10 Pat.	5 Pat.	10 Pat.	-	-
<b>Praxis/Hausbesuche</b>	p > 0,05		p > 0.05		p > 0.05	
<b>Heime</b>	p > 0.05		p > 0.05		-	

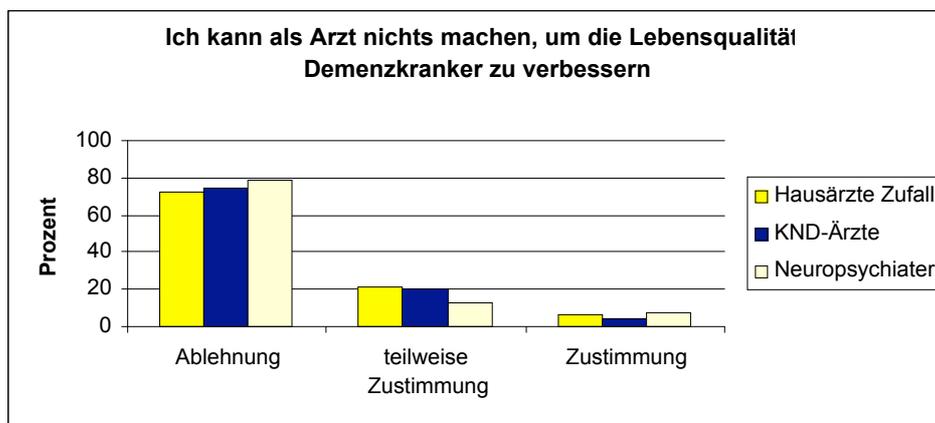
### 3.3 Ergebnisse zur Versorgung dementer Patienten

Ein zentrales Ergebnis dieser postalischen Befragung ist, dass sich die drei Ärztgruppen (KND-Ärzte, Hausärzte-Zufall und Neuropsychiater) in ihren Antworten wenig voneinander unterscheiden. Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen bestehen nur, wenn sie im Weiteren explizit genannt werden. Zur besseren Lesbarkeit wurden alle im Text angegebenen prozentualen Angaben gerundet. Um dem Leser einen guten Einstieg in die Thematik zu erlauben, werden in jedem Abschnitt zunächst die Antworten der gesamten Berufsgruppen dargestellt und diese miteinander verglichen. In einem zweiten Schritt werden geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Berufsgruppen untersucht.

### 3.3.1 Allgemeine Aussagen

Der Fragebogen begann mit 4 allgemeinen Aussagen zur Einstellung des Arztes gegenüber Demenzkranken. Alle drei Gruppen waren mehrheitlich der Meinung, dass die Aussage 1: *„Ich kann als Hausarzt/Facharzt nichts machen, um die Lebensqualität Demenzkranker zu verbessern“* nicht zutreffend ist (vgl. Grafik 2).

**Grafik 2: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**



Ebenso lehnten alle drei Arztgruppen die Aussage ab, dass Sie am liebsten nichts mit der Versorgung von Demenzpatienten zu tun hätten (Ablehnung durch 68% HÄZ, 76% KND, 79% N/P).

Etwas weniger positiv fiel die Zustimmung zu Aussage 2 aus: *„Die hausärztliche Begleitung von Patienten mit Demenz ist für mich eine befriedigende Aufgabe.“* Die Mehrheit der Ärzte in allen drei Gruppen stimmte dieser Aussage nur teilweise zu. 25% der Hausärzte Zufall, 18% der KND-Hausärzte und 24% der Neuropsychiater lehnten diese Aussage sogar ab.

Der Aussage 3: *„Gegenüber meinen Demenzpatienten fühle ich mich hilflos“* stimmten ca. 35% aller drei Arztgruppen teilweise zu. 12 % der Hausärzte Zufall, 9% der KND-Ärzte und 7% der Neuropsychiater gaben dieser Aussage ihre volle Zustimmung.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einstellung der Ärzte gegenüber Demenzpatienten mehrheitlich positiv ist. Allerdings berichten viele Ärzte über

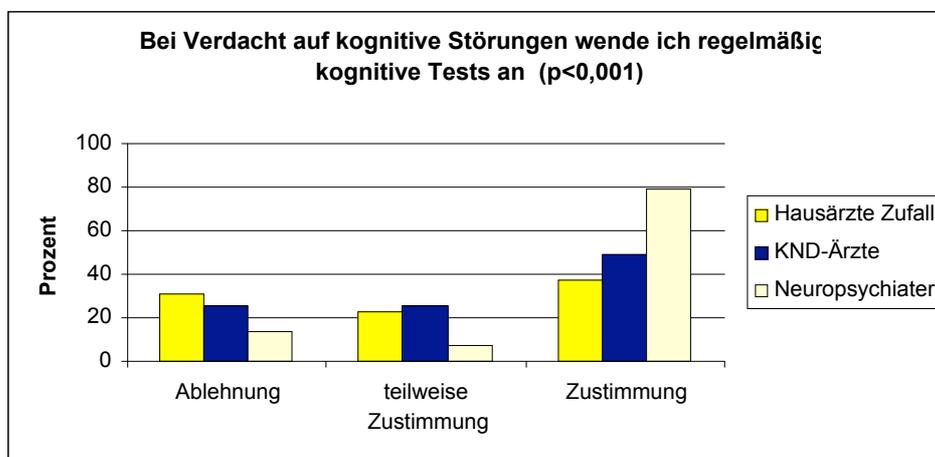
Gefühle der Hilflosigkeit. Zwischen den drei Ärzteguppen waren bezüglich der vier allgemeinen Aussagen keine signifikanten Unterschiede festzustellen ( $p > 0,05$ ). Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der drei Berufsgruppen gab es nicht.

### 3.3.2 Diagnostik

Unter dem Stichwort Diagnostik wurden Aussagen zum aktiven diagnostischen Vorgehen vorgegeben, z.B. Aussage 5: *„Bei allen über 65-jährigen Patienten suche ich aktiv nach Symptomen einer demenziellen Erkrankung.“* 40% der Hausärzte-Zufall, 35% der KND-Ärzte und 37% der Neuropsychiater lehnten diese Aussage ab. Ihre Zustimmung gaben hingegen 17% der Hausärzte Zufall, 24% der KND-Ärzte und 34% der Neuropsychiater. Hier lag kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen vor.

Anders bei Aussage 6: *„Bei Verdacht auf kognitive Störungen wende ich regelmäßig kognitive Tests (z.B. Uhrentest, Mini-Mental State) an.“* Nur 37% der Hausärzte-Zufall und 49% der KND-Hausärzte gaben an, diese Tests regelmäßig anzuwenden, hingegen fast 80% der Neurologen/Psychiater (vgl. hierzu Grafik 3). Es lag mit  $p < 0,001$  ein signifikanter Unterschied zwischen den Ärzteguppen vor.

**Grafik 3: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**



Allerdings stimmten 40% der Neuropsychiater und 20-30% der Allgemeinärzte folgender Aussage 7 zu: *„Meine persönliche Einschätzung des Patienten ist genauso gut wie die Tests auf kognitive Störungen (z.B. Uhrentest, Mini-Mental State).“*

80% der Neuropsychiater, die der Aussage 7 zustimmten, stimmten auch der Aussage 6 zu, d.h. sie wenden trotz der nach eigenem Empfinden guten persönlichen Einschätzung Testverfahren zur Objektivierung an. Unter den Hausärzten-Zufall und den KND-Ärzten, die der Aussage 7 zustimmten, stimmten nur 32% (HÄZ) bzw. 54% (KND) auch der Aussage 6 zu. Das gibt einen Hinweis darauf, dass in der Diagnostik von kognitiven Störungen Neuropsychiater generell mehr Testverfahren einsetzen, unabhängig von ihrer persönlichen Einschätzung der Patienten. Hier liegt ein signifikanter Unterschied zu den beiden Hausarztgruppen vor ( $p < 0,001$ ).

Weiterhin wurden die Ärzte nach dem Nutzen der Früherkennung für den Patienten gefragt. Alle drei Arztgruppen bewerteten ohne signifikanten Unterschied den Nutzen der Früherkennung für den Patienten als groß: 70% der Hausärzte-Zufall, 76% der KND-Ärzte und 74% der Neuropsychiater stimmten der Aussage 8 des Fragebogens: *„Die Früherkennung einer Demenz nützt dem Patienten“* zu.

Die mehrheitliche Zustimmung zu Aussage 8 passt wiederum zur breiten Ablehnung von Aussage 9 durch alle drei Gruppen: *„Die Früherkennung einer Demenz hat keine therapeutischen Konsequenzen“* ( $>75\%$  in allen drei Gruppen,  $p > 0,05$ ).

Zum Abschluss dieses Abschnitt wurden die Ärzte um die Beurteilung der Aussage 10 gebeten: *„In der Diagnostik von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.“* Während 22% der Fachärzte für Neurologie bzw. Psychiatrie dieser Aussage teilweise oder ganz zustimmten, waren es in der Gruppe der Allgemeinärzte 40-50% der Befragten, die sich Defizite eingestanden. Hier liegt ein signifikanter Unterschied von  $p < 0,001$  vor.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich lediglich bei Aussage 8 („Die Früherkennung einer Demenz nützt dem Patienten“) – und nur in der Gruppe der Neuropsychiater: 90% der Neuropsychiaterinnen sahen einen Nutzen in der Früherkennung der Demenz, hingegen nur 63% ihrer männlichen Kollegen (p-Wert: 0,015).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Mehrheit der Ärzte gegenüber der Früherkennung der Demenz positiv eingestellt ist. Neuropsychiaterinnen sehen eine Früherkennung für den Patienten als besonders sinnvoll an. Eine systematische Suche nach Symptomen einer Demenz bei allen über 65jährigen Patienten ist allerdings nicht verbreitet. Die Allgemeinärzte setzen kognitive Tests in der Diagnostik statistisch signifikant seltener ein als die Fachärzte für Neurologie bzw. Psychiatrie. Dennoch verlassen sich die Ärzte in allen drei Gruppen ebenso gerne auf ihre persönliche Bewertung.

Nach ihrer Selbsteinschätzung kennen sich die Fachärzte der Neurologie bzw. Psychiatrie besser in der Diagnostik von Demenzen aus.

### **3.3.3 Kooperation mit Hausärzten/Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie**

In diesem Abschnitt unterschieden sich die Fragebögen, die an Hausärzte und Neuropsychiater versendet wurden. Während bei den Hausärzten nach der regelmäßigen Überweisung zu Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie gefragt wurde (ja/nein - Frage), wurde im Fragebogen der Neuropsychiater die Beurteilung der Frage erwünscht, ob das Therapiemanagement von Demenzpatienten in der Hand von Neurologen und Psychiatern liegen sollte.

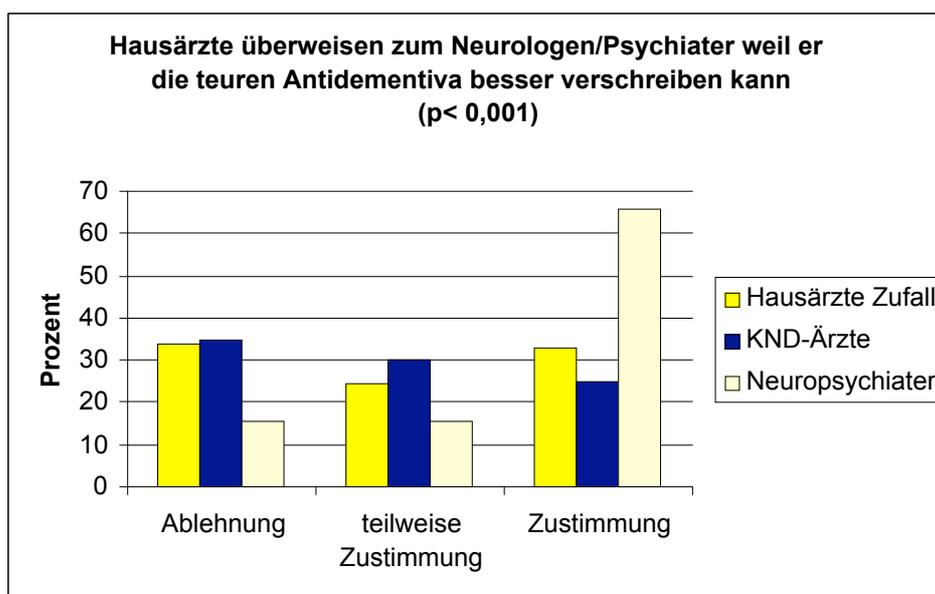
60% der Hausärzte gaben an, bei Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung regelmäßig an einen Neurologen bzw. Psychiater zu überweisen. 69% der Neuropsychiater stimmten der Aussage zu, dass das Therapiemanagement von Demenzpatienten in der Hand von Neurologen und Psychiatern liegen sollte.

Die folgenden vier Fragen zur Überweisungspraxis waren wieder einheitlich - lediglich in der Perspektive an Hausärzte bzw. Neuropsychiater angepasst. 59% der überweisenden Hausärzte-Zufall (N = 61 = Gesamtheit der

überweisenden Hausärzte-Zufall), 47% der überweisenden KND-Ärzte (N=66) und 46% aller befragten Neuropsychiater stimmen der Aussage zu, dass nur der Facharzt eine ausreichende Differenzialdiagnostik leisten kann. Des Weiteren gaben über 60% der Ärzte aller drei Gruppen der Aussage 12 b ihre Zustimmung: „Ich überweise zum Neurologen/Psychiater, damit er die Therapieindikation stellt.“

66% der Neuropsychiater denken, dass die Verschreibung der teuren Antidementiva ein wichtiger Überweisungsgrund ist. Auf der anderen Seite gaben jedoch nur 33% der überweisenden Hausärzte-Zufall und 25% der überweisenden KND-Ärzte budgetäre Gründe für eine Überweisung an (vgl. Grafik 4). Hier liegt ein signifikanter Unterschied von  $p < 0,001$  vor.

**Grafik 4: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**



Über 60% der überweisenden Allgemeinärzte sind der Meinung, dass Ihnen die Informationen der Neuropsychiater nützen. 50% der Neuropsychiater halten ihrerseits die von ihnen an die Hausärzte weitergegebenen Informationen für nützlich.

Es zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Kooperation mit Hausärzten bzw. Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ca. 60% der Hausärzte bei Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung regelmäßig zum Neurologen/Psychiater

überweisen. Gleichzeitig sind ca. 70% der antwortenden Neuropsychiater der Meinung, dass das Therapiemanagement der Demenzkranken in ihrer Hand liegen sollte.

Die Zustimmung zu drei vorgegebenen Überweisungsgründen (Differenzialdiagnostik, Therapieindikation, Wunsch nach mehr Informationen) unterschied sich zwischen den Ärztegruppen nicht. Einzig den budgetären Grund für eine Überweisung schätzten die Neuropsychiater als bedeutender ein als die Allgemeinärzte. Es bestehen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Kooperationsverhalten der Ärzte.

### **3.3.4 Allgemeine Aspekte der Therapie**

Unter dem Überbegriff Therapie wurden im Fragebogen allgemeine Aspekte der Therapie aufgegriffen und darauf folgend detailliert die medikamentöse Therapie beleuchtet.

Mit der Aussage 14: *„Ich Sorge dafür, dass ich meine Demenzpatienten regelmäßig in der Praxis oder zu Hause sehe.“* wurde das Betreuungsmanagement der Ärzte beleuchtet. Über 75% der Ärzte aller drei Gruppen stimmten dieser Aussage zu.

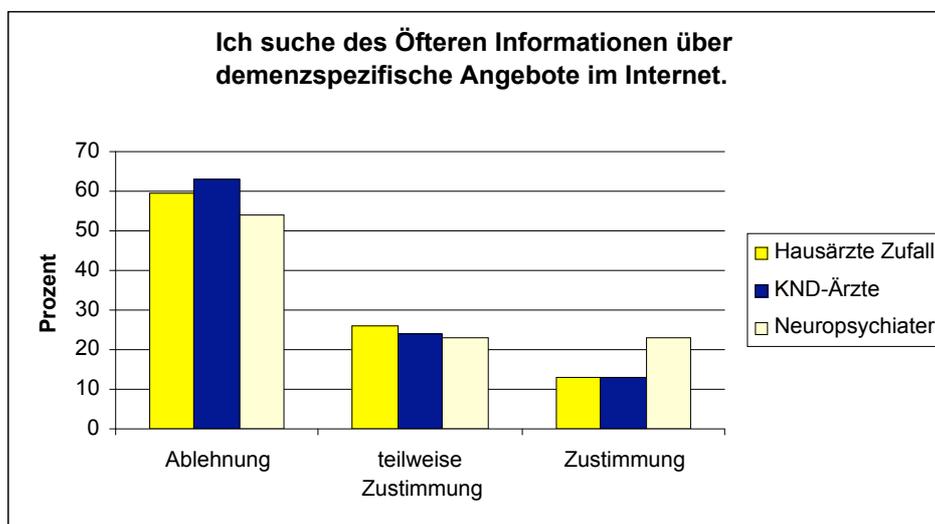
Anhand von Aussage 16: *„Die Behandlung der Comorbiditäten ist die wichtigste Aufgabe bei der Behandlung von Demenzpatienten.“* und Aussage 17: *„Patienten und Angehörigen in der Bewältigung des Alltags zu helfen, ist die wichtigste Aufgabe des Arztes in der Versorgung von Demenzkranken.“* wurde eine Gewichtung der Aufgaben des Arztes in der Versorgung von Demenzpatienten erbeten. Zu beiden Aussagen gab es große Zustimmung: Die Therapie der Comorbiditäten befanden 40% der Ärzte aller drei Gruppen als eine ihrer wichtigsten Aufgaben. Der Aussage, dass Hilfen für den Alltag als zentraler Aufgabenpunkt anzusehen sind, stimmten sogar um die 80% aller drei Gruppen zu.

Des Weiteren wurde mit Frage 15 eine Einschätzung der Kooperation der dementen Patienten erbeten. Hier lag ein signifikanter Unterschied zwischen den Neuropsychiatern und Hausärzten vor: Mehr Hausärzte als Neuropsychiatern gaben an, dass Demenzpatienten therapeutische Maßnahmen häufig ablehnen (22% HÄZ, 21% KND, 10% N/P,  $p=0,01$ ).

Wie gut kennen sich die Hausärzte und Neurologen/Psychiatern in der Therapie von Demenzen aus? 39% der Hausärzte-Zufall und 36% der KND-Ärzte stimmten der Aussage 19 teilweise zu, dass sie sich in der Therapie von Demenzen nicht gut auskennen, 8% bzw. 7% stimmten sogar ganz zu. Bei den Fachärzten lehnten 76% diese Aussage ab, 14% stimmten dieser Aussage teilweise zu, 10% ganz ( $p<0,001$ ).

Das Internet als Informationsquelle über demenzspezifische Angebote wird nur von einer Minderheit der Ärzte aller drei Gruppen genutzt (Ablehnung der Aussage 18: 59% HÄZ, 63% KND, 54% N/P - vgl. Grafik 5).

**Grafik 5: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**



In beiden Hausärztegruppen unterschieden sich die Aussagen von männlichen und weiblichen Ärzten zu allgemeinen Aspekten der Therapie nicht. Bei den Neuropsychiatern zeigte sich die Tendenz, dass eher die weiblichen Kollegen das Internet als Informationsquelle über demenzspezifische Angebote nutzen als die männlichen. So stimmten 33% der antwortenden Neuropsychiatrinnen der Aussage 18 zu, hingegen nur 19% der Neuropsychiatern ( $p=0,019$ ).

Zusammenfassend ist bei allen drei Ärztegruppen zu erkennen, dass sie die Behandlung der Komorbiditäten sowie die Unterstützung von Patienten und Angehörigen in der Bewältigung des Alltags als wichtige Aufgaben bei der Versorgung von Demenzkranken wahrnehmen. Auch der Bedeutung von regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakten wurde mehrheitlich zugestimmt. Ein Unterschied bestand in der Wahrnehmung einer Abwehrhaltung des Patienten gegenüber Therapieansätzen, die eher von den Allgemeinärzten als von den Spezialisten geäußert wurden. Auch in der Selbsteinschätzung der Kenntnis über die Therapie von Demenzen wurde eine signifikante Differenz zwischen beiden Berufsgruppen deutlich: Neurologen und Psychiater haben in ihrer Selbstwahrnehmung einen besseren Kenntnisstand als Hausärzte.

Geschlechtsspezifische Unterschiede gab es im Antwortverhalten diese Fragen betreffend nicht.

### **3.3.5 Medikamente**

Zunächst sollten die Ärzte die medikamentöse Beeinflussbarkeit von leichteren Formen der Alzheimer-Demenz einschätzen (Aussage 13). Während 14% der Hausärzte-Zufall, 11% der KND-Ärzte und 4% der Neuropsychiater nicht an einen Einfluss von Medikamenten auf die Erkrankung glauben, so sind doch 53% der HÄZ, 52% der KND-Ärzte und 60% der Neuropsychiater von ihrer Wirksamkeit bei leichteren Formen der Alzheimer Demenz überzeugt ( $p > 0,05$ ).

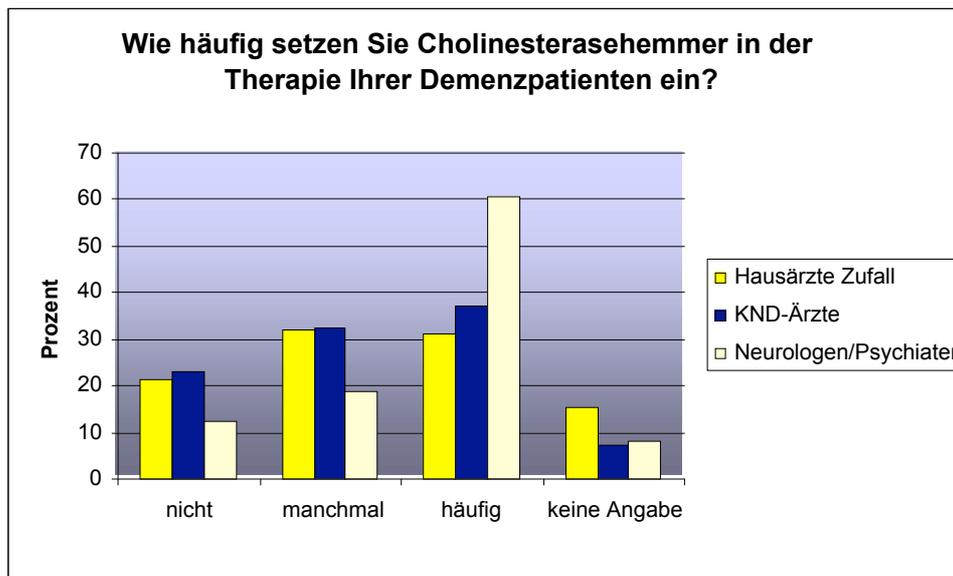
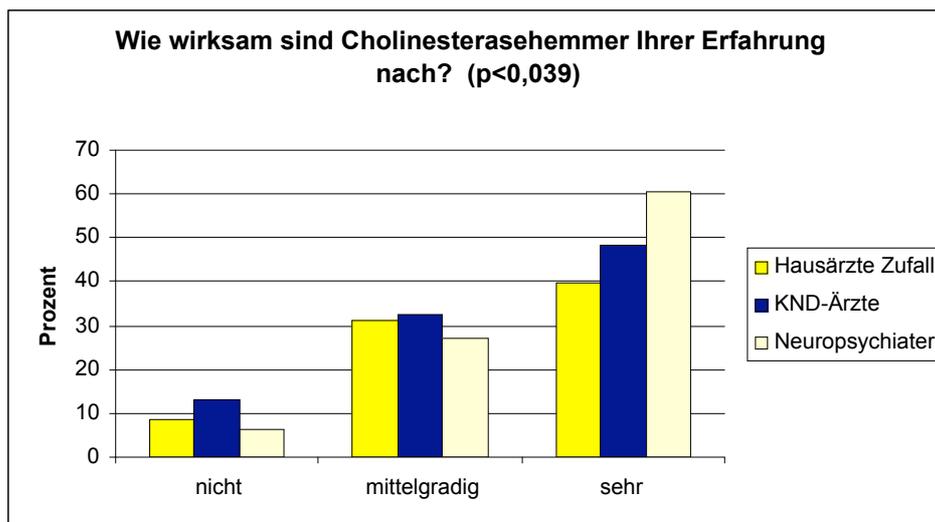
Im Weiteren wurden die Ärzte gefragt, welche Medikamente sie in ihrer Therapie regelmäßig einsetzen und wie diese ihrer Erfahrung nach wirken. Gezielt gefragt wurde nach Ginkgo biloba, Memantine, Cholinesterasehemmern, Piracetam, Cyclandelat, Cinnarizin, Nimodipin und Vitamin E. Für die Darstellung dieser Ergebnisse wurden die Werte 1 und 2 der Likert-Skala zu „nicht eingesetzt“, 3 und 4 zu „manchmal eingesetzt“ sowie 5 und 6 zu „häufig eingesetzt“ zusammengefasst. Die Wirksamkeit der Pharmaka wurde mit „nicht wirksam“, „mittelgradig wirksam“ und „gut wirksam“ beschrieben. Es gab auch die Möglichkeit anzugeben, keine Erfahrung mit dem Wirkstoff zu haben.

### 3.3.5.1 Einsatz und Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern

60% der Neuropsychiater geben an, Cholinesterasehemmer in der Therapie ihrer Demenzpatienten häufig einzusetzen. Ebenfalls 60% der Neuropsychiater geben an, dass Cholinesterasehemmer ihrer Erfahrung nach gut wirksam seien und 47% verneinen die Aussage, dass sie viele Nebenwirkungen hätten. 38% der Neuropsychiater stimmen der Aussage, dass Cholinesterasehemmer viele Nebenwirkungen haben, hingegen teilweise zu. 5% der Neuropsychiater geben an, keine Erfahrung mit Cholinesteraseinhibitoren zu haben.

Anders in der Gruppe der Allgemeinärzte: Nur 31% der Hausärzte Zufall und 37% der KND-Ärzte setzen Cholinesterasehemmer häufig ein, je 32% beider Gruppen manchmal und 21% der Hausärzte-Zufall sowie 23% der KND-Ärzte setzen Cholinesterasehemmer nicht ein. Zu diesem im Vergleich zu den Neuropsychiatern etwas geringeren Einsatz der Substanzgruppe passt, dass etwas weniger Ärzte dieser beiden Gruppen die Medikamente für „gut wirksam“ halten (40% der HÄZ; 48% der KND-Ärzte). 15% der Hausärzte-Zufall und 6% der KND-Ärzte geben an, gar keine Erfahrungen mit dieser Wirkstoffgruppe zu haben (vgl. Grafiken 6 und 7).

Es besteht in allen drei Berufsgruppen nach Pearson eine hohe Korrelation zwischen dem Einsatz des Medikaments und der Einschätzung der Wirksamkeit ( $p < 0,01$ ; 2seitig).

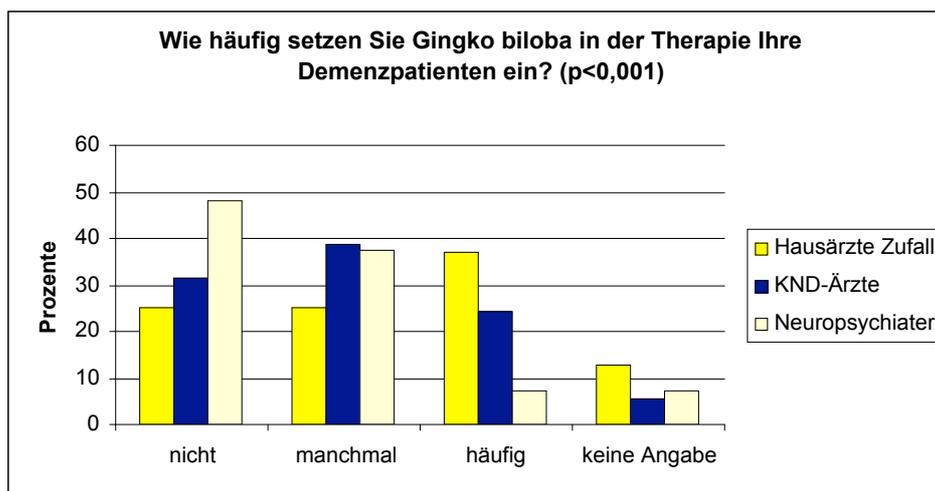
**Grafik 6: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen****Grafik 7: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**

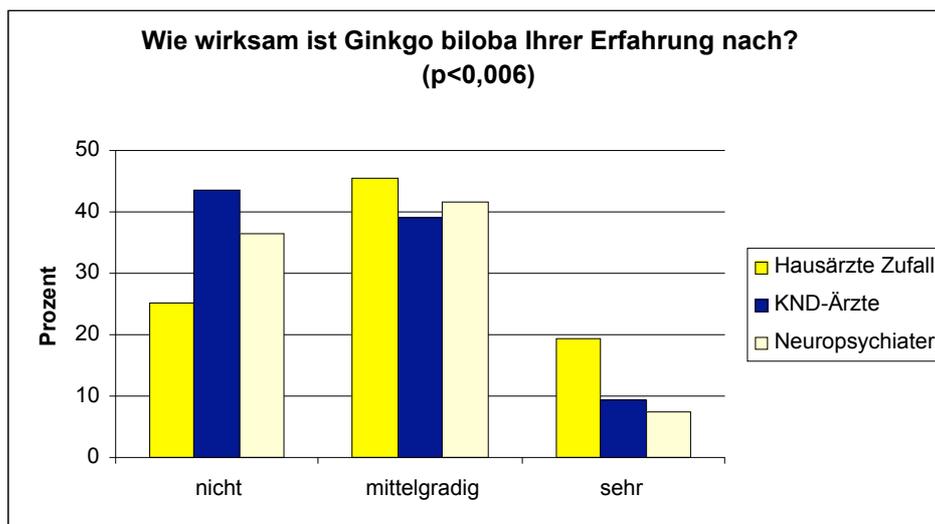
### 3.3.5.2 Einsatz und Wirksamkeit von Ginkgo biloba

Im Unterschied zu den Neuropsychiatern greifen die Hausärzte häufiger zu Ginkgo biloba. 37% der Hausärzte-Zufall geben an, das naturheilkundliche Arzneimittel häufig einzusetzen. 25% von ihnen nutzen es zumindest manchmal therapeutisch. Nur ein Viertel der Hausärzte-Zufall gab an, auf das Mittel zu verzichten. Die Antworten der KND-Ärzte sind ähnlich: 24% verschreiben Ginkgo häufig, 39% manchmal und 31% verzichten auf seinen Einsatz. Im Vergleich dazu verschreiben nur 7% der Neuropsychiater Ginkgo häufig. 48%

der Ärzte dieser Gruppe geben indes an, den Wirkstoff nicht zu verschreiben, 36% können Ginkgo keine Wirksamkeit zuschreiben, 42% nur eine geringe (vgl. Grafiken 8 und 9). Während in der Gruppe der Hausärzte-Zufall 20% Ginkgo eine gute Wirksamkeit nachsagen, so geben dies nur 9% der KND-Ärzte und 7% der Neuropsychiatern an. Sowohl im Einsatz des Medikaments als auch (tendenziell) in der Beurteilung der Wirksamkeit besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Neuropsychiatern und Hausärzten (Aussage 21 a: Einsatz Ginkgo:  $p < 0,001$ ; Aussage 21b: Wirksamkeit Ginkgo:  $p < 0,006$ ). Zwischen Einsatz und Wirksamkeitseinschätzung des Medikaments besteht in allen drei Gruppen eine statistisch signifikante Korrelation auf dem Niveau von  $p < 0,01$ .

**Grafik 8: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**



**Grafik 9: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**

### 3.3.5.3 Einsatz und Wirksamkeit von Memantine und Piracetam

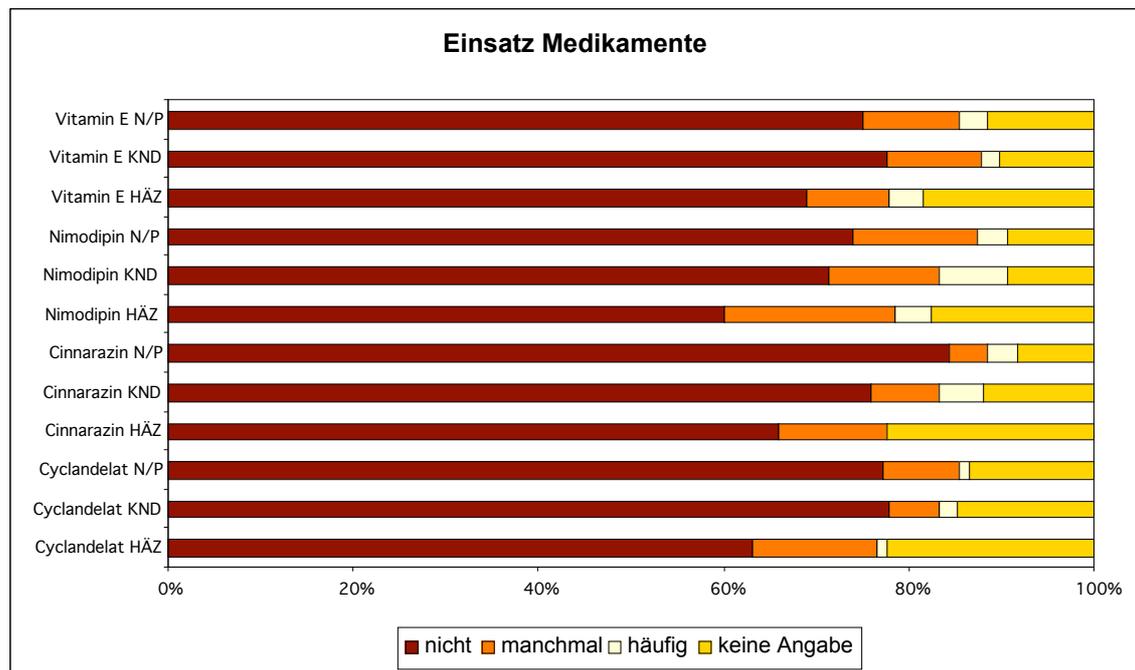
Memantine wird von allen drei Ärzteguppen etwa gleich eingesetzt. Der Substanz wird von 34% der Hausärzte-Zufall, 45% der KND-Ärzte und 46% der Neuropsychiater eine mittelgradige Wirksamkeit zugeschrieben. Dieser mittelgradigen Einschätzung der Wirksamkeit des Medikaments von der Mehrheit aller Ärzte, entspricht ein indifferenter Einsatz. Während einige Ärzte das Medikament nicht einsetzen (28% HÄZ, 34% KND, 25% N/P) und einige Ärzte häufig (23% HÄZ, 19% KND, 24% N/P), so greift die Mehrheit der Ärzte aller drei Gruppen manchmal auf diese Substanz zu. 14% der Hausärzte-Zufall, 10% der KND-Ärzte und ebenfalls 10% der Neurologen/Psychiater geben an, keine Erfahrungen mit diesem Medikament zu haben.

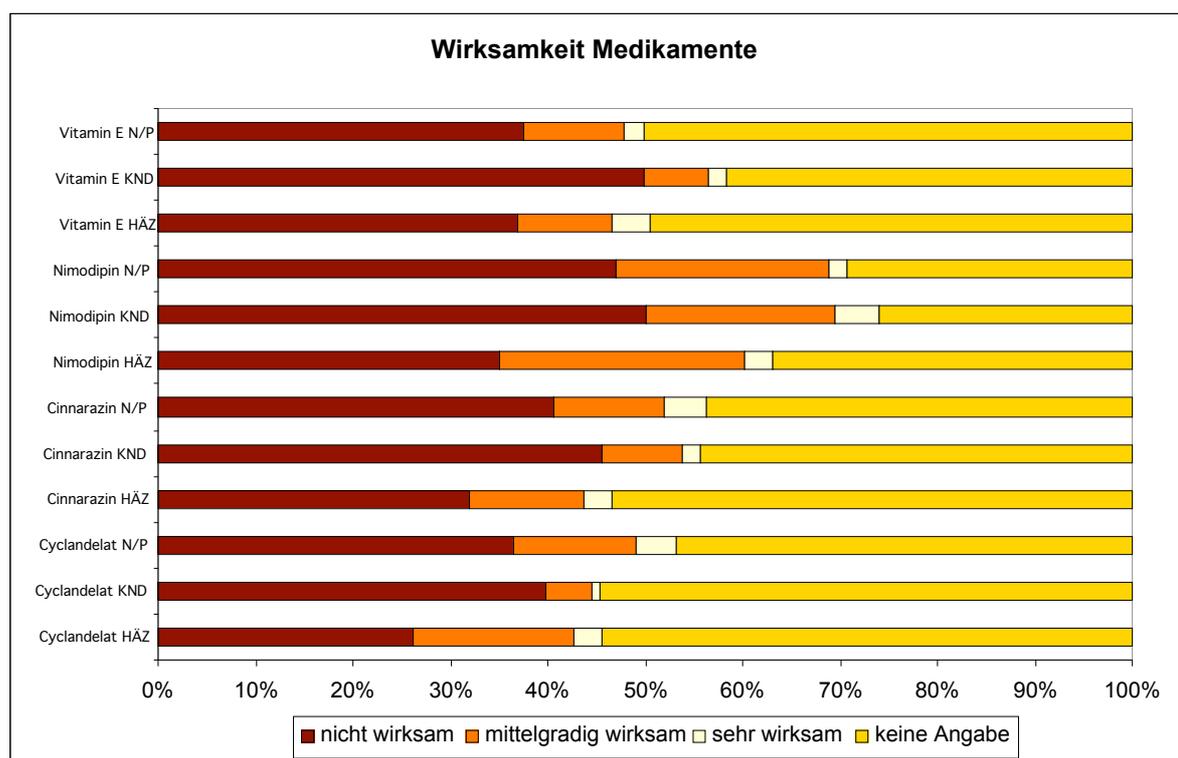
Ein ähnliches Ergebnis bietet Piracetam. Auch hier gehen die Meinungen auseinander. Die Mehrheit der Ärzte gibt zwar an, Piracetam nicht einzusetzen (41% HÄZ, 53% KND, 49% N/P), es sind jedoch einige Ärzte, die zumindest manchmal auf das Medikament zugreifen (35% HÄZ, 26% KND, 28% N/P). Erneut besteht bei beiden Medikamenten eine signifikante Korrelation zwischen Einsatz und Wirksamkeitseinschätzung auf dem Niveau von  $p < 0,01$ .

### 3.3.5.4 Einsatz und Wirksamkeit von weiteren Medikamenten

Cyclandelat, Cinnarazin, Nimodipin und Vitamin E werden von allen drei Ärzteguppen nach eigener Einschätzung nicht regelmäßig eingesetzt. Dazu passend halten die Ärzte diese Substanzklassen für wenig wirksam in der Demenztherapie. Es besteht eine signifikante Korrelation zwischen Einsatz und Wirksamkeit (siehe Grafik 11 und 12).

**Grafik 11: Einsatz verschiedener Medikamente**



**Grafik 12: Wirksamkeitseinschätzung verschiedener Medikamente**

### 3.3.5.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Einsatz von Medikamenten

In allen drei Berufsgruppen zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Einsatz und Wirksamkeitseinschätzung von Cholinesterasehemmern, Ginkgo biloba, Memantine, Piracetam, Cyclandelat und Cinnarizin.

In der Gruppe der Neuropsychiater glauben die antwortenden Ärztinnen eher an eine Wirksamkeit von Nimodipin als ihre männlichen Kollegen. Während 79% der Männer in dieser Gruppe Nimodipin keine Wirkung zuschrieben und 16% eine mittelgradige Wirksamkeit, schreiben 59% der Ärztinnen dem Medikament eine mittelgradige Wirksamkeit zu. Dieser Unterschied stellt jedoch nur in der Tendenz einen statistisch signifikanten Unterschied dar (p-Wert 0,004).

Bei Vitamin E zeigte sich in der Gruppe der KND-Ärzte eine ähnliche Tendenz. 81% der KND-Ärztinnen halten Vitamin E zwar für nicht wirksam, aber immerhin

19% glauben an Teileffekte. Dem gegenüber stehen die Aussagen der Ärzte: 89% von ihnen glauben, dass Vitamin E keine Wirksamkeit hat, nur 9% stimmen einer mittelgradigen Wirksamkeit zu, weitere 2% beschreiben eine gute Wirksamkeit. Noch deutlicher werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede in dieser Frage, wenn man nicht gruppenspezifisch analysiert, sondern auf die Gesamtheit der antwortenden Ärztinnen versus Ärzte schaut (vgl. Kapitel 3.3.10.2).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der Analyse von geschlechtsspezifischen Unterschieden innerhalb der Berufsgruppen nur statistisch nicht signifikante Tendenzen erkannt wurden: so sind die Neuropsychiaterinnen etwas eher von einer zumindest mittelgradigen Wirkung von Nimodipin überzeugt und die KND-Ärztinnen etwas mehr von Vitamin E als ihre männlichen Kollegen.

### **3.3.6 Aufklärung der Patienten**

Die Aufklärung der Patienten wurde im Fragebogen explizit mit 7 Aussagen thematisiert. Die Aussagen behandelten den Anlass des Aufklärungsgesprächs, die Begriffswahl während des Gesprächs sowie die Reaktionen der Patienten.

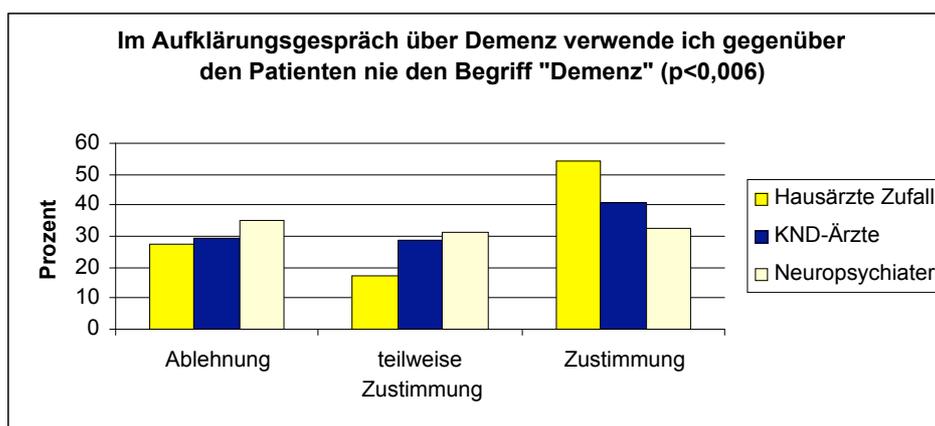
In Aussage 22 wurde nach dem Nutzen der Aufklärung gefragt: *„Eine Aufklärung des Patienten über Diagnose und Prognose der Demenz schadet mehr als dass sie nützt“*. Die Mehrheit der Ärzte aller drei Gruppen lehnte diese Aussage ab. Es fiel jedoch auf, dass 39% der Hausärzte-Zufall, 27% der KND-Ärzte sowie 30% der Neuropsychiater ihr zumindest teilweise zustimmen konnten. 11% der HÄZ, 6% der KND-Ärzte und 7% der Neuropsychiater stimmten der Aussage ganz zu.

In Aussage 23 (*„Die meisten Patienten sind dankbar, wenn ich als Hausarzt den kognitiven Abbau benenne.“*) und 24 (*„Die meisten Patienten reagieren mit Scham auf das Ansprechen kognitiver Defizite.“*) wurden die Reaktionen der Patienten auf das Benennen des kognitiven Abbaus thematisiert. Eine Mehrheit

in allen Ärzteguppen stimmte beiden Aussagen teilweise zu: Dankbarkeit: 46% der HÄZ, 42% der KND-Ärzte sowie 50% der Neuropsychiater,  $p > 0,05$ ); Scham: 39% HÄZ, 41% KND, 46% N/P;  $p = 0,044$ ).

Bezüglich der Verwendung der Begriffe „Demenz“ (vgl. Grafik 13) und „Alzheimer“ im Aufklärungsgespräch (Aussagen 25 und 26), gab es bei den Neurologen und Psychiatern keine eindeutige Antwort: jeweils etwa ein Drittel verwendet sie nie, manchmal bzw. immer. Die Hausärzte hingegen vermeiden die Fachtermini tendenziell häufiger als ihre Kollegen der Neurologie bzw. Psychiatrie ( $p = 0,006$  bei Aussage 25 und  $p = 0,012$  bei Aussage 26).

### Grafik 13: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen



In Aussage 27 wurde nach dem Anlass der Aufklärung gefragt: *„Ich kläre den Patienten in Bezug auf Demenz nur auf, wenn er mich explizit darum bittet.“* Jeweils circa 16% jeder Gruppe stimmten dieser Aussage zu, 24% der HÄZ, 17% der KND-Ärzte und 25% der Neuropsychiater stimmten ihr teilweise zu und 58% der HÄZ, 66% der KND-Ärzte und 58% der Neuropsychiater lehnten sie ab. Der Aussage 28: *„Patienten mit Demenz sollten frühzeitig aufgeklärt werden, damit sie die Chance haben, für die Zukunft zu planen.“* stimmten 67% der Hausärzte Zufall, 72% der KND-Ärzte und 77% der Neuropsychiater zu.

Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass, obwohl Ärzte aller drei Gruppen überwiegend der Meinung sind, dass Aufklärung mehr nützt als schadet und frühzeitig erfolgen sollte, einige Schwierigkeiten mit diesem Thema verbunden

sind: So stellt die Scham des Patienten als Reaktion auf die Diagnosemitteilung möglicherweise ein Hindernis für die Aufklärung dar und Dankbarkeit des Patienten erlebt nur ein Teil der Ärzte. Auch werden die Begriffe „Alzheimer“ und „Demenz“ zumindest von einem Teil der Ärzte gegenüber den Patienten nicht benutzt. Schließlich stellt sich die Frage, wer die Initiative zur Aufklärung ergreift. So gaben in allen drei Gruppen ca. 16% der Ärzte an, dass sie Patienten erst aufklären, wenn sie explizit darum gebeten werden. Statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den Berufsgruppen gab es nicht.

### 3.3.7 Interaktion mit Angehörigen

Da die Angehörigen bei einer Demenzerkrankung erheblich mit betroffen sind und ab einem fortgeschrittenen Zeitpunkt einen großen Anteil der Kommunikation mit dem Arzt sowie der Versorgung übernehmen, widmet sich ein ganzer Abschnitt des Fragebogens der Interaktion mit Angehörigen.

Aussage 29: *„Ich empfehle den Angehörigen von Demenzpatienten, die Alzheimer Gesellschaft zu kontaktieren“*, Aussage 31: *„Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an Selbsthilfegruppen“* und Aussage 34: *„Allen pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an spezifischen Schulungsangeboten“* thematisieren die Zusammenarbeit der Ärzte mit Hilfseinrichtungen, die speziell auf Demenzkranke und ihre Angehörigen ausgerichtet sind. In ihrer subjektiven Sicht arbeiten die Ärzte aller drei Gruppen intensiv mit der Alzheimer Gesellschaft und Selbsthilfegruppen zusammen:

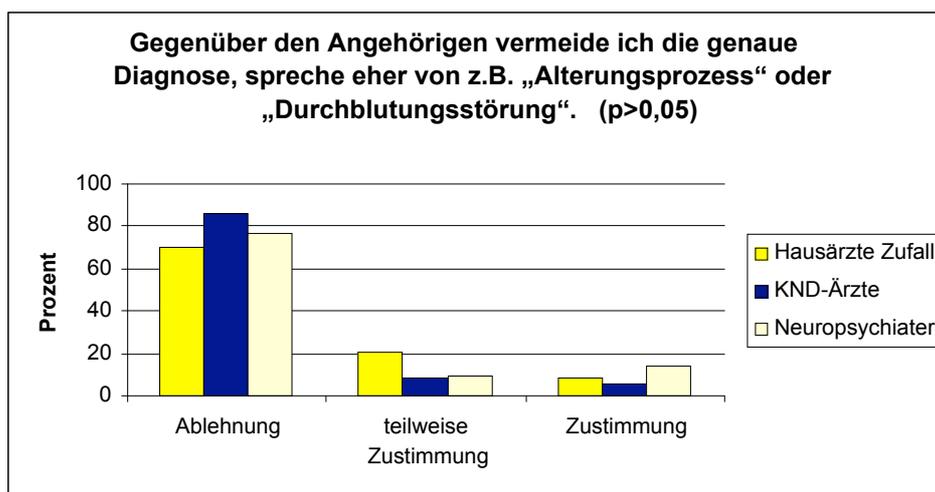
- 46% der Hausärzte-Zufall, 58% der KND-Ärzte und 60% der Neuropsychiater stimmten der Aussage zu, dass sie Angehörigen den Kontakt zu der Alzheimer Gesellschaft empfehlen. Hier ist in der Tendenz ein signifikanter Unterschied zwischen den Ärztegruppen zu vermerken ( $p=0,002$ ). Immerhin geben gleichzeitig 26% der Hausärzte-Zufall, 15% der KND-Ärzte und 11% der Neuropsychiater an, den Angehörigen gegenüber

keine Empfehlung zur Kontaktaufnahme mit der Alzheimer Gesellschaft auszusprechen.

- Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen für Angehörige von Demenzpatienten empfehlen 60% der Hausärzte-Zufall und der KND-Ärzte, sowie 70% der Neuropsychiater.
- Spezifische Schulungsangebote für pflegende Angehörige empfehlen 43% der Hausärzte Zufall und jeweils 53% der KND-Ärzte und Neuropsychiater.

In den Aussagen 32 „*Ich kläre die Angehörigen detaillierter als die Patienten über den Verlauf der Erkrankung auf.*“ und 33 „*Gegenüber den Angehörigen vermeide ich die genaue Diagnose, spreche eher von z.B. „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörung.*“ wird die Aufklärung der Angehörigen thematisiert. Im Unterschied zur Aufklärung der Patienten wird gegenüber den Angehörigen die Nennung der genauen Diagnose in allen drei Ärzteguppen sehr viel seltener vermieden (vgl. Grafiken 13 und 14). 70% der Ärzte aller drei Gruppen stimmten überdies der Äußerung zu, dass sie die Angehörigen detaillierter über den Verlauf der Erkrankung informieren als die Patienten (Aussage 32).

#### Grafik 14: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen



Prinzipiell gaben die Ärzte an, dass sie sich in der Interaktion mit Angehörigen nicht überlastet fühlen. Nur 16% der Hausärzte-Zufall, 8% der KND-Ärzte und 14% der Neuropsychiater stimmten der Aussage 35: „*Der Gesprächsbedarf der*

*Angehörigen ist mir zu groß*“ zu, 53% der Hausärzte-Zufall, 61% der KND-Ärzte und 58% der Neuropsychiater lehnten sie ab.

Der Großteil der Ärzte aller Gruppen gab an, den Angehörigen wiederholt Hilfe in der Organisation der Versorgung anzubieten (Zustimmung zu Aussage 30: 61% HÄZ, 68% KND, 63% N/P). Dazu passt die Einstellung der Mehrheit aller Ärzteguppen, dass sie belasteten Angehörigen gut helfen können (Zustimmung zu Aussage 36: 41% HÄZ, 44% KND, 46% N/P).

Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der drei Ärzteguppen im Hinblick auf die Interaktion mit den Angehörigen gab es nicht.

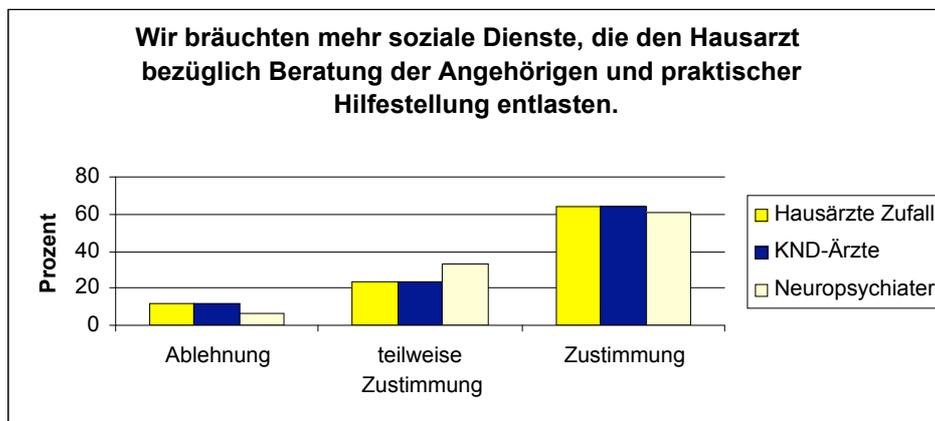
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ärzte aller drei Gruppen der Zusammenarbeit mit Angehörigen gegenüber eine positive Einstellung haben. Sie klären die Angehörigen detaillierter als die Patienten auf und scheuen sich ihnen gegenüber auch weniger, die Erkrankung beim Namen zu nennen. Ferner nehmen sie ihre Kooperation mit existierenden Hilfseinrichtungen für Demenzkranke und ihren Angehörige als intensiv wahr. Innerhalb der einzelnen Berufsgruppen zeigen sich zwischen Ärzten und Ärztinnen keine Unterschiede.

### **3.3.8 Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung**

Im abschließenden Teil des Fragebogens wurde die Versorgungssituation von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen thematisiert.

Rund 80% der Ärzte aller drei Gruppen lehnten die Aussage 37: *„Die Versorgung von Demenzkranken ist schon ziemlich gut. Es besteht kein Verbesserungsbedarf“* ab. 67% der Hausärzte-Zufall, 75% der KND-Ärzte und 73% der Neuropsychiater waren der Meinung, dass es einen großen Bedarf an Tageskliniken und Betreuungsangeboten für Demenzpatienten gibt. Ebenso bräuchte man, nach der mehrheitlichen Meinung der Ärzte aller drei Gruppen, mehr soziale Dienste, die den Arzt bezüglich Beratung der Angehörigen und praktischer Hilfestellung entlasten (vgl. Grafik 15).

### Grafik 15: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen

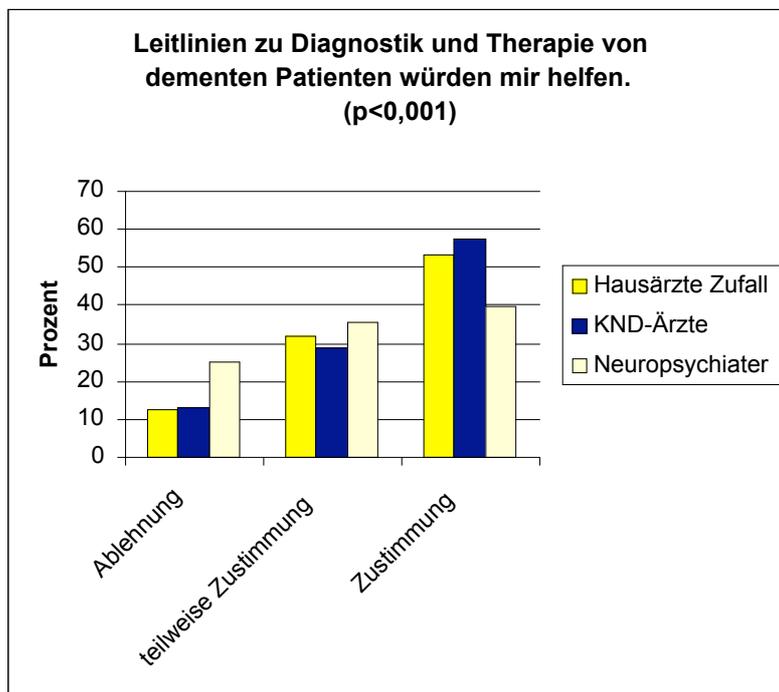


Zudem stimmten fast 90% aller Ärzte der Aussage 38 zu: *„Die Beaufsichtigung eines dementen Patienten, z.B. bei Gefahr des Weglaufens, müsste als Pflegeleistung anerkannt werden“*.

In der Beurteilung von Verbesserungsvorschlägen, die die Ärzte persönlich betreffen, gingen die Meinungen auseinander:

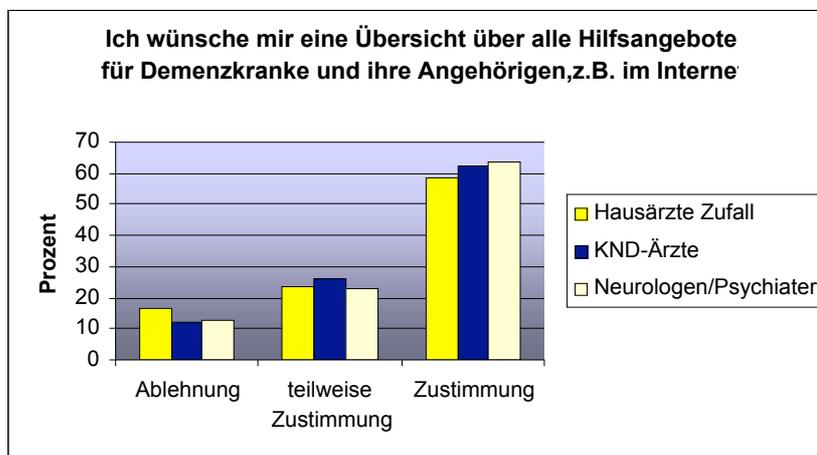
- Der Nutzen von Leitlinien für die Versorgung von Demenzpatienten wurde von den Allgemeinärzten ausgeprägter empfunden als von den Fachärzten der Neurologie bzw. Psychiatrie. So stimmten 53% der Hausärzte-Zufall und 58% der KND-Ärzte der Aussage 40 zu, dass ihnen Leitlinien zu Diagnostik und Therapie helfen würden, hingegen nur 40% der Spezialisten ( $p < 0,001$ ). 13% der beiden Hausarztgruppen und ca. 25% der Neuropsychiater erwarten keinen Nutzen von Leitlinien für ihre Versorgung von Demenzpatienten (vgl. Grafik 16).
- Auch eine Fortbildung zum Thema „Umgang und Gespräch mit Demenzpatienten und ihren Angehörigen“ wurde von den Allgemeinärzten signifikant häufiger gewünscht als von den Gebietsärzten ( $p = 0,001$ ). So fand sie bei 47% der Hausärzte-Zufall sowie 53% der KND-Ärzte Zustimmung, während bei den Neuropsychiatern nur 30% interessiert waren. 41% der Neuropsychiater gaben explizit an, keine Fortbildung zu diesem Thema besuchen zu wollen.

**Grafik 16: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**



Weitgehende Einigkeit zwischen den Ärztengruppen bestand hingegen wieder bezüglich Aussage 42: „*Ich wünsche mir eine Übersicht über alle Hilfsangebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen, z.B. im Internet.*“ 58% der Hausärzte-Zufall, 62% der KND-Ärzte und 63% der Neuropsychiater stimmten dieser Aussage zu (vgl. Grafik 17).

**Grafik 17: Zustimmung zur unten genannten Aussage, nach Berufsgruppen**



Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der drei Berufsgruppen:

- Bezogen auf Aussage 39 *„Es gibt einen großen Bedarf an Tageskliniken und Betreuungsangeboten für Patienten mit Demenz.“* gibt es in der Gruppe der KND-Ärzte und Neuropsychiater geringe tendenzielle Unterschiede zwischen den Geschlechtern: So sind es in beiden Gruppen eher die Frauen, die dem Bedarf an Betreuungsangeboten zustimmen.
- Bei Aussage 41 *„Wir bräuchten mehr soziale Dienste, die den Hausarzt bezüglich Beratung der Angehörigen und praktischer Hilfeleistung entlasten.“* erkennt man in der Gruppe der Neuropsychiater leichte Differenzen zwischen Ärztinnen und Ärzten. Auch in diesem Punkt sind es eher die weiblichen Kolleginnen, die einen Mehrbedarf an ergänzenden Diensten sehen.
- Auch Leitlinien zur Versorgung Demenzkranker werden von Ärzten und Ärztinnen innerhalb der drei Berufsgruppen unterschiedlich bewertet. In allen drei Berufsgruppen stimmen mehr Frauen dem Nutzen von Leitlinien zu. Tendenzen zu einem signifikanten Unterschied werden jedoch nur in der Gruppe der Hausärzte-Zufall deutlich. Hier geben 63% der Frauen, aber nur 45% der Männer an, von Leitlinien zu profitieren. In der Gruppe der Ärzte aus dem Kompetenznetz Demenzen (KND) sowie in der Gruppe der Neuropsychiater sind die Unterschiede nicht so groß (60% vs. 56% KND sowie 45% vs. 32%).

Zusammenfassend verspüren die Ärzte mehrheitlich Verbesserungsbedarf in der ambulanten Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen. Die Ärzte sehen einen Mehrbedarf an Tageskliniken, sozialen Diensten und Optimierungsnotwendigkeiten im pflegerischen Angebot. Angebotene Hilfestellungen an die Ärzte selbst werden deutlich weniger positiv beurteilt. So erwartet ein großer Teil der Neuropsychiater keinen persönlichen Nutzen von Leitlinien und ist nicht an einer Fortbildung zum Thema „Umgang und Gespräch mit Demenzpatienten und ihren Angehörigen“ interessiert. Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung wird deutlich, dass tendenziell Frauen noch stärker als Männer Missstände in der Demenzversorgung wahrnehmen. Sie scheinen gleichzeitig gegenüber angebotenen Verbesserungsvorschlägen wie z.B. Leitlinien oder Internetübersichten von Hilfsangeboten positiver eingestellt

zu sein. Diese Unterschiede innerhalb der Berufsgruppen beschreiben aber nur Tendenzen und sind nicht statistisch signifikant.

### **3.3.9 Zusammenarbeit der Ärzte mit sonstigen Einrichtungen der Demenzversorgung**

Am Ende des Fragebogens wurden die Ärzte gebeten, möglichst alle Einrichtungen, Hilfsdienste oder Organisationen zu nennen, mit welchen sie im Rahmen der Behandlung ihrer Demenzpatienten regelmäßig zusammenarbeiten.

79% der Hausärzte-Zufall, 89% der KND-Ärzte und 82% der Neuropsychiater haben hierzu spezifische Angaben gemacht. 1% der HÄ-Zufall, 4% der KND-Ärzte und 4% der Neuropsychiater gaben an, dass mit keinerlei Hilfsdienst oder Einrichtung eine regelmäßige Zusammenarbeit besteht. Die verbleibenden Ärzte machten hierzu keinerlei Angaben.

Die folgenden Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtheit aller antwortenden Ärzte (KND N=108, HÄZ N=103, N/P N= 96).

Am häufigsten arbeiten die Ärzte mit ambulanten Pflegediensten (inklusive Sozialdienst und Sozialstation) zusammen (60,6%). Mit diesen Diensten kooperieren 60,2% der Hausärzte-Zufall, 76% der KND-Ärzte sowie 43,8% der Neuropsychiater.

An zweiter Stelle arbeiten die Ärzte (HÄZ 37,9%, KND 62,9% und N/P 63,5%) mit klinischen Einrichtungen zusammen. Zu diesen zählen Gedächtnissprechstunden bzw. Memory-Kliniken, Tageskliniken, geriatrische Kliniken, Gerontopsychiatrien sowie Unikliniken.

Mit der vollstationären Pflege (Pflegeheime und betreutes Wohnen) arbeiten nach eigenen Angaben 31,5% der KND-Ärzte zusammen, 30,2% der Neuropsychiater, jedoch nur 18,4% der Hausärzte-Zufall (Unterschied zwischen Hausärzten des Kompetenznetzes und Hausärzten-Zufall:  $\chi^2$  4,76;  $p=0,03$ ).

Des Weiteren arbeitet nach eigenen Angaben immerhin ca. ein Drittel der antwortenden Ärzte mit allgemeinen Hilfsorganisationen zusammen. 33,9% der HÄZ, 24,1% der KND-Ärzte und 33,3% der Neuropsychiater gaben an, mit Einrichtungen wie z.B. der Caritas, der Diakonie, der Kirche, dem Arbeiter-Samariter-Bund sowie der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und anderen zu kooperieren. Aufgrund fehlender ergänzender Angaben bleibt hier allerdings leider unklar, mit welchem Versorgungssektor genau die Ärzte zusammenarbeiten, da die Caritas z.B. sowohl im Bereich der ambulanten Pflegedienste wie auch im Bereich der Pflegeheime aktiv ist.

Auch mit sonstigen Einrichtungen wie z.B. Ämtern, Krankenkassen oder Gerichten kooperieren die Ärzte. Diese Zusammenarbeit geben besonders die Neuropsychiater an: 26% der Neuropsychiater, 9,2% der KND-Ärzte und 4,8% der Hausärzte Zufall.

Nur 11% der KND-Ärzte, 4% der HÄZ und 12% der Neuropsychiater gaben an dieser Stelle des Fragebogens an, mit der Alzheimer Gesellschaft zusammen zu arbeiten. Eine Kooperation mit Selbsthilfegruppen wurde an dieser Stelle ebenfalls nur selten angegeben: von 14% der KND-Ärzte, 20% der HÄZ und 12% der Neuropsychiater.

### **3.3.10 Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede**

Nachdem im vorangegangenen Ergebnisteil nur auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede innerhalb der drei Befragungsgruppen eingegangen wurde, sollen nun weitere Analysen auf der Grundlage von zwei anderen Gruppenzusammensetzungen erfolgen:

- Zunächst werden die Hausärzte-Zufall und KND-Hausärzte zu einer Gruppe zusammengefasst und geschlechtsspezifische Analysen innerhalb der gesamten Berufsgruppe der Hausärzte vorgenommen.
- In einem zweiten Schritt wird die gesamte Stichprobe im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede analysiert.

Es wurde erwartet, dass aufgrund der größeren Stichproben sich mehr statistisch signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen –

vorausgesetzt die Unterschiede in den einzelnen Befragungsgruppen nivellieren sich bei Zusammenlegung nicht gegenseitig. Es sei an dieser Stelle vorweggenommen, dass sich tatsächlich mehr Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen, dass sie aber weiterhin oberhalb des Signifikanzniveaus von  $p=0,001$  bleiben und man daher nur von Tendenzen sprechen kann.

### **3.3.10.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Gesamtgruppe der Hausärzte**

Innerhalb der Gesamtgruppe der Hausärzte können nur wenige geschlechtsspezifische Unterschiede beschrieben werden (siehe Tabelle 8). In der Einschätzung der Medikamente Ginkgo und Vitamin E sind tendenzielle Differenzen zu beschreiben. So bewerten 22% aller Hausärztinnen Ginkgo als gut, 54% als mittelgradig wirksam. Demgegenüber steht die Einschätzung der Ärzte: 10% beurteilen Ginkgo als gut, 45% als mittelgradig wirksam ( $p=0,012$ ). Auch Vitamin E wird von den Ärztinnen leicht besser beurteilt: 8% gute Wirksamkeit und 25% mittelgradige vs. 2% gute Wirksamkeit und 9% mittelgradige bei Ärzten.

Die Nutzung des Begriffs „Demenz“ im Aufklärungsgespräch vermeiden in der Gesamtgruppe der Hausärzte tendenziell eher Frauen als Männer (55% vs. 43%,  $p=0,028$ ).

Ein tendenzieller Unterschied zeigt sich auch bei der Bewertung des Nutzens von Leitlinien in der Demenzversorgung. Frauen sehen Leitlinien eher als Hilfe an: 62% stimmen der Aussage 40 „*Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von dementen Patienten würden mir helfen.*“ zu, nur 7,6% beurteilen diese Aussage als „nicht zutreffend“. Demgegenüber sind nur 51% der Männer der Meinung, dass Leitlinien helfen würden; 16,3% lehnen Leitlinien ab ( $p=0,013$ ).

In der Länge der Niederlassung in der Gesamtgruppe der Hausärzte unterscheiden sich Frauen und Männer ebenfalls tendenziell. Frauen sind im Schnitt weniger lange niedergelassen als ihre männlichen Kollegen: 21% unter 5 Jahre, 15% 6-10 Jahre, 42% 11-15 Jahre, 10% 16-20 Jahre und 12% über 20

Jahre. Bei den Männern ist die Verteilung ein wenig anders: 14% unter 5 Jahre, 13% 6-10 Jahre, 24% 11-15 Jahre, 24% 16-20 Jahre und 25% über 20 Jahre.

### **3.3.10.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen allen an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten**

Frauen haben in der Befragung eine noch positivere Bewertung der Früherkennung zum Ausdruck gebracht als Männer. Von allen befragten Ärztinnen stimmten 80% dem Nutzen einer Früherkennung zu - im Vergleich zu 69% der männlichen Ärzte ( $p = 0,016$ ).

Bezüglich der Beurteilung von Medikamenten bestehen in einzelnen Punkten ebenfalls tendenziell unterschiedliche Einschätzungen von Frauen und Männern.

So geben 27% der Frauen an, dass Ginkgo keine Wirksamkeit hat und 57% aller Ärztinnen, dass das Naturpräparat eine mittelgradige Wirksamkeit hat. Demgegenüber steht die Einschätzung der Ärzte: 45% beurteilen Ginkgo als „nicht wirksam“, 43% als „mittelgradig wirksam“ ( $p=0,005$ ).

Auch bei Nimodipin glauben eher Frauen an die Wirksamkeit des Medikaments als ihre männlichen Kollegen ( $p$ -Wert=0,002): 42% der Ärztinnen gaben eine mittelgradige Wirkung an, während dies nur 27% der Ärzte taten. Von einer guten Wirksamkeit waren allerdings gleich wenige überzeugt (5% der Frauen vs. 3% der Männer). Bei Vitamin E ergibt sich ein ähnliches Bild: 69% aller Ärztinnen stimmen zwar einer schlechten Wirksamkeit zu, aber immerhin 23% glauben zumindest an eine mittelgradige und 7% an eine gute Wirksamkeit des Vitamins. Die Einschätzungen der Ärzte fallen negativer aus: 83% glauben, dass Vitamin E keine Wirksamkeit hat, 13% stimmen einer mittelgradigen Wirksamkeit zu, 3% einer guten ( $p=0,004$ ).

Wenn man allgemein die Unterschiede zwischen Frauen und Männern betrachtet, so gibt es auch im Bereich Aufklärung einige tendenzielle Differenzen. Mehr Frauen (12%) als Männer (6%) bewerten die Aussage 22, dass Aufklärung mehr schadet als nützt als „zutreffend“ ( $p=0,046$ ). Eine Scham

der Patienten als Reaktion auf das Ansprechen von kognitiven Defiziten beschreiben ebenfalls eher Frauen: 43% stimmen der Aussage 24 zu, hingegen nur 32% der Männer ( $p=0,027$ ).

Im Aufklärungsgespräch vermeiden Frauen die Begriffe „Alzheimer“ und „Demenz“ häufiger als ihre männlichen Kollegen (Zahlenwerte siehe Tabelle 8).

Hinsichtlich Verbesserungsvorschläge können ebenfalls geringe tendenzielle Unterschiede in der Einschätzung von Ärztinnen und Ärzten beschrieben werden. So scheinen sich Ärztinnen der Notwendigkeit einer Angebotserweiterung für Demenzkranke bewusster zu sein als ihre männlichen Kollegen. 69% aller Ärztinnen stimmen einem Mehrbedarf an sozialen Diensten zur Entlastung der Hausärzte zu, demgegenüber 60% der Ärzte ( $p=0,018$ ). Außerdem stehen Frauen speziellen Angeboten an die Ärzteschaft wie z.B. Übersichten im Internet oder Leitlinien für Demenzpatienten positiver gegenüber: 58% aller Ärztinnen empfinden Leitlinien hilfreich und 66% wünschen sich eine Übersicht aller Hilfsangebote im Internet. Die Ärzte schätzen solche angebotenen Hilfestellungen tendenziell weniger. 45% der Ärzte wünschen Leitlinien, 59% Übersichten im Internet (Aussage 40;  $p=0,002$ ; Aussage 42:  $p=0,038$ ).

Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen allen Ärzten bestehen in der Dauer der Niederlassung und in der Anzahl betreuter Demenzpatienten. So sind die in dieser Studie befragten Frauen tendenziell kürzer niedergelassenen als ihre männlichen Kollegen ( $p=0,011$ ). Außerdem betreuen sie im Mittelwert weniger Demenzpatienten in der Praxis oder bei Hausbesuchen als Ärzte: 31 Patienten (Ärztinnen) vs. 37 Patienten (Ärzte); ( $p=0,047$ ).

**Tabelle 8: Zusammenfassung der geschlechtsspezifischen Unterschiede**

Thema	Innerhalb der KND-Hausärzte	Innerhalb der HÄ-Zufall	Innerhalb aller Hausärzte	Innerhalb der Neuropsychiatern	Innerhalb aller Befragungsteilnehmer
Die Früherkennung einer Demenz nützt dem Patienten (Aussage 8).	--	--	--	Frauen stimmen dem Nutzen von Früherkennung mehr zu als Männer (Zustimmung _90% vs. _63%, p=0,015).	Ärztinnen stimmen dem Nutzen von Früherkennung mehr zu als Ärzte (Zustimmung _80% vs. _69%, p=0,016).
Ich suche des Öfteren Informationen im Internet (Aussage 18).	--	--	--	Frauen nutzen das Internet eher als Informationsquelle als Männer (_33% vs. _19%, p=0,019).	--
Wirksamkeit von Ginkgo	--	--	--	--	Frauen schätzen Ginkgo seltener <b>nicht wirksam</b> ein als Männer (_27% vs. _45%, p=0,005).
Wirksamkeit von Nimodipin	--	--	--	Frauen bewerten Nimodipin wirksamer als Männer (mittelgradige Wirkung: _59% vs. _16%, p= 0,004).	Frauen schätzen Nimodipin seltener <b>nicht wirksam</b> ein als Männer (_52% vs. _69%, p=0,002).
Wirksamkeit von Vitamin E	Frauen glauben mehr an mittelgradige Wirksamkeit als Männer (_19% vs. _9%, p=0,007).	--	--	--	Frauen schätzen Vitamin E seltener <b>nicht wirksam</b> ein als Männer (_69% vs. _83%, p=0,004).
Aufklärung schadet mehr als dass sie nützt (Aussage 22).	--	--	--	--	Frauen finden eher, dass Aufklärung mehr schadet als nützt (_12% vs. _6%, p=0,046).
Patienten reagieren mit Scham auf das Ansprechen kognitiver Defizite (Aussage 24).	--	--	--	--	Frauen beschreiben Scham der Patienten mehr als Männer (_43% vs. _32%, p=0,027).

Thema	Innerhalb der KND-Hausärzte	Innerhalb der HÄ-Zufall	Innerhalb aller Hausärzte	Innerhalb der Neuropsychiatern	Innerhalb aller Befragungsteilnehmer
Im Aufklärungsgespräch über Demenz verende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff "Demenz" (Aussage 25).	--	--	Frauen vermeiden den Begriff "Demenz" eher als Männer (Zust._55% vs. _43%, p= 0,028).	--	Frauen vermeiden den Begriff "Demenz" eher als Männer (Zustimmung _47% vs. _39%, p= 0,013).
Im Aufklärungsgespräch über Demenz verende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff "Alzheimer" (Aussage 26).	--	--	--	--	Frauen vermeiden den Begriff "Alzheimer" eher als Männer (Zustimmung _45% vs. _36%, p=0,034).
Es gibt Bedarf an Tageskliniken und Betreuung (Aussage 39).	Frauen erkennen den Bedarf an Tageskliniken eher als Männer (Zust._80% vs. _73%, p=0,028).	--	--	Frauen erkennen den Bedarf an Tageskliniken eher als Männer (Zust._81% vs. _67, p=0,047).	--
Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von dementen Patienten würden mir helfen (Aussage 40).	--	Frauen schätzen Leitlinien eher als Männer (Zustimmung_63%, _45%; p=0,019).	Frauen schätzen Leitlinien eher als Männer (Zustimmung_62%, _51,1%; p=0,013)	--	Ärztinnen schätzen Leitlinien eher als Ärzte (Zustimmung_58%, _45%; p=0,002).
Wir bräuchten mehr soziale Dienste zur Entlastung des Hausarztes (Aussage 41).	--	--	--	Frauen empfinden den Mangel an sozialen Diensten eher als Männer (Zust._70% vs. _54%, p= 0,04).	Frauen empfinden den Mangel an sozialen Diensten eher als Männer (Zust._69% vs. _60%, p=0,018).
Ich wünsche mir eine Übersicht im Internet (Aussage 42).	--	--	--	--	Frauen wünschen sich eher eine Übersicht im Internet als Männer (Zust._66% vs. _59%, p=0,038).

Thema	Innerhalb der KND-Hausärzte	Innerhalb der HÄ-Zufall	Innerhalb aller Hausärzte	Innerhalb der Neuropsychiater	Innerhalb aller Befragungsteilnehmer
Anzahl betreuter Demenzpatienten in Heimen	--	Frauen betreuen weniger Demenzpatienten in Heimen als Männer (p=0,027).	--	--	--
Anzahl betreuter Demenzpatienten in Praxis/ Hausbesuchen	--	--	--	--	Frauen betreuen weniger Pat. als Männer (MW_31 Pat. vs. _37 Pat., p=0,047)
Jahre seit Niederlassung	--	Männer sind tendenziell länger niedergelassen als Frauen (p=0,002).	Männer sind tendenziell länger niedergelassen als Frauen (p=0,012).	--	Männer sind tendenziell länger niedergelassen als Frauen (p=0,011).

## **4 Diskussion**

Die folgende Diskussion ist inhaltlich entsprechend der Ergebniskapitel 3.3.1 – 3.3.10 gegliedert.

### **4.1 Allgemeine Aussagen / Grundeinstellung der Ärzte**

Die Versorgung von Demenzpatienten in der hausärztlichen Praxis stellt eine vielfältige und anspruchsvolle, aber auch zeitaufwendige und in manchen Punkten unbefriedigende Aufgabe für den niedergelassenen Mediziner dar. So äußerten in einer Untersuchung von McIntosh et al. (1999) in England 60% der Ärzte (Gesamtanzahl der befragten Ärzte = 298), dass die Versorgung dementer Patienten einen deutlichen Stressor darstellt und 67%, dass die Interaktion mit den pflegenden Angehörigen ebenfalls mit sehr viel Stress assoziiert ist. 40% der befragten Ärzte waren der Meinung, dass sie für die betroffenen Patienten nur sehr wenig tun können.

In der hier vorliegenden postalischen Befragung signalisierten die Ärzte im Allgemeinen jedoch eine eher positive Einstellung gegenüber Demenzkranken mit der Einschränkung, dass ca. ein Drittel über Gefühle der Hilflosigkeit berichtete. Auch in einer Untersuchung von de Lepeleire et al. (1994) beschreiben Ärzte in der Arbeit mit Demenzpatienten Frustration, eigene Angst vor der Erkrankung und Hilflosigkeit.

Doch worauf lassen sich diese Gefühle zurückführen? Eine Vielfalt von Gründen ist nach de Lepeleire von Bedeutung: So ist in der Regel nur sehr selten ein Therapieerfolg zu erwarten, was sowohl Patient und Angehörige belastet und frustriert, als auch den Arzt, der die schweren Einbußen der Lebensqualität voraussehen kann. Einen negativen Einfluss auf die Grundeinstellung der Ärzte zu Demenzpatienten hat zudem die starke Stigmatisierung und Tabuisierung der Demenz. Ein Teil der Hilflosigkeit lässt sich sicherlich auch durch das Fehlen eines strukturierten Vorgehens, eines Behandlungskonzepts erklären. In der Literatur ist dieses Gefühl der Ärzte, mangelnde Therapieoptionen zur Verfügung zu haben und eine dementsprechende Unsicherheit in der Versorgung von Demenzpatienten als

therapeutischer Nihilismus beschrieben (Wagner und Abholz 2002; Oláfsdóttir et al. 2001; Ruof et al. 2002).

Die Tatsache, dass die Mehrheit der Ärzte aller drei Gruppen in der vorliegenden postalischen Befragung eine positive Einstellung zu der Behandlung von Demenzpatienten äußerte, könnte als ein positiver Wandel in der ärztlichen Einstellung oder eine positivere Einstellung der Ärzte in Deutschland gegenüber dem europäischen Ausland interpretiert werden. Die positivere Einstellung könnte aber auch darauf zurückzuführen sein, dass die antwortenden Ärzte im Sinne sozialer Erwünschtheit geantwortet haben. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der allgemeinen Grundeinstellung der Ärzte gegenüber Demenzkranken konnten in dieser Umfrage nicht erkannt werden.

## **4.2 Diagnostik von Demenzerkrankungen**

Neben der adäquaten Diagnosestellung wird auch eine Früherkennung von demenziellen Syndromen zunehmend gefordert, weil nur bei erkannter Erkrankung entsprechende therapeutische sowie den Patienten und seine Familie unterstützende Schritte eingeleitet werden können (Vernooij-Dassen et al., 2005). Der Großteil der älteren Bevölkerung hat regelmäßigen Kontakt zum Hausarzt. Eine Studie von Riedel-Heller aus dem Jahr 2000 zeigt, dass 38% der Praxispatienten der Altersgruppe der über 65jährigen zuzuordnen sind (Riedel Heller et al., 2000). Daher ist der Hausarzt in einer wichtigen Position, um frühzeitige Veränderungen des Gedächtnisses und Denkvermögens zu bemerken, diese diagnostisch abzuklären und mit dem Patienten zu besprechen (Jarmatz und Sandholzer 1996; Pentzek und Abholz 2004). Doch wie ist die Vorgehensweise bezüglich der Diagnostik von Demenzerkrankungen in der ambulanten Versorgung?

In der wissenschaftlichen Literatur werden hierzu mehrere Themenbereiche diskutiert. So gibt es zunächst die Diskussion darüber, ob ein Screening auf kognitive Störungen ab einem bestimmten Alter Sinn macht. In der hier vorgestellten postalischen Befragung berichtete nur ein Teil der Ärzte, systematisch bei allen über 65jährigen nach Symptomen einer Demenz zu suchen: 34% der Neuropsychiater,

17% der Hausärzte Zufall und 24% der KND-Hausärzte. Auf der anderen Seite gaben rund 40% aller drei Gruppen an, nicht aktiv nach Demenzzymptomen zu suchen. Diese breite Varianz im täglichen Handeln passt zu dem wissenschaftlichen Stand der Diskussion, bei der kein Konsens darüber besteht, ob ein Screening sinnvoll ist:

- Nach Brodaty et al. (1998) bestehen zuwenig Untersuchungen über die Frage, wie stark die Screeninguntersuchung vom durchführenden Arzt abhängt und sie bemängeln eine fehlende Evaluation von eventuell auftretenden positiven und negativen Effekten des Screeningergebnisses auf Patient und Angehörige. Ferner fehlt ihrer Ansicht nach eine Kosten-Nutzen-Analyse der Einführung solcher Maßnahmen. Außerdem stellen sie dar, dass die Effektivität und die Vorteile von kognitiven Tests limitiert sind, d.h., dass die positiv prädiktiven Aussagewerte auf unter 50% beschränkt sind. Daher kommen sie zu dem Ergebnis, dass der Einsatz der Testverfahren erst beim aufkommenden Verdacht auf ein demenzielles Syndrom sinnvoll ist.
- Im Gegensatz dazu sprechen sich Sandholzer et al. (1999) für ein Screening auf kognitive Störungen aus. In ihrer Studie wurden im Rahmen einer geriatrischen Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut mithilfe des Mini-Mental-Status-Tests bei 21,4% der Patienten Anzeichen einer Demenz diagnostiziert. Ohne Screening hatten die behandelnden Ärzte nur bei 4,6% der Patienten Anzeichen einer Demenz gesehen. Überraschend war allerdings das Ergebnis, dass ein positives Screening praktisch nie diagnostische oder therapeutische Konsequenzen hatte. Nur in 2,5% der Fälle kam es zu einer Behandlungsveränderung. Obwohl Sandholzer sich also für ein Screening ausspricht, kann man das Ergebnis seiner Studie aber auch dahingehend interpretieren, dass Screening unter den momentan existierenden Voraussetzungen nicht viel Sinn macht. Über die Gründe kann man nur spekulieren. So könnte es sein, dass die Patienten trotz der kognitiven Defizite noch kompensiert und daher nicht hilfsbedürftig waren oder dass die Ärzte nicht wussten, was der nächste diagnostische Schritt gewesen wäre. Auch eine defizitäre Kenntnis von Behandlungsmöglichkeiten könnte an der fehlenden Reaktion der Ärzte Anteil gehabt haben.

Zu dem Ergebnis, dass in der Praxis eher kein Screening auf kognitive Störungen durchgeführt wird, passt nicht, dass alle drei Gruppen von Ärzten in der vorliegenden postalischen Befragung gegenüber der Frühdiagnostik sehr positiv eingestellt waren. Auch eine australische Studie fand eine solche Diskrepanz. So wenden nach einer Studie von Brodaty et al. (1990) in Australien nur 35% der Allgemeinärzte Screeninguntersuchungen in ihrem Praxisalltag an, obwohl 90% von ihnen eine positive Einstellung zu kurzen, einfachen Screeningverfahren für ältere Patienten aufweisen.

Erklärt werden könnte die Diskrepanz mit einer Lücke zwischen Wunsch und Realität: Die Ärzte befürworten grundsätzlich die Früherkennung von Erkrankungen, in der Praxisrealität nimmt das aber einen geringeren Stellenwert ein, zumal ungeklärt ist, was Früherkennung eigentlich bedeutet, d.h. welcher Zeitpunkt ist damit genau gemeint? Es könnte aber auch sein, dass die große Zustimmung zu der Aussage, dass die Früherkennung einer Demenz dem Patienten nützt, auf ein Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit zurück zu führen ist.

Ein weiterer Diskussionspunkt bezüglich der Diagnostik von Demenzen ist der Einsatz von Tests auf kognitive Störungen bei Verdacht auf Demenz, d.h. zur Verifizierung der Verdachtsdiagnose. In der hier vorgestellten postalischen Befragung gaben nur 35% (HÄZ) – 50% (KND) der Hausärzte an, bei Verdacht auf Demenz, einen Test zur Abklärung dieses Verdachts durchzuführen. Im Gegensatz dazu tun dies bei den Neuropsychiatern über 80%. Auch in der wissenschaftlichen Literatur werden Hausärzte grundsätzlich als zurückhaltend im Einsatz diagnostischer Tests beschrieben. Nach Downs et al. (2000) nutzen nur 15% der Ärzte regelmäßig Tests. Auch Cheok et al. (1997) zeigten auf, dass Ärzte zu selten Tests einsetzen. In der postalischen Befragung von Riedel-Heller et al. (2000) spielten in der Diagnostik von Demenzerkrankungen Informationen aus dem Gespräch mit Angehörigen eine sehr viel wichtigere Rolle als kognitive Tests oder apparative Diagnostik. Für den spärlichen Einsatz dieser Instrumente lassen sich verschiedene Gründe finden. So wird von einem Großteil der Ärzte auf das kleine Zeitfenster in der Sprechstunde verwiesen, in welchem die Minimalversorgung schon häufig zu kurz kommt (Boise et al., 1999; Riedel-Heller et al., 2000). So führen 35% der von Riedel-Heller et al. befragten Ärzte auf, dass der Zeitaufwand der Betreuung von Demenzpatienten, verglichen mit Tumorpatienten und Patienten mit

kardiovaskulären Erkrankungen am Größten ist. In den von Iliffe et al. analysierten Workshops wurde von den Teilnehmern beschrieben, dass kognitive Tests wie z.B. der MMSE den zeitlichen Rahmen einer Routinekonsultation beim Hausarzt sprengen (Iliffe et al., 2003). Auch Boise et al. (1999) beschreiben, dass der zeitliche Aufwand von mindestens 5-10 min für einen kognitiven Test in der Praxis nicht gegeben ist.

Überdies konnte in unterschiedlichen Studien festgestellt werden, dass Ärzte die Akzeptanz dieser Tests durch die Patienten falsch einschätzen. So ist die Akzeptanz der Tests bei den Patienten nach Untersuchungen von O'Connor et al. (1993) viel größer als die Ärzte annehmen. Nur eine Patientin von 174 Patienten, bei denen ein kognitiver Test durchgeführt wurde, zeigte eine ablehnende Haltung gegenüber einer jährlichen Testung. Auch Sandholzer et al. (1999) fanden heraus, dass ein kognitives Screening von 89% der Patienten als nützlich empfunden wird. Nach ihren Erkenntnissen hatten nur 1,5 % der Patienten nach dem Test mehr Sorgen um ihre Gesundheit, 15,7% weniger und bei 82,6% waren die Sorgen unverändert.

Es stellt sich die Frage, ob die Ärzte wirklich nur eine falsche Vorstellung davon haben, was ihre Patienten von ihnen erwarten oder ob es zusätzlich ihre eigenen Ängste sind, die den mangelnden Gebrauch von diagnostischen Tests erklären. Van Hout et al. (2000) berichten, dass Ärzte gegenüber den Patienten beim Ansprechen und Abklären von kognitiven Problemen Scham empfinden.

Die Zurückhaltung im Einsatz von Tests auf kognitive Störungen könnte aber auch auf den Kenntnisstand der Ärzte über die Demenz zurückzuführen sein. So kannten in einem von Barrett et al. (1997) durchgeführten Multiple-Choice Test mit Hausärzten 44% nicht das Vorgehen, mit dem eine Alzheimer Diagnose gestellt wird. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Renshaw et al. (2001) und Downs et al. (2000). Die fehlende Kenntnis einer genauen Definition der Demenz und von diagnostischen Kriterien ist ebenso in der Arbeit von de Lepeleire et al. (1994) beschrieben.

In der vorliegenden Studie, in der die subjektive Wahrnehmung des eigenen Wissensstandes ebenfalls abgefragt wurde, wurden Wissensdefizite eher von den Allgemeinärzten berichtet als von den Neuropsychiatern. Grund dafür könnte sein, dass demenziellen Syndromen in der allgemeinen medizinischen Ausbildung zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt wird und dass auch in der Facharztweiterbildung

zum Allgemeinmediziner das Thema Demenz, trotz des steigenden Anteils an geriatrischen Patienten in der Hausarztpraxis, zu kurz kommt.

Zusammenfassend zeigt sich in dieser Befragung eine Diskrepanz zwischen dem breiten Glauben an einen Nutzen der Früherkennung und dem eher als vorsichtig beschriebenen diagnostischen Vorgehen im Alltag – insbesondere bei Hausärzten. Geschlechtsspezifisch gibt es kaum Unterschiede. In der Gruppe der Neuropsychiater wie auch in der Gruppe aller Befragungsteilnehmer bewerten Frauen den Nutzen einer Früherkennung noch positiver als ihre männlichen Kollegen, was zu dem Befund anderer Studien passen könnte, dass Ärztinnen generell mehr Wert auf Vorsorge und Screening legen und mehr entsprechende Untersuchungen durchführen (siehe Kapitel 1.4).

### **4.3 Kooperation mit Gebietsärzten**

In der Analyse der Versorgungssituation von Demenzpatienten muss auch die Zusammenarbeit der Allgemein- und Gebietsärzte beleuchtet werden. Es ist bezeichnend für einen Verbesserungsbedarf, dass eine allgemeine Uneinigkeit darüber besteht, wer in der Versorgung von Demenzpatienten das Therapiemanagement übernehmen sollte. So sind in der aktuellen Studie 70% der befragten Neuropsychiater der Meinung, dass das Therapiemanagement in ihrer Hand liegen sollte. Gegensätzlich dazu steht nach den folgenden Studien die Meinung der Allgemeinärzte:

- Olafsdottir et al. (2001) stellen dar, dass sich Hausärzte für das Management von Demenzpatienten zuständig fühlen und höchstens eventuell die Einführung eines Koordinators in der Demenzversorgung befürworten würden.
- In der Studie von Sandholzer et al. (1999) besteht ebenfalls ein klares Bekenntnis zum Therapiemanagement und zur Qualitätssicherung durch den Hausarzt. Sie verweisen auf eine Untersuchung aus England, wo es nach Einführung anderer Koordinatoren zu erhöhten Heimeinweisungszahlen kam.
- Auch im Artikel von Riedel-Heller et al. (2000) wurde für das Management der Demenzkranken durch den Hausarzt plädiert.

- Stoppe et al. (2004) entwickelten einen Algorithmus, der dem Hausarzt für weite Strecken der Demenzerkrankung die alleinige Versorgungsaufgabe zuschreibt. Die Zuweisung zum Facharzt solle bei der Mehrheit der Patienten (jenen mit „typischer“ Symptomatik der Alzheimererkrankung) erst kurz vor der Heimeinweisung erfolgen.

In der aktuellen postalischen Befragung geben 60% der befragten Hausärzte an, bei Verdacht auf ein demenzielles Syndrom regelmäßig an einen Neurologen oder Psychiater zu überweisen. Überwiesen wird, damit der Gebietsarzt eine ausreichende Differentialdiagnostik leisten kann, zur Überprüfung einer Therapieindikation und nach Auffassung der Neuropsychiater vor allem aus budgetären Gründen. Waldorff und Möller (2001) berichten hingegen von seltenen Überweisungen und von einer Abnahme von Überweisungen. Sie vermuten, dass seltener gewordene Überweisungen mit neuen Therapieoptionen in Verbindung stehen.

Das Überweisungsverhalten hängt aber auch von der Bereitschaft der Patienten ab, sich von einem Neurologen oder gar Psychiater behandeln zu lassen. In einer Untersuchung von Riedel-Heller et al. (2000) sind 94% der Ärzte der Meinung, dass Patienten keine vollständige fachspezifische Weiterbehandlung wollen. 77% der Ärzte geben an, dass dies auch die Angehörigen ablehnen. Entschließt sich der Arzt dennoch zu einer Überweisung, so wird der Neurologe/Nervenarzt dem Psychiater vorgezogen, was an einer eventuell bestehenden negativen Assoziation der Patienten und Angehörigen zur Berufsgruppe der Psychiater liegen könnte. Der Kontakt zu einem Psychiater wird in der Gesellschaft stigmatisiert.

Doch auch bei einigen Ärzten liegt eine negative Einstellung zu Spezialisten vor. So wird von Boise et al. (1999) ein Arzt zitiert, welcher der Meinung ist, dass die Gebietsärzte nur dieselben Tests noch einmal durchführen würden, die Familie finanziell belasteten und sehr unpersönlich mit den Betroffenen umgingen. Ein anderer berichtet – aufgrund ähnlicher negativer Erfahrungen – nur auf Wunsch der Angehörigen zu überweisen.

Sowohl in der Literatur als auch in der eigenen Untersuchung wird deutlich, dass kein einheitliches Überweisungsverhalten besteht. Ferner sind die Motive für selbiges

unterschiedlich. Bei de Lepeleire et al. (1994) wurden von den allgemeinärztlich tätigen Hausärzten als Grund für eine Überweisung, eine schnelle Krankheitsprogression, eine CT-Indikation sowie das Bitten der Familie auf spezialisierte Betreuung als Gründe angegeben. Die Fachärzte der aktuellen Studie sind im Widerspruch dazu der Meinung, besonders aus budgetären Gründen, d.h. um den Patienten mit kognitiven Einschränkungen die teuren Antidementiva zu verschreiben, in die Versorgung dieser Patientengruppe eingebunden zu werden.

Wo sollte demzufolge angesetzt werden, um die Kooperation der Ärzte untereinander zu verbessern? Kann der Hausarzt in der heutigen Zeit weiterhin die Rolle des Koordinators in der medizinischen Versorgung behalten oder müssen für die verschiedenen Bereiche Koordinierungshelfer eingeführt werden, wie sie im Ausland zum Teil bereits existieren (z.B. „Aged Care Assessment Teams“ in Australien)? In einer Studie von van Hout et al. (2000) stimmen 73% der Ärzte der Aussage zu, dass die Koordination der Demenzversorgung nicht unbedingt vom Allgemeinarzt geleistet werden muss.

Beim Vergleich der Antworten der Ärztinnen und Ärzte sind im Bereich der Kooperation keine Unterschiede im Antwortverhalten festzustellen.

## **4.4 Therapie**

### **4.4.1 Allgemeine Aspekte der Therapie**

Alle drei Arztgruppen legen großen Wert auf die Behandlung von Komorbiditäten. Auch berichten die drei Arztgruppen, dem Patienten und seinen Angehörigen in der Alltagsbewältigung Hilfestellung anzubieten. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigten sich hinsichtlich der Selbsteinschätzung der therapeutischen Kompetenz: Neurologen und Psychiater schreiben sich eine höhere Kompetenz zu. Angesichts der zwar nicht umgesetzten, aber doch intendierten Arbeitsteilung zwischen Hausärzten und Neurologen und Psychiatern im deutschen Gesundheitswesen, bei der Spezialisten insbesondere die Aufgaben der Diagnosesicherung und Therapieinitiierung wahrnehmen, ist dieses Ergebnis nicht überraschend.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei Item 19 „In der Therapie von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.“ nicht zu finden.

#### 4.4.1 Medikamente

Die Ergebnisse zum Thema „Antidementiva“ werden vor dem Hintergrund des Arzneiverordnungsreportes 2005 diskutiert (Schwabe und Paffrath, 2005), der die Verordnungszahlen des Jahres 2004 analysiert. Im Arzneiverordnungsreport (AVR) wurde als Trend festgestellt, dass die Verschreibung von Cholinesterasehemmern seit dem Jahr 2000 kontinuierlich zugenommen hat und im Jahr 2004 (dem Jahr, in dem die postalische Befragung durchgeführt wurde) einen Anteil von 23% an den verordneten Tagesdosen erreichte. Die Informationen aus dem Arzneiverordnungsreport in Bezug auf die weiteren in der postalischen Befragung abgefragten Wirkstoffe sind in Tabelle 9 dargestellt.

**Tabelle 9: Verordnungen von ausgewählten Antidementiva in 2004 (Arzneiverordnungsreport 2005) und subjektive Angaben aus der postalischen Befragung**

	AVR 2005		Postalische Befragung „häufiger Einsatz von...“ in % der jeweiligen Berufsgruppe*		
	DDD in Mio	%	HÄZ	KND-HÄ	N/P
<b>Cholinesterasehemmer</b>	22,2	23	31	37	60
<b>Memantine</b>	13,5	14	23	19	24
<b>Ginkgo</b>	16,0	16,7	37	24	7
<b>Piracetam</b>	29,8	31,1	12	15	15
<b>Cyclandelat</b>	1,8	1,9	1	2	1
<b>Cinnarizin</b>	2,4	2,5	0	5	3
<b>Nimodipin</b>	0,4	0,4	4	7	3
<b>Vitamin E</b>	k.A.	k.A.	4	2	3
<b>Andere</b>	9,6	10	---	---	---
<b>Summe</b>	95,7	99,6%	---	---	---

DDD = defined daily dose; k.A. = keine Angaben; \* = Mehrfachnennungen möglich

Ein Vergleich dieser Daten mit den Ergebnissen der postalischen Befragung ist aus mehreren Gründen äußerst schwierig:

1. In der postalischen Befragung wurde den Ärzten die folgende Frage gestellt: „Welche der folgenden Wirkstoffe setzen Sie in der Therapie Ihrer Demenzpatienten regelmäßig ein? (6-er Likert Skala: gar nicht ... immer).“ Die Angaben der Ärzte spiegeln also die subjektive Verordnungshäufigkeit bezogen auf den einzelnen Wirkstoff wieder, die Angaben im AVR beschreiben hingegen den Anteil der einzelnen Wirkstoffe an der Gesamtheit der verordneten Tagestherapiedosen.
2. Die Angaben im Arzneiverordnungsreport differenzieren nicht zwischen verschreibenden Hausärzten und Neurologen und Psychiatern.

Trotz dieser Einschränkungen lässt sich zumindest grob feststellen, dass – passend zu den Daten des AVR – auch im subjektiven Verordnungsgeschehen die Cholinesterasehemmer, Memantine, Ginkgo und Piracetam eine weitaus größere Rolle spielen als die übrigen Wirkstoffe.

Unterschiede zwischen Hausärzten und Neuropsychiatern in Bezug auf die Verordnungshäufigkeit von Cholinesterasehemmern können wie folgt eingeordnet werden: Einerseits sind sicherlich Gründe in den Budgeteinschränkungen zu suchen. Grundsätzlich müssen Hausärzte zwar keinen Regress befürchten, wenn sie Cholinesterasehemmer für Patienten verschreiben, für die sie indiziert sind. Unter Umständen müssen sie sich aber gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung rechtfertigen - ein Aufwand, den viele Hausärzte scheuen und verkürzt als Budgeteinschränkung bezeichnen.

Andererseits könnte die geringere Verordnungshäufigkeit mit einer geringeren Wirksamkeitseinschätzung zusammenhängen. Doch wie Wirksamkeitsannahmen von Ärzten zustande kommen, ist wenig untersucht. Bei Cholinesterasehemmern ist die Wirksamkeitseinschätzung dadurch besonders schwierig, dass nur wenige Patienten in einem kleinen Maße profitieren. So zeigte eine Metaanalyse von 16 Studien zum Einsatz von Cholinesterasehemmern im Vergleich zum Placebo nur für 9% der Patienten einen signifikanten Nutzen (Lanctot et al. 2003). Zusätzlich wurden in anderen Studien die Langzeiteffekte der Therapie unter Cholinesterasehemmern als sehr gering eingestuft (AD2000 Collaborative Group).

Bei Ginkgo sind Versuche zahlreicher Studien, eine Wirksamkeit dieses Naturproduktes nachzuweisen, mehrheitlich gescheitert. Bei nur geringen Unterschieden zu Placebo besteht eine mangelhafte Evidenz für die Wirksamkeit. Zudem ist ein großer Anteil der durchgeführten Studien methodisch so mangelhaft, dass die Ergebnisse sehr kritisch analysiert werden müssen. In der aktuellen Befragung wird die Verschreibungsrealität wie folgt dargestellt: 37% der HÄZ verschreiben Ginkgo häufig, 24% der KND-Ärzte und im Unterschied dazu nur 7% der Neuropsychiater, allerdings verschreiben rund 38% der Neuropsychiater Ginkgo mittelhäufig. Bei den Hausärzten könnte das häufigere Ordnungsverhalten darauf zurück zu führen sein, dass sie den Wirkstoff zwar für nicht besonders wirksam, aber auch für nicht besonders schädlich halten – kostengünstig obendrein – und damit mit der Verschreibung den Patienten eine gewisse Hoffnung auf Besserung geben.

In allen drei Berufsgruppen zeigen sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Einsatz und Wirksamkeitseinschätzung der Demenzmedikation. Innerhalb der Gruppe aller befragten Ärztinnen und Ärzte zeigt sich allerdings die Tendenz, dass Frauen die Wirksamkeit von Ginkgo, Nimodipin und Vitamin E als etwas weniger kritisch ansehen als die Männer.

#### **4.5 Patientenaufklärung**

Die Aufklärung der Patienten stellt, besonders bei Erkrankungen mit schwerem, unheilbarem Verlauf, eine besondere Aufgabe in der Arbeit des Mediziners dar. Es muss hierbei der richtige Zeitpunkt, der Umfang der Informationen sowie der Rahmen des Gespräches auf die individuellen Begebenheiten des Patienten abgestimmt werden. Besonders das frühzeitige Ansprechen von kognitiven Defiziten ist nicht einfach. Viele Patienten verleugnen und bagatellisieren in diesem Stadium die Symptome und wollen ungern auf ihre Probleme angesprochen werden (Kaduszkiewicz und van den Bussche, 2005). Die Frage ist, in wieweit sich die Ärzte auf dieses Vermeidungsverhalten einlassen und welche Einstellung sie - im Bezug auf eine frühzeitige Aufklärung - vertreten und umsetzen. In der dargestellten postalischen Befragung ist eine allgemein positive Einstellung zur frühen Aufklärung zu erkennen, es zeigen sich aber auch Widersprüche. So stimmen ca. 70% der Ärzte

aller drei Gruppen der Aussage zu, dass Patienten möglichst früh aufgeklärt werden sollten, um die Chance zu haben, für die Zukunft zu planen. Dieses Ergebnis passt zu der grundsätzlich positiven Einstellung zur frühzeitigen Aufklärung, die in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben wird. Nach Horroyd et al. (1996) würden 80% älterer Menschen die Diagnose wissen wollen, wenn sie an Alzheimer erkrankt wären. 92% der Patienten mit leichter Demenz wünschen nach Pinner et al. (2003) eine ausführliche Auskunft. In einer Untersuchung von Jha et al. (2001) sprachen sich 100% der Patienten mit vaskulärer Demenz für eine Aufklärung aus, bei den Alzheimer Patienten waren es 68%.

In einer Untersuchung von Cohrs et al. (2000) sprachen sich auch die Angehörigen deutlich für eine frühe Aufklärung des Patienten bei einer Demenzerkrankung aus. Favorisiert wird sie aus folgenden Gründen:

1. Das Leben in der Zukunft kann besser geplant werden.
2. Die Familie kann sich gezielt über die Erkrankung informieren.
3. Die Veränderungen des Patienten werden erklärt.
4. Man kann rechtzeitig Behandlungen beginnen und Hilfsangebote in Anspruch nehmen.

Auch Pinner et al. (2000) sowie Maguire (2002) beschreiben die Vorteile einer frühzeitigen Information über den Krankheitsverlauf und appellieren an Sensitivität, Flexibilität und Diskretion im Gespräch mit dem Patienten.

Gordon & Goldstein (2001) argumentieren aus ethischer Sicht für eine Aufklärung des Patienten. Sie stellen dar, dass der Respekt für die Autonomie und eigenständige Entscheidungsfähigkeit des Patienten gewahrt werden sollte. Weiterhin sind in einer Umfrage von Riedel-Heller et al. (2001) 87% der Ärzte der Überzeugung, dass Gedächtnistraining den Verlauf einer Demenz verzögern kann, und 59% meinen sogar, dass dadurch eine Verbesserung der Symptome erzielt werden kann. Auch darf man nicht außer Acht lassen, dass eine Aufklärung mit Hinweisen auf Gefahren verbunden ist, die eine demenzielle Erkrankung mit sich bringen kann. So wird z.B. im Verlauf der Demenz die Fahrtüchtigkeit nachlassen und Patient und Angehörige sollten diesbezüglich gut informiert worden sein.

Albert et al. (2002) wiesen sogar eine Korrelation zwischen Aufklärungszeitpunkt und Kosten in der Primärversorgung nach. Die Autoren erklären die höheren Kosten bei Patienten mit einer späten Diagnose der Demenz mit der Tatsache, dass Patienten und Angehörige auf der Suche nach Gründen für die kognitiven Einschränkungen in

den Jahren vor der Aufklärung vermehrt Ärzte verschiedener Gebiete konsultiert haben. Zu demselben Ergebnis kamen Duncan und Siegal (1998).

Trotz der grundsätzlich positiven Einstellung zur Aufklärung, zeigen sich in der postalischen Befragung Widersprüche. So geben 42% der HÄZ, 29% der KND-Ärzte und 38% der Neuropsychiater an, dass die Patienten sich schämen, wenn sie auf ihre kognitiven Defizite angesprochen werden und nur 35% der HÄZ, 43% der KND-Ärzte sowie 37% der Neuropsychiater geben an, dass die Patienten dankbar auf die Aufklärung reagieren. Auch die Verwendung der Begriffe „Alzheimer“ und „Demenz“ ist nicht selbstverständlich: So vermeiden über 50% der Hausärzte-Zufall diese Worte im Patientengespräch. Neurologen und Psychiater hingegen nennen die kognitiven Beeinträchtigungen häufiger beim Namen. Auch diese widersprüchliche Realität der Aufklärungspraxis wird in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben. Vasillas und Donaldson beschäftigten sich 1998 mit der Frage, ob Ärzten die Aufklärung über eine terminale Krebserkrankung ebenso schwer fällt wie die Aufklärung über eine Demenz. Dabei wurde ein klarer Unterschied deutlich: Während 95% der befragten Ärzte angaben, immer bzw. oft Krebspatienten über ihre terminale Krebserkrankung zu informieren, taten sie dies nur bei 39% ihrer Demenzpatienten. Als Gründe für dieses ungleiche Verhalten wurden genannt: eine Unsicherheit bezüglich der Diagnose, der fehlende Wunsch des Patienten nach Aufklärung und eine emotionale Labilität des Patienten.

In der aktuellen Befragung gaben rund 16% jeder Gruppe an, dass sie die Patienten nur aufklären, wenn sie explizit darum gebeten werden und immerhin 25% der Neurologen/Psychiater und Hausärzte-Zufall sowie 17% der KND-Ärzte stimmten diesem Vorgehen teilweise zu. Auch in einer anderen Studie stellte man fest, dass nur 50% der Hausärzte die Diagnose einer Demenz ausführlich mit den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen besprechen (Ólafsdóttir et al., 2001).

Die Ursachen des Missverhältnisses zwischen der idealen Vorstellung der Patientenaufklärung und der Realität werden in der vorliegenden postalischen Befragung nur indirekt angeschnitten. So wurde schon in Kapitel 4.1 dargestellt, dass ein nicht unbedeutender Anteil der Ärzte (12% HÄZ, 10% KND, 8% N/P) gegenüber dem Krankheitsbild der Demenz Hilflosigkeit verspürt und daher möglicherweise eine

gewisse Distanz aufbaut (de Lepeleire et al. 1994). Des Weiteren müssen sich die Ärzte nach einer Aufklärung mit der Reaktion der Patienten auseinandersetzen. In der aktuellen Umfrage gaben die meisten Ärzte sowohl dem Vorkommen von schamhaften als auch von dankbaren Reaktionen der Patienten teilweise ihre Zustimmung. Eine unterschiedliche Reaktion von Patienten auf Aufklärung zeigt sich auch in der Untersuchung von Jha et al. (2001). Keiner der Patienten mit vaskulärer Demenz war nach der Diagnosestellung sehr bestürzt. Die Aufklärung einer Alzheimer Demenz löste jedoch bei 33% der betroffenen Patienten Bestürzung aus.

Kurz et al. (2004) präsentieren das Ergebnis einer aus erfahrenen Ärzten und Neuropsychologen zusammengesetzten Arbeitsgruppe zum Thema Kommunikation mit Demenzkranken und ihren Bezugspersonen. Sie geben eine konkrete Darstellung der idealen ärztlichen Gesprächsführung im Umgang mit Demenzpatienten und ihren Bezugspersonen. Es werden die Probleme der Kommunikation mit Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten erörtert und Verbesserungsvorschläge gemacht. Als ideale Vorstellungen werden von den Autoren einige Punkte besonders hervorgehoben:

- So sollte der Patient immer mit der diagnostischen Abklärung einverstanden sein.
- Der Patient hat die Wahl, in wieweit er die Untersuchungsergebnisse erfahren will und er bestimmt über die Weitergabe der diagnostischen Informationen an Bezugspersonen. Der Patient darf mit der Diagnose Alzheimer also nicht sogleich entmündigt werden.
- Nach Zustimmung des Patienten sollte der verantwortliche Arzt ein Gespräch mit den Angehörigen allein führen.
- „Wie etwas gesagt wird“ spielt eine besonders wichtige Rolle. Begriffe wie „Demenz“ oder „Alzheimer-Krankheit“ sind mit Angst besetzt und dürfen nach der Meinung von Kurz et al. (2004) daher niemals ohne nähere Erläuterungen verwendet werden.

Wie diese näheren Erläuterungen genau beschaffen sein sollten, beschreiben Kurz et al. (2004) nicht. Man sollte diesen Hinweis aber nicht dahingehend missverstehen, dass man diese Begriffe gar nicht verwenden sollte.

Gordon & Goldstein (2001) empfehlen in ihrem Artikel, den Begriff Alzheimer langsam ins Gespräch einzubauen, die Reaktion des Patienten zu beobachten und den Begriff dann immer wieder aufzugreifen und den Patienten zum Nachfragen zu ermuntern. Auch bei Boise et al. (1999) wird die Begriffsnutzung thematisiert. Die Autoren stellen jedoch nicht dar, ob es bei den Ärzten eine Tendenz in eine Richtung gibt. Es wird nur erwähnt, dass es Ärzte gibt, die sich für die Benennung der Demenz als Alzheimer Demenz aussprechen und solche, die den Begriff in Sorge um die emotionale Labilität des Patienten eher vermeiden.

Wie oben bereits erwähnt, wurde in dieser postalischen Befragung die Begriffsnutzung der Ärzte im Patientengespräch ebenfalls hinterfragt. Die Hausärzte verwenden die Begriffe „Demenz“ und „Alzheimer“ vorsichtiger als ihre Kollegen der Neurologie und Psychiatrie. Eventuell lässt sich dieser Unterschied erneut durch die Unsicherheit der Allgemeinärzte gegenüber dem Thema Demenz erklären. Boise et al. (1999) beschreiben, dass einige Ärzte bei Verwendung der stark negativ assoziierten Begriffe depressive Reaktionen der Patienten befürchten, für welche sie dann kein Konzept zur Verfügung hätten. Daraus kann ein Vermeidungsverhalten resultieren.

Die Diskrepanz zwischen der Idealvorstellung eines Aufklärungsgesprächs und der Realität wird wahrscheinlich auch durch den großen Zeitaufwand für ein gutes Aufklärungsgespräch bedingt (Boise et al., 1999; Riedel-Heller et al., 2000). Des weiteren bedarf das Gespräch mit Demenzpatienten eine besondere Sensibilität und individuelle Flexibilität (Bouchard et al. 1995, Bush 1999), zu welcher einige Ärzte sich in der alltäglichen Praxissituation möglicherweise nicht gewachsen sehen.

Da eine gute Aufklärung, wie zu Beginn dieses Kapitels erläutert, sowohl für die Patienten als auch für ihre Angehörigen von enormer Bedeutung ist (Cohrs et al., 2000; Connell et al., 2004; Gordon und Goldstein 2001) wird in diesem Punkt der ambulanten Versorgung ein Verbesserungsbedarf deutlich.

Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nur gruppenübergreifend. Überraschend ist jedoch, dass die in der Literatur beschriebenen Kommunikationsvorteile von Ärztinnen in unserer Studie nicht bestätigt werden können. So bewerten 12% der befragten Ärztinnen im Gegensatz zu 6% der Ärzte die Aufklärung des Patienten als eher schädlich als nützlich. Auch vermeiden

Ärztinnen die Begriffe „Alzheimer“ und „Demenz“ häufiger als ihre männlichen Kollegen. Passend dazu beschreiben Ärztinnen häufiger eine schamhafte Reaktion der Patienten auf das Ansprechen von kognitiven Defiziten, woraus ihre stärkere Zurückhaltung bei der Aufklärung möglicherweise resultiert. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu anderen Ergebnissen in der wissenschaftlichen Literatur, nach denen Frauen Patienten in der Regel ausführlicher über ihre Erkrankungen informieren und eine bessere Aufklärung leisten (Roter und Hall, 2001).

#### **4.6 Interaktion mit Angehörigen**

Im Verlauf der gesamten Arbeit wurde bereits mehrfach auf die zentrale Rolle der Angehörigen in der Betreuung von Demenzpatienten hingewiesen. Bereits in der Phase des Verdachts auf eine demenzielle Erkrankung geben sie dem Arzt häufig die entscheidenden Informationen (Riedel-Heller et al., 2000). Ist die Verdachtsdiagnose einer Demenz bestätigt, so wird es nicht nur für den Patienten, sondern auch für seine Angehörigen zu einer Vielzahl von Veränderungen kommen. Demenz ist eine Erkrankung, die in einem starken Ausmaß auch die Familie betrifft. Die Erkrankung hat einen progredienten Verlauf, d.h. die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Patienten nimmt mit der Zeit zu und dementsprechend in der Regel auch die Belastung der pflegenden Angehörigen. In einer Reihe von Studien wurden die Folgen dieser Belastungen auf die Gesundheit, das soziale Umfeld sowie die finanzielle Situation der pflegenden Angehörigen untersucht (Gräßel, 1994 und 1998; Schulz et al. 1995, Howarth et al. 1999).

Nach Angaben von Stuhlmann (in Wächtler, 2003) werden in Deutschland in den Anfangsstadien ca. 80% der Demenzkranken von ihren Angehörigen versorgt. Diese zentrale Position in der Demenzversorgung bedingt einen engen Kontakt des zuständigen Arztes zu der pflegenden Familie. Vor allem in Hinblick auf die Tatsache, dass die Familie ab einem fortgeschrittenen Zeitpunkt der Erkrankung möglicherweise die hauptsächliche Kommunikation mit dem Arzt übernehmen wird. In der aktuellen postalischen Befragung wurde daher ein besonderes Augenmerk auf die Interaktion der Ärzte mit den Angehörigen gelegt. Es wurden zwei Bereiche betrachtet:

1. Die Hilfestellung, die der Arzt den pflegenden Angehörigen anbietet: Zu welchen Einrichtungen wird regelmäßiger Kontakt empfohlen? Wie nützlich schätzen die Ärzte ihre Hilfe selbst ein und wie beurteilen sie den Gesprächsbedarf der Angehörigen?
2. Die Art der Aufklärung der Angehörigen im Vergleich zur Aufklärung der Patienten.

Ein überraschendes Ergebnis in diesem Bereich ist, dass die Ärzte aller drei Gruppen die Zusammenarbeit mit Hilfseinrichtungen als besonders intensiv beschreiben. So gaben ca. 50% der Ärzte an, den Angehörigen den Kontakt zur Alzheimer Gesellschaft zu empfehlen. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu der Studie von Riedel-Heller et al. (2000), nach welcher nur 4% der befragten Ärzte mit der Alzheimer Gesellschaft oder der Hirnliga kooperieren. Auch in den der postalischen Befragung vorausgehenden Interviews war eher der Eindruck entstanden, die Kooperation der Ärzte mit der Alzheimer Gesellschaft wäre selten (Kaduskiewicz und van den Bussche, 2003). Die Autoren vermuten als Grund, dass die Hausärzte zu wenig über bestehende Angebote in der Demenzversorgung informiert sind.

Auch eine Empfehlung an die Angehörigen, sich an Selbsthilfegruppen zu wenden, wird gemäß ihrer Selbstwahrnehmung von allen drei Arztgruppen der Untersuchung häufig ausgesprochen (60% der KND und HÄZ, 70% der N/P).

Diese Angaben entsprechen den Ergebnissen einer Quer- und Längsschnittstudie der Universität Halle-Wittenberg zur Zusammenarbeit von Ärzten mit Selbsthilfegruppen. Hier gaben 80% der niedergelassenen Ärzte im Raum Bielefeld sowie 73% im Kreis Halle/ Wittenberg an, ihren Patienten in den vergangenen 12 Monaten die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe empfohlen zu haben. Kontakte mit einer Selbsthilfegruppe in den letzten 12 Monaten gaben 36% der niedergelassenen Ärzte im Raum Bielefeld sowie 21% im Raum Halle/Wittenberg an. Hierbei ist zu unterscheiden, dass ein Teil der Ärzte nur einen indirekten Kontakt durch die Weitergabe von Broschüren pflegt, wohingegen andere intensiv Selbsthilfegruppen betreuen (Slesina und Knerr, 2005).

In einem anderen Teil der Untersuchung wurden auch 167 Selbsthilfegruppen befragt. 28,1% wünschen sich eine größere Bereitschaft von Ärzten zu konkreten Kooperationen (Kretzschmar und Slesina 2005).

Dass eine Zusammenarbeit mit Hilfsangeboten als Unterstützung der Angehörigen besonders wichtig ist, wurde mehrfach in der wissenschaftlichen Literatur thematisiert. So sehen Bruce et al. (2002) den Blick ins Umfeld des Demenzkranken als bedeutungsvoll an und stellen dar, dass eine falsche Einstellung sowohl vom pflegenden Angehörigen als auch vom Arzt in Verbindung mit Zeitnot zu einer inadäquaten Auseinandersetzung mit den Problemen des Pflegenden führen kann. Es sei daher wichtig, Strategien zu entwickeln, um die Kommunikation zwischen Arzt und Angehörigen zu verbessern und den Arzt auf die Gefahr der Überforderung des pflegenden Familienmitglieds zu sensibilisieren und die Zusammenarbeit mit bestehenden Unterstützungsangeboten zu fördern. Auch andere Autoren sprechen sich für eine engere Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft (Gordon und Goldstein (2001), Wormstall et al. (1996)) oder mit anderen Versorgungseinrichtungen (Kurz et al., 2001) aus. In einer Studie von Olafsdottir et al. (2001) wird der Verbesserungsbedarf in der Kooperation mit anderen Einrichtungen ebenfalls deutlich: nur 24% der befragten Ärzte gaben an, mit der Kooperation mit unterstützenden Einrichtungen zufrieden zu sein. Leider wurden von den Autoren mögliche Gründe nicht näher hinterfragt.

Des Weiteren wurde in der postalischen Befragung das Aufklärungsgespräch mit den Angehörigen angesprochen. In der Literatur wurde bereits in verschiedenen Studien festgestellt, dass sich die Aufklärung der Familienmitglieder von der des Patienten stark unterscheidet. So fanden Rice et al. (1994) bei einer postalischen Befragung heraus, dass die Angehörigen in über 90% der Fälle aufgeklärt wurden, während dies bei Patienten mit leichter Demenz in ca. 40%, bei Patienten mit mittelschwerer Demenz in 15% und bei Patienten mit schwerer Demenz fast nie der Fall war. Als Gründe gaben die Ärzte an, dass die Informationen, die sie dem Patienten weitergeben, vom Patienten bestimmt werden, d.h., dass sie nur das erzählen, was der Patient wissen möchte. 41% der Ärzte einer Studie von de Lepeleire et al. (2004) machen die Entscheidung, ob sie den Patienten aufklären, von dem Wunsch der Angehörigen abhängig. Diese Ansätze stehen, wie schon in Kapitel 4.5 erwähnt, im

Widerspruch zu der Sichtweise, dass den Patienten soviel Autonomie wie möglich eingeräumt werden sollte und, dass sie die Möglichkeit haben sollten, eigene Entscheidungen zu treffen (Gordon und Goldstein, 2001). Dass eine ausführliche Aufklärung des pflegenden Angehörigen, bedingt durch die wichtige Position im Leben des Demenzpatienten, jedoch generell einen positiven Einfluss auf das Management der Erkrankung hat, stellten Wald et al. (2003) dar.

Im Einklang mit den oben dargestellten Studien lehnten in der aktuellen Befragung ca. 70% aller Ärzte die Aussage ab, dass sie gegenüber den Angehörigen die genaue Diagnose vermeiden und eher von z.B. „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörung“ sprechen. Auch stimmten 70% der Ärzte aller drei Gruppen der Äußerung zu, dass sie die Angehörigen detaillierter über den Verlauf der Erkrankung informieren als die Patienten. Es ist somit deutlich, dass das Gespräch mit den betroffenen Angehörigen ehrlicher und ausführlicher geführt wird und demnach eher den Idealvorstellungen einer guten Aufklärung entspricht.

Geschlechtsspezifische Unterschiede treten bei der Frage nach Interaktion mit den Angehörigen in der Demenzversorgung weder gruppenspezifisch noch gruppenübergreifend auf. Man hätte vermuten können, dass Frauen vermehrt mit Selbsthilfegruppen kooperieren. Zu dieser These gibt es jedoch bisher keine wissenschaftliche Studie bzw. Untersuchung und in der hier analysierten Befragung konnte dieser Unterschied nicht festgestellt werden.

#### **4.7 Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation**

Die Ärzte aller drei Gruppen sehen mehrheitlich einen Verbesserungsbedarf in der Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen, z.B. einen Mehrbedarf an Tageskliniken, sozialen Diensten und Optimierungen im pflegerischen Angebot.

Diese Einschätzung stimmt mit der der Sachverständigenkommission des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in ihrem Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland überein, die Versorgungsmängel im stationären, teilstationären sowie im ambulanten Bereich beschreibt (BMFSFJ, 2001). Bei der zu erwartenden demographischen Entwicklung und dem damit

verbunden Anstieg von Demenzerkrankungen werden die Versorgungssysteme vor die große Aufgabe gestellt, dem Mehrbedarf unter finanziellen Restriktionen gerecht zu werden.

Ein Unterschied zwischen Hausärzten und Neuropsychiatern fand sich hinsichtlich des Nutzens, den sie Leitlinien (LL) oder Fortbildungen zum Umgang mit Demenzpatienten zuschrieben: die Gebietsärzte gaben seltener an, an einer Fortbildung interessiert zu sein oder von Leitlinien in der Demenzversorgung zu profitieren.

Auch andere Untersuchungen zur allgemeinen Einstellung von Ärzten zu Leitlinien zeigen ein differenziertes Bild. In einer postalischen Befragung von Siriwardena et al. (1995) gaben 69% der befragten Allgemeinärzte in England an, dass der Gebrauch von Leitlinien die Patientenversorgung verbessert. Auch in Deutschland wurden in einer multizentrischen Querschnittsstudie zur Einstellung von Ärzten gegenüber Leitlinien selbige mehrheitlich als Instrumente zur Qualitätssicherung und -verbesserung sowie als gute Weiterbildungsmöglichkeit angesehen (Hasenbein et al., 2005). Es ist hier jedoch zu bemerken, dass in dieser Untersuchung in Krankenhäusern tätig Ärzte befragt wurden. Für Basisleitlinien in der Allgemeinmedizin sprechen sich Fischer et al. (2001) aus, da sie der Meinung sind, dass sie wesentlich zur Strukturierung des Faches sowie zur Transparenz von Versorgungsaufgaben und zur Qualitätsförderung beitragen können.

In einer weiteren Befragung von Berliner Hausärzten werden LL zwar als sinnvolle ärztliche Entscheidungsgrundlage eingeschätzt, es wenden jedoch nur 40% der Ärzte LL an, 25% haben sich noch nie mit LL auseinandergesetzt und 85% der Internetnutzer sind die Portale der Leitlinien, z.B. [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), nicht bekannt (Kurz und Gusy, 2005).

Leider gibt es bisher keine Literatur zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Einstellung zu Leitlinien. In der von uns durchgeführten Befragung konnte jedoch beobachtet werden, dass Frauen gegenüber mehreren angebotenen Verbesserungsvorschlägen tendenziell noch positiver eingestellt sind als ihre männlichen Kollegen. Dies betrifft - bezogen auf die Gesamtgruppe aller befragten

Ärztinnen und Ärzte - die größere Wertschätzung von Leitlinien, den als etwas größer empfundenen Mangel an sozialen Diensten sowie den noch stärkeren Wunsch nach Übersichten über demenzspezifische Angebote im Internet.

#### **4.8 Zusammenarbeit der Ärzte mit Einrichtungen/ Hilfsdiensten/ Organisationen**

Am Ende des Fragebogens wurde gefragt, mit welchen Einrichtungen die Ärzte in der Versorgung ihrer Demenzpatienten zusammen arbeiten.

20% der Hausärzte Zufall machten hierzu gar keine Angaben, ebenso 17% der KND-Ärzte und 14% der Neuropsychiater. Weitere 1% der HÄZ und jeweils 4% der KND-Ärzte und der Neuropsychiater gaben an, mit keiner weiteren Einrichtung zusammenzuarbeiten. Insgesamt nutzt etwa ein Fünftel der befragten Ärzte keine weiteren Hilfsangebote für Demenzkranke. Man kann bei diesem Ergebnis vermuten, dass es bei diesen Ärzten an Kenntnis über bestehende Angebote mangelt.

Am häufigsten arbeiten die Ärzte mit klinischen Einrichtungen zusammen. Gedächtnissprechstunden, Memorykliniken, aber auch Gerontopsychiatrien haben besonders in der Phase der Diagnostik einen wichtigen Stellenwert. Es ist jedoch festzustellen, dass es noch immer kein flächendeckendes Netz solcher klinischer Einrichtungen gibt.

Der zweite Pfeiler, mit welchem die Ärzte in der Versorgung von Demenzpatienten kooperieren, ist der ambulante Pflegedienst. Wenn man bedenkt, dass gerade im fortgeschrittenen Stadium der Demenz die Pflegebedürftigkeit der Patienten stetig zunimmt und das Betreuungsausmaß die Kapazitäten der „Konstitution Familie“ rasch überschreitet, ist diese enge Vernetzung zwischen betreuenden Ärzten und ambulanten Pflegediensten zu erwarten. Allerdings sind ambulante Pflegedienste zumeist keine auf Demenz spezialisierten, z.B. gerontopsychiatrischen Pflegedienste. Dies wird von der Alzheimer Gesellschaft bemängelt, wie auch, dass pflegende Angehörige häufig nicht genügend unterstützt werden. Das führe zu einer früheren Inanspruchnahme von stationärer Versorgung als nötig (Schneider-Schelte und Freter, 2004).

Es überrascht, dass im Widerspruch zu der häufig gemachten Aussage, den Angehörigen die Kontaktaufnahme zur Alzheimer Gesellschaft zu empfehlen (siehe Kapitel 3.3.7.), die Alzheimer Gesellschaft von allen drei Gruppen bei der offenen Frage nach Kooperation kaum angegeben wurde (von 10% der KND-HÄ und NP und 3% der Hausärzte-Zufall). Man könnte die Diskrepanz damit erklären, dass die Ärzte die Alzheimer Gesellschaft gegenüber den Angehörigen zwar erwähnen, ansonsten aber keine weiteren Kontakte zu ihr pflegen, was sie – korrekterweise – nicht als „Zusammenarbeit“ deklarieren.

Die seltene Angabe der Alzheimer Gesellschaft als Kooperationspartner passt zu den Ergebnissen von Riedel-Heller et al. aus dem Jahr 2001. Nach ihren Untersuchungen waren es sogar nur 4% der Ärzte, die von einer Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft berichteten. Dass hier Verbesserungsbedarf besteht, wird besonders vor dem Hintergrund deutlich, dass in einer Studie aus England Hausärzte gerade die Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft als besonders fruchtbar empfinden (Williams, 2000).

Im Einklang mit der seltenen Kooperation mit spezialisierten, ambulanten Hilfseinrichtungen steht die Klage von Angehörigen und Pflegenden, dass sie zu spät unterstützende Maßnahmen angeboten bekommen und dass sie dies auf einen fehlenden Wissensstand der Ärzte über bestehende Hilfsangebote zurückführen (Bruce und Paterson, 2000). Renshaw et al. (2001) stellten die Bedeutung des Wissens um Hilfsangebote heraus: Sie beschrieben eine positive Korrelation zwischen einer positiven Einstellung zur Früherkennung und der Kenntnis und Wahrnehmung von Hilfsdiensten, Einrichtungen und Organisationen. Iliffe et al. (2000) sprachen bei fehlender Kenntnis über solche Angebote sogar von einer Demotivation, die Diagnose einer Demenz zu stellen.

#### **4.9 Limitation der Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse**

Diese Untersuchung weist wichtige Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

So ist der Stichprobenumfang von 628 angeschriebenen Ärzten an 6 verschiedenen Standorten eher klein. Auch entspricht die Rücklaufquote von ca. 49% (N = 307) zwar dem, was man bei postalischen Befragungen in Deutschland üblicherweise erwartet, dennoch stellt sich die Frage eines Bias durch motivierte Antwortende. Die kleinen Fallzahlen mögen insbesondere bei der Sekundäranalyse der Daten im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede dazu beigetragen haben, dass möglicherweise bestehende Unterschiede nicht erkannt werden konnten.

Obwohl bei den HÄZ und den Neuropsychiatern die angeschriebenen Ärzte zufällig ausgewählt wurden, war die Grundlage für die Zufallsauswahl eine Liste von Ärzten aus 6 Städten bzw. deren Umgebung. Ärzte, die in ländlichen Gegenden niedergelassen sind, sind daher in dieser Befragung sicher unterrepräsentiert.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss man auch daran denken, dass die subjektive Einschätzung der Ärzte, von dem was sie tun, nicht mit ihrem realen Handeln gleichzusetzen ist. Die subjektive Einschätzung der Ärzte kann zudem durch ein Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit verzerrt werden. Dieses Problem zeigt sich besonders in der anonymen Atmosphäre von postalischen Befragungen, weil dem Antwortenden keine kritischen Nachfragen gestellt werden können.

Im Hinblick auf die Untersuchung der geschlechtsspezifischen Unterschiede muss auch bedacht werden, dass es sich hierbei um eine Sekundäranalyse handelt, d.h. dass der Fragebogen nicht im Hinblick auf diese Frage konzipiert wurde. So kann es sein, dass es doch beträchtliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen im praktischen Umgang mit Demenzkranken gibt, diese Unterschiede aber in dem für diese Fragestellung groben Raster der Untersuchung nicht aufgedeckt werden konnten.

## 5 Zusammenfassung

Die Versorgung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen gewinnt durch die demographische Entwicklung weltweit eine immer größere Bedeutung. Das erklärt ein wachsendes Interesse der Versorgungsforschung am Thema Demenzen. Im Jahr 2004 wurde im Rahmen des vom BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) geförderten Kompetenznetzes Demenzen eine postalische Befragung durchgeführt, die zum Ziel hatte, die Wirklichkeit der hausärztlichen Versorgung zu untersuchen und sie mit der ambulanten Versorgung durch Neurologen und Psychiater zu vergleichen. Während an anderer Stelle die Unterschiede zwischen allgemeinärztlich tätigen Hausärzten und Gebietsärzten in den Mittelpunkt der Analysen gestellt wurden, widmet sich diese Arbeit schwerpunktmäßig den geschlechtsspezifischen Unterschieden - sowohl bei Hausärzten als auch bei Neuropsychiatern - in Bezug auf die Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen. Es handelt sich demnach um eine Sekundäranalyse der postalischen Befragung.

Der Fragebogen umfasst 46 Items zu verschiedenen Aspekten der Demenzversorgung und wurde im Mai 2004 an drei verschiedene Ärzteguppen versandt: hausärztliche Teilnehmer am Kompetenznetz Demenzen (KND-Ärzte; N=129), zufällig ausgewählte Hausärzte (HÄZ; N=260) sowie zufällig ausgewählte niedergelassene Neuropsychiater (N/P; N=239). Die Rücklaufquoten betragen 83,7% bei den KND-Ärzten, 39,6% bei den HÄZ und 40,2% bei den Neuropsychiatern.

Die Analyse der Daten erfolgte mit Hilfe des SPSS-Programms, Version 13.0. Die detaillierte Ergebnisbeschreibung wurde in Kapitel 3 vorgenommen. Im Mittelpunkt der Analyse standen mögliche artseitige geschlechterspezifische Unterschiede in der Demenzversorgung, die jedoch nur in geringem Ausmaß nachgewiesen werden konnten.

Die Hypothese, dass Ärztinnen eine generell positivere Einstellung zu Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz haben als Ärzte konnte ebenso wenig bestätigt werden wie die Hypothese, dass Frauen vermehrt kognitive Tests zur Diagnosefindung einsetzen. Ärztinnen sind jedoch etwas stärker vom Nutzen einer Früherkennung der kognitiven Defizite überzeugt. Im Kooperationsverhalten

zwischen Gebietsärzten und Hausärzten lassen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede nachweisen. Hinsichtlich der medikamentösen Therapie der Demenz treten geringe Differenzen ans Licht: Ärztinnen schätzen die Wirksamkeit von Ginkgo, Nimodipin und Vitamin E etwas unkritischer ein als ihre männlichen Kollegen.

Auch bezüglich der Aufklärung gibt es einige tendenzielle Differenzen. Entgegen der Annahme, dass Frauen ausführlicher aufklären, kann man den Ergebnissen der Studie entnehmen, dass mehr Frauen als Männer im Aufklärungsgespräch die Begriffe „Alzheimer“ und „Demenz“ vermeiden. Sie schätzen die Aufklärung auch etwas häufiger als schädigend ein und berichten häufiger, dass Patienten mit Scham auf die Aufklärung reagieren. In der Interaktion mit Angehörigen konnten keinerlei Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten gefunden werden. Frauen sehen im Unterschied zu Männern noch größeren Verbesserungsbedarf in der Demenzversorgung und zeigen ein größeres Interesse an Angeboten für die Ärzteschaft im Sinne von Leitlinien oder Übersichten im Internet über kooperierende Einrichtungen in der Demenzversorgung.

Es ist zu hinterfragen, ob diese geringen Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen, dass tatsächlich die Behandlung durch männliche und weibliche Ärzte sehr ähnlich ist, oder ob methodische Gründe ein Aufdecken von Unterschieden verhindert haben.

Wenn man die Gesamtheit der Ärzte betrachtet, fällt die Selbsteinschätzung der aktuellen ambulanten Versorgung von Patienten mit kognitiven Defiziten besser aus als auf Grundlage der bisher veröffentlichten Studien angenommen. Diese Diskrepanz könnte einerseits auf eine tatsächlich verbesserte Versorgung zurück zu führen sein, resultiert zu einem Teil aber sicher auch aus einer positiven Selektion von Antwortenden sowie eventuell aus sozial erwünschtem Antwortverhalten.

## 6 Literaturverzeichnis

Adler, G (2005): Therapie der Demenzerkrankungen – ein Update. *Psychoneuro* 31 (10): 490-494.

Albert, S.M. et al. (2002): Primary care expenditures before the onset of Alzheimer's disease. *Neurology* 59: 573-578.

APA – American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR* (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association, Washington, DC.

Arouni A, Rich E (2003): Physician gender and patient care. *JGSM* 6 (1):25-30.

AWMF: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 3. überarbeitete Auflage (2005): ISBN3-13-132413-9; Georg Thieme Verlag Stuttgart.

Barrett et al. (1997): Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologist, nurses and social workers. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 11, 2: 99-106.

Bensing J, van den Brink-Muinen A et al. (1993): Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners. *Med. Care* 31: 219-229.

Bernzweig J, Takayama J et al. (1997): Gender differences in physician-patient communication. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151: 586-591.

Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ et al. (1995): The influence of gender on physicians practice style. *Med Care* 33:407-416.

Bickel H (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten *Z Gerontol Geriat* 34:108-115.

Bickel H (2005): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, Förstl, Hrsg. Demenzen. Stuttgart: Thieme 2005:1-15.

Boise et al. (1999): Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians *The Gerontologist* 39 (4): 457-64.

Bouchard Ryan E, Meredith S, Maclean M (1995): Changing the way we talk with elders: Promoting health using the communication enhancement model. *International Journal of Aging and human development* 41(2): 89-107.

Brody H, Griffin D, Hadzi-Pavlovic D (1990): A survey of dementia carers: doctors' communications, problem behaviours and institutional care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 24: 362-70.

Brody H, Clarke J, Ganguli M, et al. (1998): Screening for cognitive impairment in general practice : Towards a consensus. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 12: 1-13.

Bruce D-G, Paley G-A, Underwood P-J, Roberts D, Steed D (2002): Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services. *The Medical-journal-of-Australia* 177(4): 186-8.

Bruce, D.G.; Paterson A (2000): "Barriers to community support for the dementia carer. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15,5:451-457.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Ratgeber für häusliche Betreuung demenzkranker älterer Menschen.

Bush T (2003): Communicating with patients who have dementia. *Nursing times* 99(48): 42-5.

Cheok AS, Cohen CA, Zuccherro CA (1997): Diagnosing and managing dementia patients. *Canadian Family Physician*; 43: 477-482.

Cohen M, Ferrier BM, Woodward CA, Goldsmith CH (1991): Gender differences in practice patterns of Ontario family physicians (McMaster graduates). *J Am Med Womens Assoc.* 46:49-54.

Cohrs,M.; Meins,W (2000): Die Einstellung von Angehörigen zur Frühdiagnose der Alzheimerschen Krankheit. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und- psychiatrie* 3/4: 125-130.

Connell, C., M., L.Boise, et al. (2004): Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians. *The Gerontologist* 44 (4): 500-507.

De Lepeleire JA et al. (1994): How do general practitioners diagnose dementia? *Family practice* 11 (2): 148-152.

De Lepeleire J, Buntinx F, Aertgeerts B (2004): Disclosing the diagnosis of dementia: the performance of Flemish general practitioners. *International Psychogeriatrics* 16,4: 421-428.

Downs et al. (2000): Caring for patients with dementia : the GP perspective. *Aging and Mental Health* 4 ;4: 301-304.

Duncan BA, Siegal AP (1998): Early diagnosis and management of Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry* 59. Suppl 9: 15-21.

Ewing G, Selassie AW et al. (1999): Self report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians: comparing specialty, gender, age, setting of practice and area of practice. *Am J Prev Med* 17:62-72.

Fischer G, Beyer M et al. (2001): Bedeutung und Möglichkeiten von allgemeinen Leitlinien für hausärztliche Versorgungsstrategien. *ZaeFQ* (95): 435-442.

Frank, Harvey LK (1996): Prevention advice rates of women and men physicians. *Arch Fam Med* 5: 215-19.

Franks P, Clancy CM (1993): Physician gender bias in clinical decisionmaking: screening for cancer in primary care. *Med Care* 31:213-218.

Gordon, M ;Goldstein D. (2001): Alzheimer disease. To tell or not to tell. *Canadian Family Physician* 47:1803-1809 .

Gräßel E. (1994): Körperbeschwerden und subjektive Belastung bei pflegenden Angehörigen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 119:598-607.

Gräßel E (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Vol 31: 57-62.

Hall JA, Irish JT, Roter D et al. (1994): Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* 13: 384-392.

Hasenbein U, Busse R, Walesch CW (2005): Wie sind Ärzte gegenüber Leitlinien eingestellt? *Gesundheitswesen* 67: 332-341.

Hoeffler D, Lasek R, Berthold H.K (2004): Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Demenz 3.Auflage 2004.

Howarth D-F, Heath J-M, Snope F-C (1999): Beyond the Folstein: dementia in primary care. *Primary care* 26(2): 299-314.

Holroyd, S., D. G. Snustadt, et al. (1996): "Attitudes of older Adults on Being told the diagnosis of Alzheimer disease." *American Geriatrics Society* 44: 400-403.

Iliffe S, Manthorpe J, Eden A (2003): Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice. *Family practice* 20,4: 376-381.

Jarmatz H, Sandholzer H. (1996): Die Betreuung Demenzkranker ist eine typisch hausärztliche Aufgabe. *Fortsch. Med.*; 114: 55-56.

Jha Arun, Tabet Najji, Orrell Martin (2001): To tell or not to tell- the comparison of older patients' reaction of their diagnosis of dementia and depression. *International-journal-of –Geriatric-Psychiatry* 16(9): 879-885.

Kaduszkiewicz H, van den Bussche H (2005): Behandlung von Patienten mit Hirnleistungsstörungen und Demenzen. Möglichkeiten und Grenzen - Sichtweisen von Hausärzten. *Med Welt* 56: 65-8.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2003): Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Stand 31.12.2003. [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

Kim C, Mc Ewen L et al. (2005): Is physician gender associated with the quality of diabetes care ? *Diabetes care* Vol 28, July: 1594-1598.

Kretschmar C, Slesina W (2005): Selbsthilfegruppen und Ärzte- Kontakte, Erwartungen, Kooperationsnutzen. *Selbsthilfegruppenjahrbuch*. Gießen 2005.

Kreuter MW, Strecher VJ, Harris R et al. (1995): Are patients of women physicians screened more aggressively? A prospective study of physician gender and screening. *J Gen Intern Med* 10: 119-129.

Kunz A, Gusy B (2005): Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen, Barriere. Eine Befragung Berliner Hausärzte. *Gesundheitswesen* 2005; 67 (07).

Kurz A, Speer W (2001): Demenzerkrankungen. Diagnostik und Therapie sind überwiegend Aufgabe des Hausarztes. *MMW- Fortschr. Med. Sonderheft*: 27-32.

Kurz A, Gertz H-J, Monsch A, Adler G (2004): Demenzerkrankungen: Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen. *Deutsche-medizinische-Wochenzeitschrift* 129(5): 199-203.

Lanctot KL, Herrmann N, Yau KK et al. (2003): Efficacy and safety of cholesterinase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta analysis. *Canad Med Ass* 169: 557-564.

Lurie N, Slater J, Mc Govern P et al. (1993): Preventive care for women: Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 329: 478-482.

Lurie N, Margolis KL, Mc Goven PG, et al. (1997): Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? *J Gen Intern Med* 12 : 34-43.

Maguire, C.P. (2002): Telling the Diagnosis of dementia: consider each patient individually. *International Psychogeriatrics* 14 (2): 123-126.

Maheux B, DuFort F, Beland F (1990): Female medical practitioners: more preventive and patient oriented? *Med Care* 28: 87-92.

Maier W, Jessen F (2006): Mitteilungen der DGPPN. *Der Nervenarzt*. Oktober Vol.77, 10: 1261-1270.

Mayer KU, Baltus PB (1996): Die Berliner Altenstudie. Berlin: Akademie Verlag, 1996.

McIntosh, I.B. et al. (1999): General practitioners and nurses' perceived roles, attitudes, and stressors in the management of people with dementia. *Health Bulletin* 57, 1: 35-43.

O'Connor D W, Fertig A et al. (1993): Dementia in general practice: the practical consequences of a more positive approach to diagnosis. *British Journal of General Practice* 43: 185-8.

Olafsdottir M, Marcusson J (1996): Diagnosis of dementia at the primary care level *Acta Neurol Scand Suppl.* 165:58-62.

Olafsdottir M, Skoog I, Marcusson J (2000): Detection of dementia in primary care : the Linköping Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 11:223-229.

Olafsdottir M, Foldevi M, Marcusson J (2001): Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care* 19: 194-198.

Ott A, Breteler MMB, van Harskamp F et al. (1998): Incidence and risk of dementia. The Rotterdam Study. *Brit Med J* 310:970-973.

Pentzek M, Abholz H.-H. (2004): Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis. *Jahrbuch für kritische Medizin* 40. 22-39.

Pinner, G (2000): Truth-telling and the diagnosis of dementia. *British Journal of Psychiatry* 176: 514-515.

Pinner, G. and W. Bouman, P (2003): What should we tell people about dementia? *Advances in Psychiatric Treatment* 9: 335-341.

Pinner, G. and W. Bouman, P (2003): Attitudes of patients with mild dementia and their carers towards the disclosure of the diagnosis. *International Psychogeriatrics* 15 (3): 279-288.

Renshaw et al. (2001): General practitioners' view on the early diagnosis of dementia. *British Journal of General Practice* 51: 37-38.

Rice K, Warner N (1994): Breaking the bad news: what do psychiatrists tell patients with dementia about their illness? *Int.-journal-of-geriatric-psychiatry* 9(6): 467-71.

Riedel-Heller,SG (2000): Demenzkranke in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 300-306.

Roter D, Lipkin M Jr., Korsgaard A (1991): Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care* 29: 1083-1093.

Roter D, Hall J, Aoki Y (2002): Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 288: 756-764.

Ruof, J. et al. (2002): Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer's disease in Germany. *Health policy* 60: 59-66.

Sandholzer H, Breull A, Fischer GC (1999): Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut der Allgemeinpraxis. *Z Gerontol Geriat* 32: 172-178.

Schwabe U (2005): Antidementiva. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.) *Arzneiverordnungsreport 2005*. Springer Verlag 2005.

Schulz R, AT O'Brien et al. (1995): Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist* Vol 35, Issue 6: 771-791.

Schneider- Schelte H, Freter H.-J. (2004): Herausforderung Demenz- Die Sicht einer Selbsthilfeorganisation. Jahrbuch für kritische Medizin 40. 49- 64.

Siriwardena AN. et al. (1995): Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners attitudes and behavior. Br J Gen Pract.45(401): 643-7.

Slesina W, Knerr A (2005): Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen- für alle ein Gewinn. Ergebnis einer Untersuchung. Praxishilfe Oktober 2005.

Stoppe G, Sandholzer H et al. (1994): Diagnosis of dementia in primary care: results of a representative survey Lower Saxony, Germany 244: 278-283.

Stoppe G, Bergmann F et al. (2004): Ambulante Versorgung von Demenzkranken. Psychoneuro 30 (9): 489-496.

Stuhlmann, W (1999): Demenz-Manual des Berufsverband Allgemeinärzte Deutschlands.

Stuhlmann, W (2002): Ärztliche Betreuung und Beratung der Angehörigen im Umgang mit Veränderungen des Erlebens und Verhaltens Demenzkranker. Kapitel 6 in Demenzen, Herausgeber: Claus Wächtler, Thieme Stuttgart Sept. 2002.

Van Hout H et al. (2000): General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. Patient Education and Counselling 39: 219-225.

Vasillas, C. A. and J. Donaldson (1998): Telling the truth: what do general practitioners say to patients with dementia or terminal cancer? British Journal of General Practice 48: 1081-1082.

Vernooij-Dassen MJFJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, de Lepeleire J et al. (2005): Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. Int J Geriatr Psychiatry 20: 377-386.

Wächtler C. (Hrsg. (2003): Demenzen- Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Thieme Verlag.

Wagner G, Abholz H-H (2002): Diagnose and Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. ZFA 78(5): 239-4.

Wald C, Fahy M, Walker Z, Livingston G (2003): What to tell dementia caregivers- the rule of threes. International-journal-of-geriatric-psychiatry 18(4): 313-316.

Waldorff F, Moller S. (2001): Diagnostic evaluation of dementia in general practice in Denmark. Scandinavian Journal of Primary Health Care 19:117-121.

Wallesch CW, Förstl H (Hrsg.) (2005): Demenzen. Stuttgart: Thieme Verlag 1-15.

Williams I. (2000): What help do GPs want from specialist services in managing patients with dementia? International Journal of Geriatric Psychiatry 15:758-761.

Wolfson et al. (2001): A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl. Jour. Med.* 344: 1111-1116.

Wormstall H, Günther A, Morawetz C, Schmidt W (1996): Die deutschen Alzheimer-Angehörigengruppen. *Nervenarzt* 67: 751-756.

## 7 Danksagung

Die vorliegende Arbeit wäre nicht möglich gewesen, ohne die außergewöhnlich gute und intensive Zusammenarbeit mit Dr. Hanna Kaduszkiewicz, die mir mit ihrer bemerkenswerten Geduld die ganze Zeit zur Seite stand. Ihr sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Des Weiteren möchte ich Herrn Prof. van den Bussche danken, der mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit in der Versorgungsforschung zu schreiben. Bei Prof. Dr. J. Berger bedanke ich mich für die biometrische Beratung.

Ich danke Melanie Liem für Ihre Hilfe bei der Adressenauswahl und der telefonischen Erinnerungsaktion sowie dem Team des Instituts für Allgemeinmedizin für die Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit, die mir stets entgegengebracht wurde.

Ganz Besonders möchte ich mich bei meinen Eltern sowie Hanna, Christiane und Maxi bedanken, die mir als außergewöhnliche Familie stets zur Seite stehen, bei Michael und Heidi, die mir eine unvergessliche Studentenzeit ermöglicht haben, bei Isa für Ihre besondere Freundschaft, bei Ike und Nele für die gemeinsame Motivation und für viele Kaffeepausen in der Staatbibliothek, bei Hank und Henning für Layouthilfen und Korrekturlesen der Arbeit sowie bei meinen Freunden allgemein dafür, dass sie mir immer wieder Mut machen und Vertrauen entgegenbringen und mein Leben bereichern.

Widmen möchte ich diese Arbeit meinem Opa.

## 8 Lebenslauf

Name Astrid Elisabeth Groell  
 Geburtsdatum/-ort 25.09.1979 in Bonn  
 Familienstand ledig

### Studium

04/1999 – 10/2006 Medizinstudium an der Universitätsklinik Hamburg  
 Eppendorf

### Praktisches Jahr

Innere Medizin Asklepios Klinik Barmbek, Abteilung Nephrologie  
 und Notaufnahme (4 Monate)

Chirurgie Asklepios Klinik Barmbek, Unfallchirurgie (2 Monate)  
 Hospital universitario HEODRA de León, Nicaragua  
 Allgemeinchirurgie (2 Monate)

Pädiatrie Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Abteilungen  
 Nephrologie, Gastroenterologie und Säuglingsstation (4  
 Monate)

seit 01.07.07 Assistenzärztin in der II. medizinischen Abteilung  
 (Nephrologie) des St. Joseph Krankenhaus, Berlin  
 Tempelhof

## 9 Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

-----

Datum

-----

Unterschrift

## 10 Anhang

### Fragebogen für Hausärzte

Der Fragebogen für Neurologen und Psychiater war identisch bis auf folgende Unterschiede (und wird daher nicht gesondert abgedruckt):

- Statt „Hausarzt“ wurde stets „Facharzt“ benutzt
- Frage 11 wurde ersetzt durch: „Das Therapiemanagement von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen sollte in der Hand von Neurologen bzw. Psychiatern liegen.“ (6er Likert-Skala).
- Frage 12 wurde umformuliert: „Aus welchen Gründen überweisen Hausärzte Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen zu Ihnen?“
  - a) Hausärzte überweisen Patienten mit Verdacht auf kognitive Störungen und Demenzen zu mir, weil nur ich eine ausreichende Differenzialdiagnostik leisten kann.
  - b) Mir werden Patienten mit Verdacht auf Demenz überwiesen, damit ich die Therapieindikation stelle.
  - c) Hausärzte überweisen demente Patienten zu mir, weil ich die teuren Antidementiva besser verschreiben kann.
  - d) Die Hausärzte schätzen die Informationen, die ich bezüglich Demenzen an sie weitergebe.“
- Frage 47 entfiel



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche  
Direktor

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 42803-2400  
Fax: (040) 42803-3681

gefördert vom BMBF  
(01 GI 0102)  Kompetenznetz  
Demenzen

## Umfrage zur hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Leichter Kognitiver Beeinträchtigung und Demenz

**Wichtig: Bitte malen Sie das entsprechende Oval mit einem dunklen Stift vollständig aus!**

**(Kein Bleistift) Bitte nur ein Oval pro Frage ausfüllen. Danke.**

Nicht so:



So:



**Nachfolgend sind Aussagen von Hausärzten aus Interviews wiedergegeben. Geben Sie bitte auf den Skalen an, inwiefern die jeweilige Aussage aus Ihrer Sicht zutrifft.**

Allgemeine Aussagen	trifft					
	gar nicht zu					sehr zu
1. Ich kann als Hausarzt nichts machen, um die Lebensqualität Demenzkranker zu verbessern.	0	0	0	0	0	0
2. Die hausärztliche Begleitung von Patienten mit Demenz ist für mich eine befriedigende Aufgabe.	0	0	0	0	0	0
3. Gegenüber meinen Demenzpatienten fühle ich mich hilflos.	0	0	0	0	0	0
4. Am liebsten würde ich mit der Versorgung von Demenzpatienten nichts zu tun haben.	0	0	0	0	0	0
Diagnostik	trifft					
	gar nicht zu					sehr zu
5. Bei allen über 65jährigen Patienten suche ich aktiv nach Symptomen einer demenziellen Erkrankung.	0	0	0	0	0	0
6. Bei Verdacht auf kognitive Störungen wende ich regelmäßig kognitive Tests (z.B. Uhrentest, Mini-Mental State) an.	0	0	0	0	0	0

7. Meine persönliche Einschätzung des Patienten ist genauso gut wie die Tests auf kognitive Störungen (z.B. Uhrentest, Mini-Mental State).	0	0	0	0	0	0
	<b>trifft</b>					
	<b>gar nicht zu</b>				<b>sehr zu</b>	
8. Die Früherkennung einer Demenz nützt dem Patienten.	0	0	0	0	0	0
9. Die Früherkennung einer Demenz hat keine therapeutischen Konsequenzen.	0	0	0	0	0	0
10. In der Diagnostik von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.	0	0	0	0	0	0
<b>Kooperation mit Fachärzten</b>						
11. Bei Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung überweise ich <b>regelmäßig</b> zum Neurologen bzw. Psychiater.	<b>0 ja</b>		<b>0 nein</b>			
12. Wenn Sie Frage 11 mit „ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen. Bei „nein“ fahren Sie bitte mit Frage 13 fort.	<b>trifft</b>					
	<b>gar nicht zu</b>				<b>sehr zu</b>	
a Ich überweise zum Neurologen/Psychiater, weil nur er eine ausreichende Differenzialdiagnostik leisten kann.	0	0	0	0	0	0
b Ich überweise zum Neurologen/Psychiater, damit er die Therapieindikation stellt.	0	0	0	0	0	0
c Ich überweise zum Neurologen/Psychiater, weil er die teuren Antidementiva besser verschreiben kann.	0	0	0	0	0	0
d Die Informationen, die ich bezüglich Demenzen vom Neurologen bzw. Psychiater erhalte, nützen mir im Allgemeinen.	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0
<b>Therapie</b>						
	<b>trifft</b>					
	<b>gar nicht zu</b>				<b>sehr zu</b>	
13. Leichtere Formen der Alzheimer-Demenz sind medikamentös gut beeinflussbar.	0	0	0	0	0	0
14. Ich Sorge dafür, dass ich meine Demenzpatienten regelmäßig in der Praxis oder zu Hause sehe.	0	0	0	0	0	0
15. Demenzpatienten lehnen therapeutische Maßnahmen häufig ab.	0	0	0	0	0	0

16. Die Behandlung der Comorbiditäten ist die wichtigste Aufgabe bei der Behandlung von Demenzpatienten.	0	0	0	0	0	0	0
--	---	---	---	---	---	---	---

		<b>trifft</b>						
		<b>gar nicht zu</b>			<b>sehr zu</b>			
17. Patienten und Angehörigen in der Bewältigung des Alltags zu helfen, ist die wichtigste Aufgabe des Hausarztes in der Versorgung von Demenzkranken.		0	0	0	0	0	0	
18. Ich suche des Öfteren Informationen über demenzspezifische Angebote im Internet.		0	0	0	0	0	0	
19. In der Therapie von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.		0	0	0	0	0	0	
20. Nach meiner Erfahrung haben Cholinesterasehemmer (Aricept®, Reminyl ©, Exelon ©) viele Nebenwirkungen.		<b>Keine Erfahrung</b>		0	0	0	0	
21. a	Welche der folgenden <b>Wirkstoffe</b> setzen Sie in der Therapie Ihrer Demenzpatienten regelmäßig ein?					21.b Wie <b>wirksam</b> sind die Wirkstoffe Ihrer Erfahrung nach?		
	<b>gar nicht</b>					<b>sehr</b>	<b>Keine Erfahrung</b>	
Gingko biloba	0	0	0	0	0	0	0	
Memantine (Ebixa ©, Axura ©)	0	0	0	0	0	0	0	
Cholinesterasehemmer (Aricept ©, Reminyl ©, Exelon ©)	0	0	0	0	0	0	0	
Piracetam (z.B. Normabrain ©, Nootrop ©)	0	0	0	0	0	0	0	
Cyclandelat (z.B. Natil ©)	0	0	0	0	0	0	0	
Cinnarizin	0	0	0	0	0	0	0	
Nimodipin (z.B. Nimotop ©)	0	0	0	0	0	0	0	
Vitamin E	0	0	0	0	0	0	0	

<b>Aufklärung der Patienten</b>	<b>trifft</b>					
	<b>gar nicht zu</b>			<b>sehr zu</b>		
22. Eine Aufklärung des Patienten über Diagnose und Prognose der Demenz schadet mehr als dass sie nützt.	0	0	0	0	0	0
23. Die meisten Patienten sind dankbar, wenn ich als Hausarzt den kognitiven Abbau benenne.	0	0	0	0	0	0
24. Die meisten Patienten reagieren mit Scham auf das Ansprechen kognitiver Defizite.	0	0	0	0	0	0
25. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verwende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Demenz“.	0	0	0	0	0	0
26. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verwende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Alzheimer“.	0	0	0	0	0	0
27. Ich kläre den Patienten in Bezug auf Demenz nur auf, wenn er mich explizit darum bittet.	0	0	0	0	0	0
28. Patienten mit Demenz sollten frühzeitig aufgeklärt werden, damit sie die Chance haben, für die Zukunft zu planen.	0	0	0	0	0	0
<b>Interaktion mit Angehörigen</b>	<b>trifft</b>					
	<b>gar nicht zu</b>			<b>sehr zu</b>		
29. Ich empfehle den Angehörigen von Demenzpatienten, die Alzheimer Gesellschaft zu kontaktieren.	0	0	0	0	0	0
30. Ich biete den Angehörigen von Demenzpatienten wiederholt an, ihnen in der Organisation der Versorgung zu helfen, z.B. bei der Bestellung eines Betreuers.	0	0	0	0	0	0
31. Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an Selbsthilfegruppen.	0	0	0	0	0	0
32. Ich kläre die Angehörigen detaillierter als die Patienten über den Verlauf der Erkrankung auf.	0	0	0	0	0	0
33. Gegenüber den Angehörigen vermeide ich die genaue Diagnose, spreche eher von z.B. „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörung“.	0	0	0	0	0	0
34. Allen pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an spezifischen Schulungsangeboten.	0	0	0	0	0	0
35. Der Gesprächsbedarf der Angehörigen ist mir zu groß.	0	0	0	0	0	0
36. Ich kann belasteten Angehörigen im Allgemeinen gut helfen.	0	0	0	0	0	0

Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung	trifft					
	gar nicht zu			sehr zu		
37. Die Versorgung von Demenzkranken ist schon ziemlich gut. Es besteht kein Verbesserungsbedarf.	0	0	0	0	0	0
38. Die Beaufsichtigung eines dementen Patienten, z.B. bei Gefahr des Weglaufens, müsste als Pflegeleistung anerkannt werden.	0	0	0	0	0	0
39. Es gibt einen großen Bedarf an Tageskliniken und Betreuungsangeboten für Patienten mit Demenz.	0	0	0	0	0	0
40. Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von dementen Patienten würden mir helfen.	0	0	0	0	0	0
41. Wir bräuchten mehr soziale Dienste, die den Hausarzt bezüglich Beratung der Angehörigen und praktischer Hilfestellung entlasten.	0	0	0	0	0	0
42. Ich wünsche mir eine Übersicht über alle Hilfsangebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen, z.B. im Internet.	0	0	0	0	0	0
43. Ich würde gerne eine Fortbildung zum Thema „Umgang und Gespräch mit Demenzpatienten und ihren Angehörigen“ besuchen.	0	0	0	0	0	0
44. Mit welchen Einrichtungen/Hilfsdiensten/Organisationen arbeiten Sie bei der Betreuung Ihrer Demenzpatienten und/oder Angehörigen regelmäßig zusammen? <u>Bitte listen Sie möglichst alle auf.</u>						
45. <b>Ihre Anmerkungen zum Fragebogen</b> (z.B. Waren Fragen unverständlich? Haben Sie Fragen vermisst? Freie Kommentare zum Thema Demenz.):						
<b>Bitte ggf. Rückseite benutzen. Danke.</b>						
<b>Bitte schätzen Sie:</b>						
46. Wie viele Demenzpatienten betreuen Sie in Heimen? _____						
47. Wie viele Demenzpatienten betreuen Sie in der Praxis und bei Hausbesuchen? _____						
<b>Zu Ihrer Person:</b> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Jahr der Niederlassung: _____					
	→ damit wir bei einer zukünftigen Befragung wissen, welche Bögen zu <u>einer</u> Person gehören und Ihre Anonymität dennoch gewahrt bleibt, bitten wir um die Angabe des Geburtsdatums Ihrer Mutter: (Tag, Monat, Jahr): ____ . ____ . _____					

**Bitte schicken Sie den Fragebogen im beiliegenden adressierten Umschlag an folgende Adresse: Institut für Allgemeinmedizin, UKE, Martinistraße 52, 20246 Hamburg**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**