

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Martin Scherer

Haus- und gebietsärztliche ambulante Versorgung von Patienten mit Leichter Kognitiver Beeinträchtigung und Demenz: Einstellungen und Vorgehensweisen im Wandel der Zeit

Dissertation

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

vorgelegt von:
Nathalie Heinze
aus Hannover

Hamburg 2018

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 07.09.2020.**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Hanna Kaduszkiewicz

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Sönke Arlt

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Fragestellung	1
1.1.	Einleitung	1
1.2.	Demenz: Definition und Ursachen	2
1.3.	Epidemiologie und sozioökonomische Folgen	3
1.4.	Rolle der Haus- und Gebietsärzte	4
1.5.	Kritik an der Versorgungssituation von Demenzpatienten	5
1.6.	Reaktion von Politik und Wissenschaft	6
1.7.	Vorstudie und Fragestellung	6
2	Material und Methoden	9
2.1	Beschreibung des Fragebogens	9
2.2	Aussendungen	10
2.3	Stichproben	11
2.4	Fallzahlschätzung	11
2.5	Adressenauswahl der Hausärzte-Zufall	11
2.6	Adressenauswahl der KND-Hausärzte	12
2.7	Adressenauswahl der Neurologen und Psychiater	12
2.8	Auswertungsprocedere	12
3	Ergebnisse	14
3.1	Rücklaufquoten und Teilnehmer	14
3.2	Niederlassungsdauer in Jahren	17
3.3	Anzahl betreuter Patienten im Pflegeheim und in der Praxis	17
3.4	Allgemeine Aussagen	19
3.5	Diagnostik	21
3.6	Kooperation mit Fachärzten für Neurologie / Psychiatrie	23
3.7	Therapie	25
3.8	Aufklärung der Patienten	28
3.9	Interaktion mit Angehörigen	30
3.10	Sonstiges	31
3.10.1	Benutzte Gebühren / Abrechnungsziffern für die Diagnose einer Demenz	32
3.10.2	Zusammenarbeit der Ärzte mit sonstigen Einrichtungen der Demenzversorgung	34
3.11	Zusammenfassung der statistisch signifikanten Ergebnisse	36

4	Diskussion	39
4.1	Rücklaufquoten und Teilnehmer	39
4.2	Allgemeine Aussagen zur Versorgung Demenzkranker	41
4.3	Diagnostik	42
4.4	Kooperation mit Spezialisten	48
4.5	Therapie	51
4.6	Aufklärung der Patienten	54
4.7	Interaktion mit Angehörigen	57
4.8	Sonstiges	62
4.8.1	Zusammenarbeit der Ärzte mit sonstigen Einrichtungen der Demenzversorgung	62
4.8.2	Autofahren	63
4.9	Stärken und Schwächen dieser Arbeit	64
4.10	Schlussfolgerung	65
5	Zusammenfassung	66
5.1	Abstrakt	66
5.2	Abstract	67
6	Literaturverzeichnis	68
7	Abkürzungsverzeichnis	75
8	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	76
8.1	Abbildungsverzeichnis	76
8.2	Tabellenverzeichnis	76
9	Danksagung	77
10	Lebenslauf	78
11	Eidesstattliche Versicherung	79
12	Anhang	80
12.1	Fragebogen Hausärzte	80
12.2	Fragebogen Neurologen	84

1 Einleitung und Fragestellung

1.1. Einleitung

Die Demenz zählt zu den häufigsten Krankheitsbildern des Alters (Mahlberg & Gutzmann, 2005). Aufgrund der demographischen Entwicklung mit einer Erhöhung des Anteils älterer Menschen steigt die Zahl der Demenzkranken stetig an (Bickel, 2012). Die Krankheit führt regelhaft zu schwerer Pflegebedürftigkeit und ist bereits der häufigste Grund für Einweisungen in Alten- und Pflegeheime (Weyerer, 2005). Der Druck auf die Versorgungssysteme steigt. Daher nimmt das öffentliche Interesse an Demenz zu. Auf internationalen und nationalen politisch-wissenschaftlichen Ebenen finden sich Experten zusammen, um die Versorgung Demenzkranker zu optimieren. Durch frühe Intervention und Mitbehandlung durch Gebietsärzte (Neurologen und Psychiater) lässt sich die Pflegebedürftigkeit verzögern (Fink & Doblhammer, 2015) (Prince et al., 2016). Ziel der Experten ist es daher, eine bestmögliche Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten zu erreichen und leitliniengerechte Behandlungsstrategien zu fördern.

Als wichtigster Behandler gilt der Hausarzt. Er ist primärer Ansprechpartner und Vertrauensperson. Seine Aufgaben umfassen neben der Früherkennung, Diagnosesicherung, Therapieentwicklung und Betreuung auch das Lotsen der Patienten und Angehörigen durch das komplexe System des Gesundheitswesens (BMFSFJ, 2002).

Der Fokus der Versorgungsforschung liegt daher auf dem Handeln der Hausärzte mit dem Bestreben, Versorgungsprobleme zu erkennen und zu verbessern.

Der Vergleich zu Neurologen und Psychiatern, die ebenfalls in die ambulante Versorgung Demenzkranker eingebunden sind, ermöglicht eine Abgrenzung des hausärztlichen Handelns von Aufgaben der Gebietsärzte.

Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, ob sich die Einstellungen zur Versorgung von Menschen mit Leichten kognitiven Störungen und Demenz und die Vorgehensweisen von Haus- und Gebietsärzten bei dieser Patientengruppe innerhalb von neun Jahren verändert haben.

1.2. Demenz: Definition und Ursachen

Die Demenz ist definiert als eine Hirnerkrankung, die mit kognitiven Funktionseinschränkungen einhergeht. Als Leitsymptom gilt die Gedächtnisstörung. Zu Beginn der Erkrankung stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit im Vordergrund. Im Verlauf kommt es zu Störungen von Langzeitgedächtnis und Exekutivfunktionen wie abstrakt-logischem Denken, planerischem Handeln, Kritik- und Urteilsfähigkeit sowie Störungen von Sprache und bewusster Aufmerksamkeitssteuerung (Lange-Asschenfeldt, 2009). Definitionsgemäß verschlechtert sich durch die Erkrankung ein bereits früher erworbenes Leistungsniveau. Die Symptome müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen und dürfen nicht durch mangelnde Motivation während der Untersuchung, Depressivität oder Bewusstseinsstörungen begründbar sein (ICD-10-GM-Version-2018, abgerufen am 03.06.2018).

Im Weiteren treten Verhaltensstörungen und nicht-kognitive Symptome auf. Neben psychotischen Phänomenen wie Wahn oder Halluzinationen, werden Depressivität, psychomotorische Unruhe und Apathie beobachtet.

Die mittlere Krankheitsdauer beträgt 5-10 Jahre nach Diagnosestellung. Die Patienten versterben vor allem an den Komplikationen zunehmender Immobilität (Lange-Asschenfeldt, 2009).

Die Ursachen der Demenz sind vielfältig.

Mit geschätzten zwei Dritteln aller Fälle stellt die Demenz vom Alzheimer-Typ die häufigste Form der Demenzen dar (Stahelin, 2004). Die Alzheimer Demenz ist eine neurodegenerative Erkrankung, bei der es durch fehlerhafte Stoffwechselforgänge zur Ablagerung von Eiweißfragmenten und schließlich zum Zelluntergang kommt; die genaue Ätiologie ist unklar. Klinisch zeichnet sich die Alzheimer-Demenz durch einen schleichenden Symptombeginn mit langsamer Verschlechterung aus (Weyerer, 2005). Weitere, jedoch deutlich seltener auftretende, degenerative Demenzformen sind die frontotemporale Demenz (M. Pick), Demenz bei Morbus Parkinson, Lewy-Körper-Demenz sowie Demenz bei Chorea Huntington.

Der Anteil vaskulärer Demenzen wird auf 15-20 % geschätzt. Kennzeichnend sind ein plötzlicher Symptombeginn, stufenförmige Verschlechterung und ausgeprägte Schwankungen der Leistungsfähigkeit.

Mischformen von degenerativer und vaskulärer Demenz treten in ca. 15 % der Fälle auf.

Mit < 10 % treten sekundäre Demenzen als Folge anderer organischer Erkrankungen auf. Hierzu zählen der Normaldruck-Hydrozephalus, Endokrinopathien, Vitaminmangelkrankheiten, metabolische Enzephalopathien, Intoxikationen, Elektrolytstörungen, rheologisch bedingte Störungen, chronische Infektionen, Gehirntumoren, schwere Schädel-Hirn-Traumata oder cerebrale Blutungen. Ein geringer Anteil ist bei Behandlung rückbildungsfähig.

1.3. Epidemiologie und sozioökonomische Folgen

Die Prävalenz der Erkrankung nimmt mit dem Alter deutlich zu. Sie liegt bei den 65-69-Jährigen bei etwa 1,5 %, verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und steigt bei den 90-Jährigen und Älteren auf über 40 % an (Bickel, 2012).

Derzeit leben etwa 1,7 Millionen Demenzkranke in Deutschland. Aufgrund demographischer Entwicklungen mit einer Erhöhung des Anteils alter Menschen (Statistisches Bundesamt, 2015) wird die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahre 2050 auf über 2,5 Millionen vorausberechnet. Gleichzeitig entsteht durch abnehmende Geburtenraten ein Bevölkerungsrückgang in der jüngeren, potentiell pflegenden Generation.

Tabelle 1 - Prävalenz von Demenzen in Deutschland (Bickel, 2012)

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Schätzung der Krankenzahl
65 – 69	1,60	62.900
70 – 74	3,50	169.300
75 – 79	7,31	264.700
80 – 84	15,60	362.900
85 – 89	26,11	356.800
90 und älter	40,95	256.500
65 und älter	8,82	1.473.100

Demenzen führen regelhaft zu schwerer Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Mahlberg & Gutzmann, 2005). Sie sind der häufigste Grund für Einweisungen in Alten- und Pflegeheime; etwa zwei Drittel der Heimbewohner leiden an einer Demenz (Weyerer, 2005). Die Demenz zählt somit zu den teuersten Krankheitsgruppen im Alter. Pro Patient und Jahr wurden durchschnittliche Krankheitskosten von 43.767 € ermittelt, wobei 67,9% auf die Familie entfallen, 29,6% auf die gesetzliche Pflegeversicherung und 2,5% auf die gesetzliche Krankenversicherung (Weyerer, 2005).

Der Druck auf die Versorgungssysteme steigt. Eine frühe Diagnostik ist zu fordern, da sich krankheitsbedingte Belastungen und Pflegebedürftigkeit unter Einbeziehung psychosozialer Therapieverfahren und Mitbehandlung von Neurologen / Psychiatern reduzieren lassen (Fink & Doblhammer, 2015) (Schulz, 2013).

1.4. Rolle der Haus- und Gebietsärzte

Der Hausarzt gilt als Schlüsselperson in der ambulanten Versorgung von Demenzpatienten sowohl zu Hause, als auch im Heim. Aufgrund langjähriger Vertrauensverhältnisse und regelmäßiger Kontakte ist er häufig der erste Ansprechpartner bei Gedächtnisstörungen.

Die Berliner Altersstudie zeigte, dass 93% der 70-Jährigen und Älteren regelmäßig hausärztliche und 60% zusätzlich gebietsärztliche Betreuung in Anspruch nehmen (Lindenberger et al., 2010). Wilkinson et al. (2004) befragten in einer Interviewstudie 741 pflegende Angehörige von Demenzpatienten zur Diagnosefindung. 74% konsultierten zuerst den Hausarzt, 18% waren initial beim Neurologen / Psychiater vorstellig.

Die Aufgaben des Hausarztes bei der Behandlung Demenzkranker umfassen die Früherkennung, Diagnosesicherung, Aufklärung, Therapieplanung und -kontrolle sowie Betreuung der Angehörigen. Er kennt in der Regel die Wohnsituation und das soziale Umfeld seiner Patienten sehr gut. Er dient ihnen als vertrauensvoller Ansprechpartner, der sie durch die komplexen Strukturen des Gesundheitswesens führt (BMFSFJ, 2002). Er hat somit eine Schlüsselstellung als "Lotse" und vermittelt zwischen allen an der Krankenbehandlung und Pflege beteiligten Personen und Institutionen (Gebietsärzte, spezialisierte Zentren, Pflegedienste, sozialpsychiatrische

Dienste, Tageskliniken, Krankenhausabteilungen, lokale Alzheimergesellschaften, Angehörige).

Gemeinsam mit den Neurologen und Psychiatern bildet er den ambulanten Pfeiler der integrierten Versorgung von Demenzpatienten (Maier, 2006).

Eine klare Aufgabenteilung zwischen den beiden Fachrichtungen gibt es dabei nicht. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfiehlt im Rahmen der integrierten Versorgung eine gebietsärztliche Konsultation dann, wenn nach durchgeführter Basisdiagnostik (Körperliche / neurologische / psychiatrische Untersuchung + Bildgebung) die ätiologische Diagnose noch nicht ausreichend gesichert ist. Bei schwerwiegender psychiatrisch / neurologischer Komorbidität ist der entsprechende Gebietsarzt ebenso einzubinden (DGPPN/DGN, Aktualisierung 2016).

1.5. Kritik an der Versorgungssituation von Demenzpatienten

Zwischen Empfehlungen zur Behandlung und der Versorgungsrealität von Demenzpatienten werden wiederholt Mängel aufgezeigt. Dabei gilt die Versorgungssituation in weiten Teilen als verbesserungswürdig (Maier, 2006).

Spezifische Kritikpunkte sind folgende:

- Demenzerkrankungen werden zu selten und oft erst im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf diagnostiziert.
- Die differentialdiagnostische Abklärung ist häufig unzureichend und die Patienten und Angehörigen werden nicht adäquat aufgeklärt.
- Leitlinienorientierte Therapie wird nicht regelhaft umgesetzt; eine spezifische medikamentöse Behandlung kommt nur einem Teil der Patienten zugute.
- Psychiatrische und neurologische Begleiterkrankungen werden spät erkannt oder falsch behandelt, was zu Krankenseinweisungen führt.
- Nicht-pharmakologische Therapieangebote sind in den einzelnen Regionen nicht allen Versorgern bekannt und schlecht aufeinander abgestimmt.
- Die pflegenden Angehörigen sind durch eine nicht optimale ambulante Versorgungssituation ohne supportive Strukturen überfordert.

Laut Kaduszkiewicz wird im deutschsprachigen Raum implizit angenommen, dass die Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz durch Gebietsärzte anders oder besser ist, als durch Hausärzte (Kaduszkiewicz, 2007).

1.6. Reaktion von Politik und Wissenschaft

Der demographische Wandel führt dazu, dass auf höchsten politischen Ebenen nach Lösungen gesucht wird. Die Bundesregierung veröffentlichte den vierten Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2002) speziell unter Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Innerhalb der letzten Jahre wurden besonders integrierte Versorgungsansätze und Anti-Stigma-Kampagnen gefördert. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte für einen Zeitraum von über zehn Jahren die Bildung von Netzwerkstrukturen zu Demenz an 13 Universitätsstätten. Ziel war eine Optimierung der Versorgung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen sowie eine Entstigmatisierung der Erkrankung.

Darüber hinaus beschäftigen sich etliche nationale und internationale Forschungsgremien mit dem Thema Demenz. Im März 2015 fand die erste Weltgesundheitsorganisation-Konferenz zu Demenz statt. Teilnehmer waren Gesundheitspolitiker aus der ganzen Welt sowie Forscher und Vertreter von Nichtregierungsorganisationen.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) mit Wirkung zum 01.01.17 wurden die bisher geltenden Pflegestufen in neue Pflegegrade eingeteilt, die vor allem demenzkranken Älteren die gleichen Pflegeleistungen zusichern sollen wie körperlich Pflegebedürftigen.

1.7. Vorstudie und Fragestellung

2004 erfolgte am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) unter der Federführung von Hanna Kaduszkiewicz eine postalische Befragung von Haus- und Gebietsärzten (Kaduszkiewicz, 2007). Dabei wurde ein standardisierter Fragebogen an 129 Hausärzte aus dem Kompetenznetz Demenzen (KND) sowie einer Zufallsstichprobe von 260 Hausärzten und 239 ambulant tätigen Neurologen und Psychiatern versandt.

Die Entwicklung des Fragebogens basierte auf Ergebnissen von leitfadengestützten Interviews mit Hausärzten in Hamburg und Düsseldorf und einer Sichtung der damals aktuellen Literatur. Er enthielt 43 Aussagen und gliederte sich in neun Abschnitte (s. Fragebogen im Anhang):

1. Allgemeine Aussagen bezüglich der Einstellung zur Versorgung Demenzkranker
2. Diagnostik
3. Kooperation mit Spezialisten
4. Therapie
5. Aufklärung
6. Interaktion mit Angehörigen
7. Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung
8. Freie Auflistung von regelmäßig genutzten Einrichtungen und Hilfsorganisationen
9. Anmerkungen

Unterschiede zwischen Haus- und Gebietsärzten fielen geringer aus als erwartet: Insgesamt zeigten beide Berufsgruppen eine positive Einstellung zur Versorgung der Patienten. Sie betonten den Nutzen einer frühen Diagnosestellung sowie Aufklärung des Patienten. Eine vorab gestellte Nihilismushypothese im Umgang mit Demenzkranken, z. B. die Einstellung, die Lebensqualität Demenzkranker sei nicht verbesserbar, konnte nicht bestätigt werden. Schwierigkeiten stellte eine Tabuisierung kognitiver Störungen seitens der Patienten und der behandelnden Ärzte dar. Haus- und Gebietsärzte klärten nach eigenen Angaben Angehörige detaillierter als Betroffene auf und ein Großteil vermied im Aufklärungsgespräch die Benutzung der Worte Alzheimer und Demenz.

Als ihre wichtigste Aufgabe sahen beide Gruppen die Behandlung der Komorbiditäten von Patienten mit Demenz an sowie die Unterstützung von Patienten und Angehörigen bei der Bewältigung des Alltags. Die Ärzte gaben an, etwa gleich häufig die Alzheimer-Gesellschaft und Selbsthilfegruppen zu kontaktieren sowie Schulungsangebote aufzusuchen.

Unterschiede zwischen Haus- und Gebietsärzten zeigten sich bezüglich folgender Aspekte: Gebietsärzte, die zur Diagnosesicherung und Therapieindikation konsultiert werden, gaben an, häufiger kognitive Tests anzuwenden und schätzten ihre subjektive Kompetenz hinsichtlich Diagnostik und Therapie höher ein. Sie wünschten sich seltener diesbezügliche Fortbildungsangebote. Auch gaben sie seltener an, eine Ablehnung therapeutischer Maßnahmen seitens der Patienten zu erleben. Es wurde allerdings angenommen, dass die Ablehner therapeutischer Maßnahmen bei Gebietsärzten gar nicht erst vorstellig werden.

Diese wenigen Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Haus- und Gebietsärzten konnten größtenteils auf das unterschiedliche Aufgabenspektrum zurückgeführt werden.

Es blieb offen, ob eine postalische Befragung zu sozial erwünschten Antworten verleitet, da die subjektiven Antworten teilweise nicht den objektiven Daten entsprachen (z. B. subjektives Verschreibungsmuster vs. Verschreibungsdaten oder die Tatsache, dass Selbsthilfegruppen/Organisationen eine zu geringe Inanspruchnahme beklagen).

Im Anbetracht der Tatsache, dass Demenzerkrankungen in den letzten Jahren in der Politik, Forschung und in den Medien verstärkt thematisiert wurden (s. Kapitel 1.6), bildet den Kernpunkt dieser Arbeit die Frage, ob sich die im Jahre 2004 untersuchten und oben beschriebenen Einstellungen und Vorgehensweisen von Haus- und Gebietsärzten bei der ambulanten Versorgung von Demenzpatienten über einen Zeitraum von neun Jahren signifikant verändert haben.

2 Material und Methoden

Es erfolgte erneut eine standardisierte postalische Befragung von Hausärzten und niedergelassenen Neurologen / Psychiatern (s. Anhang).

2.1 Beschreibung des Fragebogens

Der Fragebogen der vorausgegangenen Studie 2004 wurde auf Basis von leitfadengestützten Interviews von 30 Hausärzten aus Hamburg und Düsseldorf entwickelt. Er bestand aus Aussagen zum Umgang mit Demenzpatienten in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Kooperation mit Spezialisten bzw. Hausärzten, Aufklärung, Interaktion mit Angehörigen sowie zur allgemeinen Einstellung gegenüber Demenzpatienten und Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgung.

Auf einer 6-Punkte-Likert-Skala konnten die Ärzte auswählen, inwieweit die jeweilige Aussage auf sie zutraf.

Der Fragebogen wurde für die in dieser Arbeit dargestellte Wiederholung der Befragung im Jahre 2013 leicht modifiziert. Vereinzelt wurden Fragen wie folgt spezifiziert, nicht informative Fragen verworfen:

Bei Verdachtsdiagnose einer Demenz wurde nach regelmäßiger Überweisung zur bildgebenden Diagnostik und Durchführung des hausärztlich-geriatrischen Basisassessment gefragt. Die Erfahrungen zur medikamentösen Behandlung wurden auf die Wirkstoffe Ginkgo, Memantine und Cholinesterasehemmer reduziert.

Der Abschnitt „Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung“ wurde entfernt, weil er 2004 nur sporadisch ausgefüllt worden war.

Das Thema Autofahren und Demenz wurde neu aufgegriffen, da das Risiko für Verkehrsunfälle bei Demenzpatienten steigt (Leve et al., 2017) und Hausärzte häufig als erste mit dem Problem der Fahrtauglichkeit von Demenzpatienten konfrontiert werden (Pentzek et al., 2015).

In einem neuen Abschnitt „Sonstiges“ wurde erstmalig nach Barrierefreiheit der Praxis gefragt. Die Ärzte wurden aufgefordert, alle Gebühren-/Abrechnungsziffern zu benennen, die sie für die Diagnose Demenz nutzen. Sie konnten ferner eine Aussage

darüber treffen, ob sich ihre Praxis in den vergangenen 5 Jahren mehr auf die Versorgung von Demenzpatienten eingestellt hatte.

Der aktuell verwendete Fragebogen enthielt 46 Aussagen und gliederte sich in die sieben Abschnitte: Allgemeine Aussagen zu Demenzpatienten, Diagnostik, Kooperation mit Spezialistinnen/Spezialisten, Therapie, Aufklärung des Patienten, Interaktion mit Angehörigen, Sonstiges (s. Fragebogen im Anhang).

Die Fragebögen für Hausärzte und Neurologen/Psychiater unterschieden sich inhaltlich nicht, lediglich die Berufsbezeichnungen wurden entsprechend zur Fragestellung angepasst.

2.2 Aussendungen

Die erste Aussendung erfolgte Mitte Februar 2013.

Gemeinsam mit dem Fragebogen erhielten die Ärztinnen und Ärzte einen Aufwandsentschädigungsbogen über 20 € und einen kuvertierten Teebeutel mit dem aufmunternden Vermerk, den Fragebogen „bei einer Tasse Tee“ auszufüllen. Beides sollte die Rücklaufquote erhöhen.

In einem beigefügten Anschreiben wurde die Studie kurz erläutert und Anweisungen zur Rücksendung beider Formulare in den jeweils dafür vorgesehenen Briefumschlägen gegeben. Die Aufwandsentschädigung mit Namen und Kontodaten sollte separat in einen DIN A6 Umschlag gesteckt und dieser gemeinsam mit dem Fragebogen in einem adressierten und freigemachten DIN A5 Umschlag zurückgesendet werden. Wie bei der Briefwahl wurden dann die persönlichen Angaben vom Fragebogen getrennt und die Anonymität der Angaben blieb gewahrt. Anhand der Aufwandsentschädigungen wurde ersichtlich, welche Ärzte an der Studie teilgenommen hatten.

Mitte März 2013 erfolgte die erste Nachfassaktion. Alle Ärztinnen und Ärzte, die bis dahin keinen Fragebogen zurückgeschickt hatten, erhielten die Unterlagen mit einem modifizierten Anschreiben erneut.

Im Mai erfolgte die zweite Nachfassaktion. Die Ärzte wurden telefonisch und per E-Mail gebeten, an der Studie teilzunehmen.

Im Juli 2013 war die avisierte Rücklaufquote von 40 % erreicht und die Datenerhebung wurde abgeschlossen.

2.3 Stichproben

Die Stichprobe besteht einerseits aus den noch praktizierenden Ärztinnen und Ärzten der Umfrage von 2004 sowie aus einer Zufallsstichprobe von Hausärzten, Neurologen und Psychiatern aus den Regionen Hamburg, Bonn, Mannheim, Düsseldorf, Leipzig und München. Im Rahmen der Follow-up Studie wurden einige Ärzte also ein zweites Mal befragt, andere ganz neu in die Studie einbezogen.

2.4 Fallzahlschätzung

Die Fallzahlschätzung erfolgte bezüglich der primären Fragestellung, d. h. ob in der Gesamtgruppe der befragten Ärztinnen und Ärzte Veränderungen eingetreten sind. Zum Nachweis eines Unterschieds von 0,5 Punkten in den Mittelwerten der Antworten der 2004er und 2013er Gruppe und einer Standardabweichung von 1,8 wurden für die 2013-er Befragung 274 beantwortete Fragebögen benötigt (Signifikanzniveau $\alpha = 0.05$, t-Test für unabhängige Stichproben, Power = 90 %). Bei einer angenommenen Rücklaufquote von 40 % wurden 685 Ärztinnen und Ärzte angeschrieben.

2.5 Adressenauswahl der Hausärzte-Zufall

Die aktuelle Stichprobe erfasste 166 noch praktizierende Hausärzte der Befragung aus 2004 sowie eine Zufallsauswahl von 204 Hausärzten aus den entsprechenden Regionen. Die Zufallsauswahl erfolgte auf Basis der jeweiligen Ärztekammerlisten. War ein Arzt aus der Versorgung ausgeschieden, wurde ermittelt, welche anderen Ärzte mit derselben Postleitzahl praktizierten. Aus dieser Gruppe wurde mittels Zufallszahlenliste ein neuer Arzt ausgewählt und angeschrieben. Das Geschlecht wurde hierbei nicht beachtet. Es wurden 370 Fragebögen versandt.

2.6 Adressenauswahl der KND-Hausärzte

In der Vorstudie 2004 wurden 129 Hausärztinnen und Hausärzte befragt, die sich an der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten für eine prospektive Kohortenstudie im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen beteiligt hatten (KND-Ärzte). Diese Ärztinnen und Ärzte praktizierten an den Standorten Hamburg, Düsseldorf, Bonn, Leipzig, Mannheim und München. Sowohl die Kohortenstudie, wie auch die postalische Befragung wurden im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Die aktuelle Stichprobe erfasste die noch praktizierenden KND-Ärzte von 2004, es handelte sich um 85 Ärztinnen und Ärzte.

2.7 Adressenauswahl der Neurologen und Psychiater

Analog zur Hausarztsuche erfolgte die Zufallsstichprobenauswahl der Neurologen und Psychiater. 171 der vorab befragten Ärztinnen und Ärzte praktizierten noch; 59 Ärztinnen und Ärzte wurden nach dem oben beschriebenen Zufallsprinzip hinzugewählt. Es wurden 230 Fragebögen versandt.

2.8 Auswertungsprocedere

Die Auswertung erfolgte mit dem Programm IBM SPSS Statistics Version 20.

Folgende Analysen wurden durchgeführt:

1. Deskriptive Statistiken der teilnehmenden Ärzte.
2. Mittelwertvergleiche der Antworten der Hausärzte-Zufall (HÄ) vs. KND-Hausärzte (KND) im Follow-up sowie Analyse der Unterschiede in der Verteilung der Antworten pro Gruppe mittels Mann-Whitney-U-Test (MWU).
3. Mittelwertvergleiche der Antworten aller Hausärzte (HÄ_{ges.}) vs. Neurologen und Psychiater (NP) im Follow-up sowie Analyse der Unterschiede in der Verteilung der Antworten pro Gruppe mittels Mann-Whitney-U-Test.
4. Mittelwertvergleiche der Antworten HÄ_{ges.} Baseline vs. HÄ_{ges.} Follow-up sowie NP Baseline vs. NP Follow-up sowie Analyse der Unterschiede in der Verteilung der Antworten pro Gruppe mittels Mann-Whitney-U-Test.

5. Chi-Quadrat-Tests bei binären Variablen.
6. Die Antworten der Likert-Skala wurden (wenn es angebracht schien) zur besseren Darstellung in drei Gruppen zusammengefasst:
 - 1 + 2 = Ablehnung der Aussage,
 - 3 + 4 = teilweise Zustimmung,
 - 5 + 6 = Zustimmung.

Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 0,05$ festgelegt (nicht-parametrischer Test für zwei unabhängige Stichproben).

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die detaillierten Ergebnisse der Befragung von 2013 (Follow-up FU) und des Vergleichs mit der Befragung von 2004 (Baseline-Studie BL) dargestellt. Für eine schnelle Orientierung sind die statistisch signifikanten Ergebnisse in Kapitel 3.11. tabellarisch zusammengefasst (Tab. 7 und 8).

3.1 Rücklaufquoten und Teilnehmer

Initial wurden 685 Fragebögen versandt. Die erste Rücklaufwelle erbrachte 164 Antworten. Nach 4 Wochen wurden an die bis dato nicht teilnehmenden Ärzte erneut 521 Fragebögen versandt. Der Rücklauf lag anschließend bei 260 Bögen.

Nach Abschluss der telefonischen Nachfassaktion nahmen 275 Ärzte an der Studie teil (s. Tabelle 2).

Der Rücklauf der Hausärzte-Zufall betrug 36 % (n = 134) und der Neurologen und Psychiater 39 % (n = 90). Der Rücklauf der KND-Ärzte lag bei 60 % (n = 51).

Insgesamt zeigte sich eine vergleichbare Rücklaufquote der Hausärzte und Gebietsärzte im Vergleich zur Erstbefragung in 2004 (s. Tabelle 2 und 3). Die KND-Ärzte antworteten deutlich seltener im Follow-up als in der Baseline Studie.

49 Ärzte haben an beiden Befragungen teilgenommen.

Knapp die Hälfte aller Studienteilnehmer waren Hausärzte-Zufall, 19 % KND-Ärzte und 33 % Neurologen und Psychiater. Im Vergleich zur Baseline hat der Anteil an KND-Ärzten abgenommen, der Anteil an Hausärzte-Zufall zugenommen. Das Verhältnis von Hausärzten zu Gebietsärzten ist in beiden Studien identisch $2/3 > 1/3$ (s. Tabelle 2 und 3).

Da sich die Antworten der KND-Ärzte und die der Hausärzte-Zufall im Follow-up nicht signifikant unterscheiden (Mittelwertvergleiche der Antworten der Hausärzte-Zufall (HÄ) vs. KND-Hausärzte (KND) im Follow-up sowie Analyse der Unterschiede in der Verteilung der Antworten pro Gruppe mittels Mann-Whitney-U-Test; hier nicht dargestellt), werden diese beiden Berufsgruppen in der weiteren Auswertung zur Gruppe "Hausärzte" zusammengefasst. In der Baseline Studie war dies ebenso gewesen. Einzig die Geschlechterverteilung der Antwortenden unterschied sich in der

aktuellen Erhebung zwischen den KND-Ärzten und den Hausärzten-Zufall in dem Sinne, dass in der KND-Gruppe signifikant mehr Frauen als Männer geantwortet haben, während es in der Hausärzte-Zufall-Gruppe keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Antwortverhalten gab. Da die Zahl der an der Studie teilnehmenden KND-Ärztinnen mit 17 relativ klein ist, wurden diesbezüglich keine weiteren Auswertungen vorgenommen.

Tabelle 2 – Rücklaufquoten und Teilnehmer im Follow-up 2013

Follow-up 2013 (n = 275)						
	Hausärzte-Zufall		KND-Ärzte		Neurologen / Psychiater	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Teilnehmer gesamt	134 (49 %)		51 (19 %)		90 (33 %)	
Doppelt angeschriebene Ärzte (BL + FU)	166		85		171	
Teilnehmer an beiden Studien (n = 49)	15		23		11	
Anzahl versandter Fragebögen	199 (54 %)	171 (46 %)	64 (75 %)	21 (25 %)	138 (60 %)	92 (40 %)
Teilnehmer nach Geschlecht	66 (49 %)	58 (44 %)	32 (63 %)	17 (33 %)	42 (47 %)	39 (43 %)
Fehlende Geschlechtsangabe	10 (7 %)		2 (3,9 %)		9 (10 %)	
Rücklaufquote	33,2 %	33,9 %	50 %	81 %	30,4 %	42,4 %
Chi²-Test	0,49		0,01		0,06	
	Hausärzte			Neurologen / Psychiater		
	♂	♀		♂	♀	
Teilnehmer gesamt	185 (67 %)			90 (33 %)		
Anzahl versandter Fragebögen	263 (58 %)		192 (42 %)	138 (60 %)	92 (40 %)	
Teilnehmer nach Geschlecht	98 (53 %)		75 (41 %)	42 (47 %)	39 (43 %)	
Fehlende Geschlechtsangabe	12 (6,5 %)			9 (10 %)		
Rücklaufquote	37 %		39 %	30,4 %	42,4 %	
Chi²-Test	0,46			0,06		

Tabelle 3 - Rücklaufquoten und Teilnehmer der Baseline-Studie 2004

Baseline 2004 (n = 307)						
	Hausärzte-Zufall		KND-Ärzte		Neurologen / Psychiater	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Teilnehmer gesamt	103 (34 %)		108 (35 %)		96 (31 %)	
Anzahl versandter Fragebögen	140 (54 %)	120 (46 %)	93 (72 %)	36 (28 %)	151 (63 %)	88 (37 %)
Teilnehmer nach Geschlecht	53 (51 %)	49 (48 %)	76 (70 %)	30 (28 %)	59 (61 %)	33 (34 %)
Fehlende Geschlechtsangabe	1 (0,9 %)		2 (1,9 %)		4 (4,2 %)	
Rücklaufquote	37,9 %	40,8 %	81,7 %	83,3 %	39,1 %	37,5 %
Chi²-Test	0,43		0,49		0,48	

	Hausärzte		Neurologen / Psychiater	
	♂	♀	♂	♀
Teilnehmer gesamt	211 (69%)		96 (31 %)	
Anzahl versandter Fragebögen	233 (60 %)	156 (40 %)	151 (63 %)	88 (37 %)
Teilnehmer nach Geschlecht	129 (61 %)	79 (37 %)	59 (61 %)	33 (34 %)
Fehlende Geschlechtsangabe	3 (1,4 %)		4 (4,2 %)	
Rücklaufquote	55 %	50 %	39,1 %	37,5 %
Chi²-Test	0,30		0,48	

Die Anzahl angeschriebener Männer und Frauen war in der Gruppe Hausärzte-Zufall und der Gruppe Neurologen / Psychiater zufallsbedingt und unterschied sich. Die Gruppe der KND-Ärzte wurde in toto angeschrieben.

In der Follow-up Studie scheint der Anteil der Frauen sowohl in der Gruppe der Hausärzte, als auch in der Gruppe der Neurologen / Psychiater zugenommen zu haben (s. Tabelle 2 und 3) bezogen auf diejenigen Ärzte, die ihr Geschlecht angegeben haben.

Allerdings gab es in der Follow-up Studie in beiden Gruppen deutlich mehr Fragebögen ohne Angabe des Geschlechts und die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant (χ^2 -Test: $p > 0,05$ für den Vergleich des Frauenanteils bei den Hausärzten und bei den Neurologen /Psychiatern jeweils zu beiden Befragungszeitpunkten).

3.2 Niederlassungsdauer in Jahren

Im Median waren die Hausärzte 21 Jahre niedergelassen und die Gebietsärzte 15 Jahre. Im Vergleich zur Baseline Studie waren die Hausärzte bei Betrachtung des Median 5 Jahre länger niedergelassen, die Gebietsärzte 2 Jahre (s. Tabelle 5). Es zeigte sich bei beiden Berufsgruppen ein signifikanter Unterschied der Niederlassungsdauer (Mann-Whitney-U-Test $p_{HÄ} = < 0,001$, $p_{NP} = 0,001$).

Tabelle 4 - Niederlassungsdauer der teilnehmenden Ärzte in beiden Studien im Vergleich

Follow-up 2013					
Hausärzte (n = 178)			Neurologen / Psychiater (n = 86)		
M	Mdn	SD	M	Mdn	SD
19,02	21	8,350	15,65	15	7,856
Baseline-Studie 2004					
Hausärzte (n = 199)			Neurologen / Psychiater (n = 59)		
M	Mdn	SD	M	Mdn	SD
15,90	16	7,544	11,61	13	9,958

M: Mittelwert, Mdn: Median, SD: Standardabweichung

3.3 Anzahl betreuter Patienten im Pflegeheim und in der Praxis

Die Gebietsärzte gaben an, deutlich mehr Patienten mit Demenz in der Praxis und im Pflegeheim zu betreuen, als die Hausärzte. Im Median betreuten Neurologen und Psychiater in der Praxis 50 Patienten mit Demenz, Hausärzte 20 Patienten. Im Pflegeheim betreuten Gebietsärzte im Median 40 Patienten, Hausärzte 15 Patienten. Im Median-Vergleich zur Baseline-Studie betreuten die Hausärzte je 5 Patienten mehr pro Praxis und Heim, die Gebietsärzte betreuten sogar 10 Patienten mehr pro Praxis.

In der Baseline-Studie konnten die Gebietsärzte keine Angaben zur Anzahl betreuter Patienten im Pflegeheim machen, so dass dieser Vergleich ausbleibt.

Tabelle 5 - Anzahl betreuter Patienten beider Studien im Vergleich

Follow-up 2013						
	Hausärzte			Neurologen / Psychiater		
Anzahl betreuter Demenz-Patienten in der Praxis	M	Mdn	SD	M	Mdn	SD
	29,69	20,00	28,031	82,43	50,00	99,847
Anzahl betreuter Demenz-Patienten im Pflegeheim	M	Mdn	SD	M	Mdn	SD
	24,09	15,00	32,127	80,30	40,00	101,603
Baseline 2004						
	Hausärzte			Neurologen / Psychiater		
Anzahl betreuter Demenz-Patienten in der Praxis	M	Mdn	SD	M	Mdn	SD
	23,28	15,00	25,216	68,25	40,00	74,599
Anzahl betreuter Demenz-Patienten im Pflegeheim	M	Mdn	SD	M	Mdn	SD
	20,64	10,00	28,660	k. A.	k. A.	k. A.

M: Mittelwert, Mdn: Median, SD: Standardabweichung, k.A.: keine Angaben

3.4 Allgemeine Aussagen

Der erste Fragenkomplex enthielt vier Aussagen zur generellen Einstellung gegenüber Demenzpatienten:

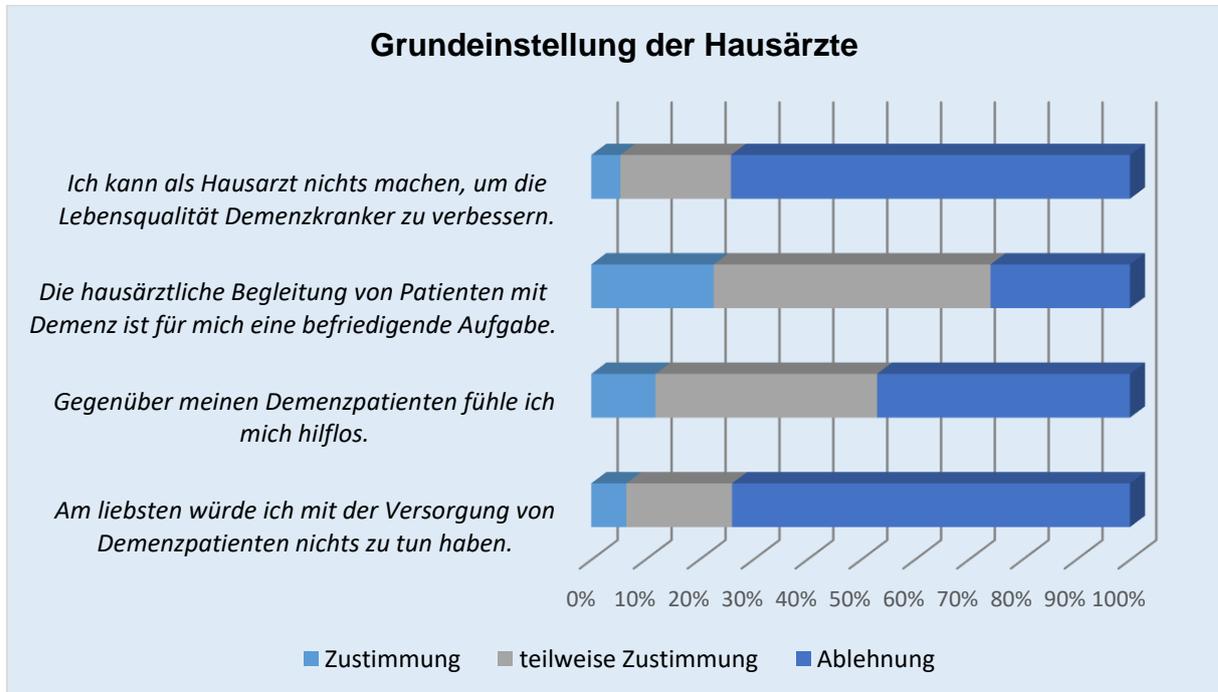


Abbildung 1 - Grundeinstellung der Hausärzte zu Patienten mit Demenz in der Follow-up-Erhebung 2013

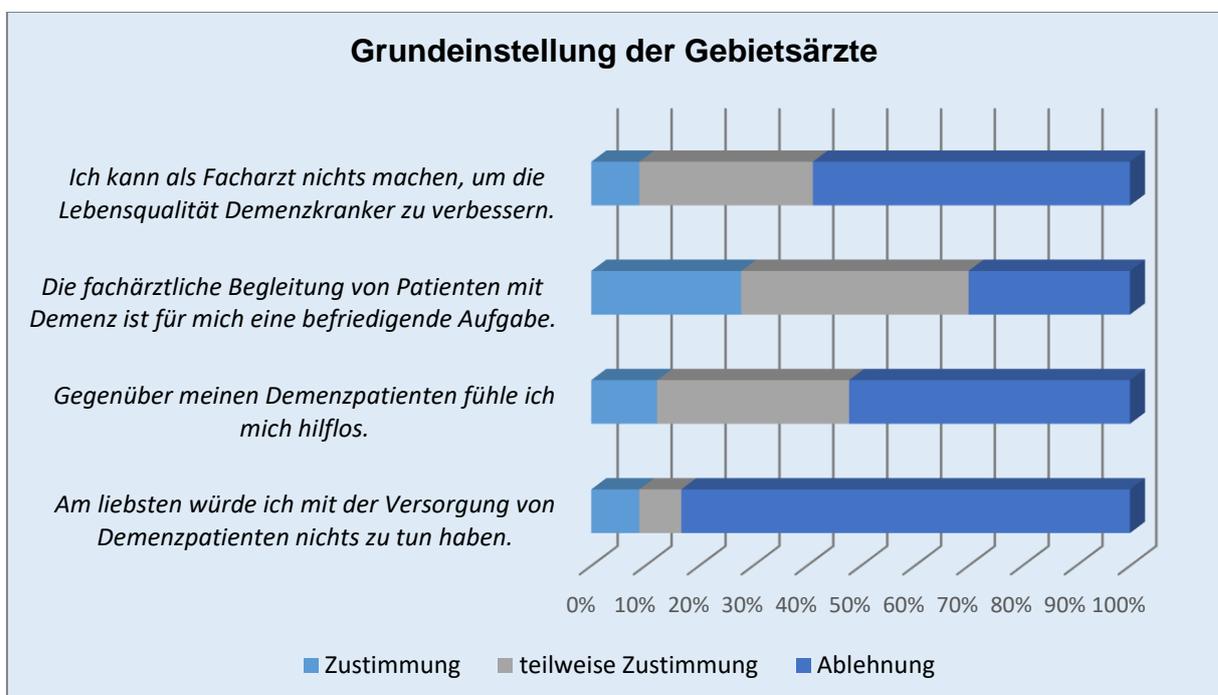


Abbildung 2 - Grundeinstellung der Gebietsärzte zu Patienten mit Demenz in der Follow-up-Erhebung 2013

Follow-up-Studie 2013

Die Aussage „*Ich kann als Hausarzt / Spezialist nichts machen, um die Lebensqualität Demenzkranker zu verbessern*“ wird von den Hausärzten ($M_{FU} \pm SD$ 2,04 \pm 1,2) und Gebietsärzten ($M_{FU} \pm SD$ 2,38 \pm 1,47) mehrheitlich abgelehnt ($p = 0,12$, d. h. kein signifikanter Unterschied zwischen den Arztgruppen im MWU-Test).

Fasst man die Antworten der Likert-Skala zur besseren Darstellung in drei Gruppen zusammen (1 + 2 = Ablehnung, 3 + 4 = teilweise Zustimmung, 5 + 6 = Zustimmung), so verneinen 74 % der Hausärzte und 59 % der Gebietsärzte obige Aussage.

74 % der Hausärzte und 83 % der Gebietsärzte lehnen die Aussage „*Am liebsten würde ich mit der Versorgung von Demenzpatienten nichts zu tun haben*“ ab.

Wie bereits in der Baseline-Studie fällt die Ablehnung der Gebietsärzte ($M_{FU} \pm SD$ 1,77 \pm 1,38) signifikant höher aus (MWU-Test $p < 0,012$), als die der Hausärzte ($M_{FU} \pm SD$ 2,01 \pm 1,29).

Weniger positiv ist das Antwortverhalten der Ärzte bei der Aussage „*Die hausärztliche / gebietsärztliche Begleitung von Patienten mit Demenz ist für mich eine befriedigende Aufgabe.*“ Sowohl die Hausärzte ($M_{FU} \pm SD$ 3,45 \pm 1,29) als auch die Neurologen / Psychiater ($M_{FU} \pm SD$ 3,43 \pm 1,48) stimmen dieser Aussage nur teilweise zu, Unterschiede zwischen den Arztgruppen gibt es nicht (MWU-Test $p = 0,912$).

Die Aussage „*Gegenüber meinen Demenzpatienten fühle ich mich hilflos.*“ wird von 47 % der Hausärzte und von 52 % der Gebietsärzte abgelehnt ($M \pm SD$: $HÄ_{FU}$ 2,76 \pm 1,32; NP_{FU} : 2,66 \pm 1,42; im MWU-Test kein signifikanter Unterschied zwischen den Arztgruppen: $p = 0,448$).

Vergleich mit der Baseline-Studie 2004

Bei den Hausärzten gab es in Bezug auf die vier allgemeinen Aussagen keine Unterschiede zwischen den Befragungszeitpunkten (MWU-Test immer $p > 0,05$).

Als einziger signifikanter Unterschied zwischen beiden Befragungszeitpunkten in der Gruppe der Neurologen / Psychiater zeigte sich die in der Follow-up Studie etwas geringere Ablehnung der Aussage „*Ich kann als Hausarzt / Spezialist nichts machen,*

um die Lebensqualität Demenzkranker zu verbessern“ ($M_{FU} \pm SD 2,38 \pm 1,47$, $M_{BL} \pm SD 1,83 \pm 1,21$, MWU-Test: $p = 0,007$).

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf die allgemeinen Aussagen zur Versorgung von Menschen mit Demenz sagen, dass die Mehrheit der Haus- und Gebietsärzte eine positive Grundeinstellung gegenüber den Patienten zeigt.

Das Ergebnis ist vergleichbar mit der Baseline-Studie – mit der Ausnahme, dass die Spezialisten im Jahre 2013 gegenüber 2004 etwas zurückhaltender waren in der Beurteilung ihrer Möglichkeiten, die Lebensqualität von Demenzkranken zu verbessern.

3.5 Diagnostik

Der zweite Fragekomplex enthielt 6 Fragen zur Diagnostik und Einschätzung der subjektiven Kompetenz.

Follow-up-Studie 2013

In Bezug auf die angewandte Diagnostik zeigen sich in der Follow-up Studie 2013 deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen:

- Hausärzte ($M_{FU} \pm SD 2,82 \pm 1,5$) suchen seltener aktiv nach Symptomen einer demenziellen Erkrankung als Neurologen / Psychiater ($M_{FU} \pm SD 3,37 \pm 1,65$). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (MWU-Test: $p < 0,009$).
- Hausärzte ($M_{FU} \pm SD 3,71 \pm 1,96$) führen das geriatrische Basisassessment seltener durch als Neurologen / Psychiater ($M_{FU} \pm SD 4,32 \pm 1,95$); signifikant im MWU-Test: $p < 0,011$.
- Hausärzte ($M_{FU} \pm SD 4,58 \pm 1,69$) wenden seltener kognitive Tests an als Neurologen / Psychiater ($M_{FU} \pm SD 5,41 \pm 1,35$); signifikant im MWU-Test ($p < 0,001$).
- Hausärzte ($M_{FU} \pm SD 3,89 \pm 1,63$) veranlassen deutlich seltener eine Bildgebung als Neurologen / Psychiater ($M_{FU} \pm SD 5,41 \pm 1,14$); signifikant im MWU-Test ($p < 0,001$).

- Hausärzte ($M_{FU} \pm SD 2,78 \pm 1,37$) fühlen sich in der Diagnostik von Demenzen unsicherer als Neurologen / Psychiater ($M_{FU} \pm SD 1,78 \pm 1,45$); signifikant im MWU-Test ($p < 0,001$).

Die Mehrheit der Hausärzte (68 %; $M_{FU} \pm SD 4,83 \pm 1,32$) und Gebietsärzte (62 %; $M_{FU} \pm SD 4,59 \pm 1,51$) sieht einen Nutzen in der Früherkennung einer Demenz, hier gibt es keinen Unterschied zwischen den Berufsgruppen in der Follow-up-Studie (MWU-Test: $p = 0,286$).

Vergleich mit der Baseline-Studie 2004

Die Zustimmung der Neurologen im Follow-up fällt bei der Einschätzung des Nutzens einer Früherkennung der Demenz zurückhaltender aus ($M_{FU} \pm SD 4,59 \pm 1,51$) als in der Baseline-Studie ($M_{BL} \pm SD 5,05 \pm 1,27$), dies ist im MWU-Test signifikant ($p = 0,028$). Bei den anderen drei zwischen Baseline und Follow-up vergleichbaren Aussagen gibt es innerhalb der Gruppe der Neurologen / Psychiater keine Unterschiede im zeitlichen Verlauf (Aussagen 5, 7 und 10, siehe Fragebogen FU Neurologen / Psychiater im Anhang).

Hausärzte gaben in der Follow-up Erhebung signifikant seltener an, bei allen über 65-Jährigen aktiv nach Symptomen einer demenziellen Erkrankung zu suchen ($M_{FU} \pm SD 2,82 \pm 1,5$; $M_{BL} \pm SD 3,16 \pm 1,48$; MWU-Test: $p = 0,018$).

Sie gaben im Follow-up jedoch signifikant häufiger an, bei Verdacht auf kognitive Störungen regelmäßig kognitive Tests anzuwenden ($M_{FU} \pm SD 4,58 \pm 1,69$ vs. $M_{BL} \pm SD 3,80 \pm 1,81$; MWU-Test: $p < 0,001$).

Bei den anderen beiden zwischen Baseline und Follow-up vergleichbaren Aussagen (Aussagen 9 und 10, siehe Fragebogen Hausärzte FU im Anhang), gab es keinen Unterschied im zeitlichen Verlauf in der Gruppe der Hausärzte.

Autofahren:

Ein Großteil der Hausärzte spricht Demenzpatienten gezielt auf das Thema Autofahren an (Zustimmung: 52 %, teilweise Zustimmung 37 %; $M_{FU} \pm SD$ 4,29 \pm 1,41). Diese Frage wurde nur im Follow-up und nur den Hausärztinnen und Hausärzten gestellt. Daher besteht hier keine Vergleichsmöglichkeit.

3.6 Kooperation mit Fachärzten für Neurologie / Psychiatrie

In diesem Abschnitt wurden Hausärzte nach regelmäßiger Überweisung zum Gebietsarzt befragt. Sie konnten vier Aussagen mit Überweisungsgründen beurteilen. Die Neurologen erhielten vergleichende Fragen, angepasst an Ihre Perspektive.

Follow-up-Studie 2013

81 % der Hausärzte überweisen bei V. a. Demenz regelmäßig zum Neurologen bzw. Psychiater. Auf der anderen Seite betonen 91 % der Gebietsärzte, dass das Therapiemanagement von Demenzerkrankten in der Hand von Neurologen und Psychiatern liegen sollte.

Die Aussage, dass nur Neurologen / Psychiater eine ausreichende Differenzialdiagnostik leisten könnten, wurde gleichermaßen von Hausärzten und Neurologen bejaht ($M \pm SD$ HÄ: 3,95 \pm 1,51; NP: 4,08 \pm 1,38; MWU-Test: $p = 0,605$).

Auch hinsichtlich der Aussage, dass Hausärzte die Informationen, die vom Neurologen / Psychiater über den überwiesenen Patienten zurückkommen, nützlich fänden, gab es keine Unterschiede zwischen den Disziplinen ($M \pm SD$ HÄ: 4,41 \pm 1,39; NP: 4,22 \pm 1,41; MWU-Test: $p = 0,265$).

Bezüglich der Aussage, dass zum Neurologen / Psychiater überwiesen würde, damit er die Therapieindikation stellt, gingen die Auffassungen der Hausärzte und Neurologen / Psychiater leicht auseinander. Die Neurologen / Psychiater stimmten dieser Aussagen signifikant stärker zu als die Hausärzte ($M \pm SD$ HÄ: 4,77 \pm 1,40; NP: 5,18 \pm 0,99; MWU-Test: $p = 0,044$).

Ebenso stimmten die Neurologen / Psychiater der Aussage stärker als die Hausärzte zu, dass die Verschreibung der „teuren Antidementiva“ ein Überweisungsgrund wäre ($M \pm SD$ HÄ: $4,11 \pm 1,73$; NP: $4,79 \pm 1,53$; MWU-Test: $p = 0,001$).

Vergleich mit der Baseline-Studie 2004

Ein zunehmender Anteil der Hausärzte (81 %) überweist im Follow-up bei V. a. Demenz regelmäßig zum Neurologen bzw. Psychiater (Baseline-Studie 60 %; χ^2 -Test: $p < 0,001$).

Gleichzeitig betonen im Follow-up mehr Gebietsärzte (91 %), dass das Therapiemanagement in der Hand von Neurologen und Psychiatern liegen sollte. In der Baseline-Studie war zur Beurteilung dieser Aussage eine 6-stufige-Likert-Skala verwendet worden, im FU hingegen nur eine ja / nein Antwort. Werden nur die Werte 5 und 6 als Zustimmung gewertet, stimmten in der Baseline-Studie 69 % (66 / 96) der Neurologen / Psychiater dieser Aussage zu, bei Berücksichtigung der Werte 4, 5 und 6 als Bejahung waren es 77 % (74 / 96). In beiden Fällen ist der Unterschied über die Zeit statistisch signifikant (χ^2 -Test: $p < 0,01$).

Bezüglich der vier Überweisungsgründe zu Spezialisten (siehe Aussagen 13 a-d im Hausarzt-Fragebogen) zeigte sich in der Gruppe der Hausärzte nur eine statistisch signifikante Veränderung über die Zeit: Hausärzte betonten deutlicher als vor 10 Jahren, dass Gebietsärzte die „teuren Antidementiva“ besser verschreiben können ($M_{FU} \pm SD$ $4,11 \pm 1,73$ vs. $M_{BL} \pm SD$ $3,47 \pm 1,79$, signifikant im MWU-Test: $p = 0,003$).

Neurologen und Psychiater sind heutzutage hingegen überzeugter, dass ihr Hinzugezogenwerden dem Stellen der Therapieindikation dient ($M_{FU} \pm SD$ $5,18 \pm 0,99$ vs. $M_{BL} \pm SD$ $4,45 \pm 1,54$, signifikant im MWU-Test: $p = 0,001$).

Bezüglich der anderen drei Aussagen zu Gründen von Überweisungen gab es in der Gruppe der Neurologen / Psychiater keine Unterschiede im zeitlichen Verlauf (Aussagen 12 a, c und d im Fragebogen der Neurologen / Psychiater).

Insgesamt wird 2013 eine etwas stärkere Akzentuierung der Arbeitsteilung zwischen Hausärzten und Neurologen / Psychiatern im Bereich des Stellens der

Therapieindikation und der Verordnung der (teuren) Antidementiva deutlich. Hausärzte geben an, Patienten mit Demenz häufiger zum Spezialisten zu überweisen, andererseits fühlen sich die Spezialisten für das Therapiemanagement stärker zuständig.

3.7 Therapie

Dieser Fragenkomplex beschäftigte sich mit pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapiemaßnahmen.

Die Ärzte wurden nach ihren Erfahrungen in Bezug auf die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen der Antidementiva Ginkgo, Memantine und Cholinesterasehemmer befragt. Sie konnten zusammenfassend beurteilen, ob die Alzheimer-Demenz medikamentös gut beeinflussbar ist. Darüber hinaus enthielt dieser Abschnitt Fragen zu nicht-medikamentösen Therapieoptionen. Abschließend sollten die Ärzte subjektiv ihre Kompetenz bezüglich der Demenztherapie beurteilen.

Follow-up-Studie 2013

Von den 9 Aussagen zur medikamentösen Therapie der Demenzerkrankung gab es bei drei Aussagen keine Unterschiede zwischen Hausärzten und Neuropsychiatern:

- Beide Arztdisziplinen stimmen der Aussage eher zu, dass leichtere Formen der Alzheimer-Demenz medikamentös gut beeinflussbar sind ($M \pm SD$ HÄ: $3,98 \pm 1,48$; NP: $4,10 \pm 1,33$; MWU-Test: $p = 0,608$).
- Auch hinsichtlich der Beurteilung der Wirksamkeit von Memantinen und Cholinesterasehemmern gab es keine Unterschiede zwischen den Arztdisziplinen (Memantine: $M \pm SD$ HÄ: $3,83 \pm 1,25$; NP: $3,84 \pm 1,25$; MWU-Test: $p = 0,898$, Cholinesterasehemmer: ($M \pm SD$ HÄ: $3,97 \pm 1,19$; NP: $4,22 \pm 1,13$; MWU-Test: $p = 0,082$).

Bei Betrachtung der übrigen Antworten zur medikamentösen Therapie zeigte sich, dass die Hausärzte in der Follow-up-Erhebung den Medikamenten gegenüber kritischer eingestellt sind als die Gebietsärzte:

- Hausärzte stimmen der Aussage stärker zu, dass Cholinesterasehemmer viele Nebenwirkungen haben ($M \pm SD$ HÄ: $3,63 \pm 1,26$; NP: $3,15 \pm 1,16$; MWU-Test: $p = 0,004$).
- Hausärzte stimmen der Aussage stärker zu, dass Cholinesterasehemmer nur für eine kurze Zeit wirken (HÄ: $M_{FU} 3,63 \pm 1,18$; Neurologen / Psychiater: $M_{FU} 3,02 \pm 1,33$; MWU-Test $p < 0,001$).
- Hausärzte stimmten auch der Aussage häufiger zu, dass die Mehrzahl der Demenzpatienten Cholinesterasehemmer nur unregelmäßig einnimmt (HÄ: $M_{FU} 3,02 \pm 1,37$; Neurologen / Psychiater: $M_{FU} 2,54 \pm 1,21$; MWU-Test: $p = 0,009$).
- Hausärzte berichten deutlich häufiger, dass die Mehrzahl der Demenzpatienten die Einnahme von Cholinesterasehemmern nach einigen Monaten abbricht (HÄ: $M_{FU} 3,22 \pm 1,45$; Neurologen / Psychiater: $M_{FU} 2,21 \pm 1,09$; MWU-Test: $p < 0,001$).
- Hausärzte sehen auch seltener einen Nutzen der Cholinesterasehemmer bei anderen Formen der Demenz (HÄ: $M_{FU} 2,97 \pm 1,32$, Neurologen / Psychiater: $M_{FU} 3,39 \pm 1,38$; MWU-Test $p = 0,017$).

Lediglich im Einsatz von Ginkgo biloba sehen Hausärzte ($M_{FU} 2,67 \pm 1,33$) einen höheren Nutzen als Gebietsärzte (Neurologen / Psychiater $M_{FU} 2,31 \pm 1,37$), signifikant im MWU-Test ($p = 0,022$).

Bei 8 Aussagen zur medikamentösen Therapie (Aussagen 15 a-c sowie 16-20) hatten die Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, „Keine Erfahrung“ anzugeben. Bei den Fragen 15-19 nutzten dies 1,1 % - 9,7 % der Hausärztinnen und Hausärzte und 1,1 % - 6,7 % der Neuropsychiater. Obwohl numerisch mehr Hausärzte die Angabe „keine Erfahrung“ machten, waren die Unterschiede pro Aussage statistisch nicht signifikant (χ^2 -Test: $p > 0,05$). Einzig bei der Beurteilung der Aussage, dass Cholinesterasehemmer bei anderen Formen der Demenz nutzen, gaben statistisch signifikant mehr Hausärzte an, „Keine Erfahrung“ zu haben (HÄ 21,1 %; NP 6,7 %; χ^2 -Test $p = 0,002$).

Im Gegenzug betonen die Hausärzte ($M_{FU} 5,35 \pm 0,84$) stärker als die Neurologen und Psychiater ($M_{FU} 4,98 \pm 1,25$), dass es die wichtigste Aufgabe sei, den Patienten und Angehörigen in der Bewältigung des Alltages zu helfen (signifikant im MWU-Test: $p = 0,029$).

Insgesamt stimmten die Hausärzte in der Follow-up-Erhebung deutlicher als die Neurologen und Psychiater der Aussage zu, dass sie sich in der Therapie der Demenzen nicht gut auskennen (HÄ: $M_{FU} 2,98 \pm 1,42$; NP: $M_{FU} 1,82 \pm 1,34$; MWU-Test: $p < 0,001$).

Die Häufigkeit der Suche nach demenzspezifischen Angeboten im Internet unterschied sich hingegen nicht zwischen den Arztgruppen (HÄ: $M_{FU} 2,57 \pm 1,58$; NP: $M_{FU} 2,94 \pm 1,67$; MWU-Test: $p = 0,079$).

Vergleich mit der Baseline-Studie 2004

Hausärzte schätzen ihre subjektive Kompetenz „*In der Therapie von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.*“ heutzutage schlechter ein als vor 10 Jahren ($M_{FU} 2,98 \pm 1,42$ vs. $M_{BL} 2,62 \pm 1,26$), signifikant im MWU-Test: $p = 0,014$). Bei den Neurologen/Psychiatern gab es diesbezüglich keine Änderung zwischen den Untersuchungszeitpunkten (MWU-Test: $p = 0,757$).

Das Ausmaß der medikamentösen Beeinflussbarkeit der Alzheimer-Demenz wird heute von beiden Arztgruppen geringer wahrgenommen als noch vor 10 Jahren (Hausärzte: $M_{FU} 3,98 \pm 1,48$; $M_{BL} 4,41 \pm 1,38$; MWU-Test: $p = 0,004$; Neurologen / Psychiater: $M_{FU} 4,10 \pm 1,33$; $M_{BL} 4,78 \pm 1,13$; MWU-Test $p = 0,001$).

Diese generelle Aussage wird durch die Aussagen zu den einzelnen Medikamentengruppen gestützt:

- Beide Arztgruppen schätzten die Wirksamkeit von Ginkgo biloba im Follow-up schlechter ein als zur Baseline (Hausärzte: $M_{FU} 2,67 \pm 1,33$; $M_{BL} 3,10 \pm 1,34$; MWU Test $p = 0,003$; Neurologen / Psychiater: $M_{FU} 2,31 \pm 1,37$; $M_{BL} 2,94 \pm 1,31$; MWU-Test $p = 0,001$).

- Auch die Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern wurde im Follow-up in beiden Arztgruppen als geringer beurteilt als zur Baseline (Hausärzte: $M_{FU} 3,97 \pm 1,19$; $M_{BL} 4,26 \pm 1,26$; MWU-Test: $p = 0,011$; Neurologen / Psychiater $M_{FU} 4,22 \pm 1,13$; $M_{BL} 4,64 \pm 1,15$; MWU-Test: $p = 0,005$).
- Sowohl Hausärzte als auch Gebietsärzte stimmen in der Follow-up-Erhebung der Aussage stärker zu, dass Cholinesterasehemmer viele Nebenwirkungen haben (Hausärzte: $M_{FU} 3,63 \pm 1,26$; $M_{BL} 2,89 \pm 1,2$; MWU-Test: $p < 0,001$; Neurologen/ Psychiater: $M_{FU} 3,15 \pm 1,16$; $M_{BL} 2,82 \pm 1,21$; MWU-Test $p = 0,036$).

Einzig die Beurteilung der Wirksamkeit von Memantinen hat sich in beiden Arztgruppen über die Zeit nicht verändert.

Bezüglich der Aussage, dass es die wichtigste Aufgabe sei, den Patienten und Angehörigen in der Bewältigung des Alltages zu helfen, gab es zwischen Baseline und Follow-up in beiden Arztgruppen keine Veränderungen. Dasselbe gilt für die Suche nach demenzspezifischen Angeboten im Internet.

3.8 Aufklärung der Patienten

Die Ärztinnen und Ärzte sollten 8 Aussagen zur Aufklärung beurteilen. Inhaltlich ging es um den Nutzen, die Vorgehensweise und die Reaktion der Patienten. Das Thema Tabuisierung ist in den Aussagen implizit enthalten.

Follow-up-Studie 2013

Beide Arztgruppen lehnten die Aussage *„Eine Aufklärung des Patienten über Diagnose und Prognose der Demenz schadet mehr, als das sie nützt.“* mehrheitlich ab (HÄ 58 %, NP 72 %; HÄ: $M_{FU} 2,46 \pm 1,32$; NP: $M_{FU} 2,25 \pm 1,36$; MWU-Test $p = 0,119$) und sind der Meinung, dass Demenzpatienten frühzeitig aufgeklärt werden sollten, um für die Zukunft planen zu können (HÄ 74 %, NP 75 %; HÄ: $M_{FU} 4,95 \pm 1,07$; NP: $M_{FU} 5,02 \pm 1,10$; MWU-Test: $p = 0,462$). Diese positive Einstellung zur Aufklärung zeigt sich auch in der Ablehnung der folgenden Aussage *„Ich kläre den Patienten nur auf, wenn er mich explizit darum bittet.“* (Ablehnung durch Hausärzte 60 %,

Neurologen / Psychiater 65 %; HÄ: $M_{FU} 2,64 \pm 1,51$; NP: $M_{FU} 2,42 \pm 1,59$; MWU-Test: $p = 0,126$).

84 % der Hausärzte und 80 % der Gebietsärzte stimmen der Aussage voll oder zumindest teilweise zu, dass die meisten Patienten dankbar sind, wenn der Arzt den kognitiven Abbau benennt (HÄ: $M_{FU} 3,91 \pm 1,38$; NP: $M_{FU} 3,90 \pm 1,45$; MWU-Test: $p = 0,963$).

Allerdings betonen beide Ärzteguppen gleichermaßen, dass viele Patienten mit Scham auf das Ansprechen ihrer kognitiven Defizite reagieren (Voll- oder tlw. Zustimmung HÄ 78 %, NP 83 %; HÄ: $M_{FU} 3,89 \pm 1,42$; NP: $M_{FU} 4,11 \pm 1,43$; MWU-Test: $p = 0,235$).

Die einzigen signifikanten Unterschiede zwischen den Arztgruppen in Bezug auf die Aufklärung der Patienten zeigen sich darin, dass die Hausärzte spezifische Begriffe eher meiden als die Spezialisten:

- Hausärzte geben häufiger an ($M_{FU} 3,42 \pm 1,65$), im Aufklärungsgespräch nie den Begriff „Demenz“ zu verwenden (Neurologen / Psychiater $M_{FU} 2,94 \pm 1,65$; MWU-Test: $p = 0,020$).
- Auch geben Hausärzte häufiger an ($M_{FU} 3,75 \pm 1,67$), im Aufklärungsgespräch nie den Begriff „Alzheimer“ zu verwenden (Neurologen / Psychiater $M_{FU} 3,07 \pm 1,72$; MWU-Test: $p = 0,002$).
- Schließlich geben Hausärzte häufiger an ($M_{FU} 3,32 \pm 1,70$), gegenüber den Patienten die genaue Diagnose zu vermeiden und eher von „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörungen“ zu sprechen (Neurologen / Psychiater $M_{FU} 2,54 \pm 1,55$; MWU-Test $p < 0,001$).

Vergleich mit der Baseline-Studie 2004

Sowohl die Hausärzte ($M_{FU} 3,32 \pm 1,7$; $M_{BL} 2,02 \pm 1,31$; MWU-Test: $p < 0,001$), als auch die Neurologen ($M_{FU} 2,54 \pm 1,55$; $M_{BL} 2,08 \pm 1,51$; MWU-Test $p = 0,018$) stimmen heutzutage stärker der Aussage zu, dass sie gegenüber den Patienten die genaue Diagnose vermeiden und eher von z.B. „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörungen“ sprechen.

Widersprüchlich hierzu wird der Aussage „Im Aufklärungsgespräch über Demenz verwende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff Demenz“ von den Hausärzten im Follow-up weniger deutlich zugestimmt ($M_{FU} 3,42 \pm 1,65$; $M_{BL} 3,93 \pm 1,76$; MWU-Test $p = 0,002$).

Bezüglich aller anderen Aussagen zur Aufklärung der Patienten gab es in den beiden Arztgruppen keine Unterschiede im zeitlichen Verlauf.

3.9 Interaktion mit Angehörigen

In diesem Abschnitt wurde zum einen nach Aufklärung der Angehörigen gefragt und zum anderen, inwieweit die Ärzte Hilfsangebote aufzeigen.

Follow-up-Studie 2013

Das Antwortverhalten beider Arztgruppen unterschied sich in Bezug auf den subjektiven Umgang mit Angehörigen nicht voneinander.

60 % der Hausärzte und 58 % der Neurologen lehnen die Aussage ab, dass ihnen der Gesprächsbedarf mit Angehörigen zu groß sei (HÄ: $M_{FU} 2,62 \pm 1,49$; NP: $M_{FU} 2,56 \pm 1,40$; MWU-Test $p = 0,900$). Beide Arztgruppen stimmen mehrheitlich der Aussage voll oder tlw. zu, dass sie belasteten Angehörigen im Alltag gut helfen können (HÄ 88,1 %, NP 84,3 %, HÄ: $M_{FU} 4,03 \pm 1,21$; NP: $M_{FU} 4,09 \pm 1,29$; MWU-Test: $p = 0,705$).

Die positive Einstellung zur Unterstützung der Angehörigen zeigt sich auch dadurch, dass beide Arztgruppen (ohne Unterschied) mehrheitlich angeben, bei der Versorgungsplanung zu helfen und auf spezifische Hilfsangebote zu verweisen:

- „Ich empfehle den Angehörigen von Demenzpatienten, die Alzheimer Gesellschaft zu kontaktieren.“: HÄ: $M_{FU} 3,91 \pm 1,72$; NP: $M_{FU} 4,28 \pm 1,62$; MWU-Test $p = 0,106$.
- „Ich biete den Angehörigen von Demenzpatienten wiederholt an, ihnen in der Organisation der Versorgung zu helfen, z.B. bei der Bestellung eines Betreuers.“: HÄ: $M_{FU} 4,46 \pm 1,37$; NP: $M_{FU} 4,48 \pm 1,42$; MWU-Test $p = 0,818$.

- „Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.“: HÄ: $M_{FU} 4,54 \pm 1,38$; NP: $M_{FU} 4,85 \pm 1,28$; MWU-Test: $p = 0,060$.
- „Ich kläre die Angehörigen detaillierter als die Patienten über den Verlauf der Erkrankung auf.“: HÄ: $M_{FU} 4,63 \pm 1,26$; NP: $M_{FU} 4,85 \pm 1,21$; MWU-Test: $p = 0,140$.
- „Den pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an spezifischen Schulungsangeboten.“: HÄ: $M_{FU} 4,63 \pm 1,31$; NP: $M_{FU} 4,69 \pm 1,31$; MWU-Test $p = 0,734$.

Vergleich mit der Baseline-Studie 2004

Beide Arztgruppen empfehlen heutzutage häufiger den pflegenden Angehörigen, an spezifischen Schulungsangeboten teilzunehmen, als noch zur Baseline Befragung (HÄ: $M_{FU} 4,63 \pm 1,31$; $M_{BL} 4,12 \pm 1,58$; MWU-Test: $p = 0,002$; Neuropsychiater: $M_{FU} 4,69 \pm 1,31$; $M_{BL} 4,24 \pm 1,49$; MWU-Test: $p = 0,041$).

Wie oben dargestellt, ist die Zustimmung beider Arztgruppen zur Aussage „Ich kläre die Angehörigen detaillierter als die Patienten über den Verlauf der Erkrankung auf.“ sehr stark (HÄ: $M_{FU} 4,63 \pm 1,26$; NP: $M_{FU} 4,85 \pm 1,21$; MWU-Test: $p = 0,140$). Die Zustimmung der Hausärzte im Follow-up fällt hierbei jedoch geringer aus als in der Baseline Studie ($M_{FU} 4,63 \pm 1,26$; $M_{BL} 4,91 \pm 1,21$; MWU-Test: $p = 0,012$).

Schließlich fällt die Zustimmung der Hausärzte zu der Aussage, dass sie „im Allgemeinen belasteten Angehörigen gut helfen könnten“, im Follow-up etwas weniger positiv aus als in der Baseline Studie ($M_{FU} 4,03 \pm 1,21$; $M_{BL} 4,32 \pm 1,02$; MWU-Test: $p = 0,034$).

Bei allen anderen Aussagen zur Interaktion mit Angehörigen zeigte sich im Verlauf der Zeit bei beiden Arztgruppen keine Veränderung.

3.10 Sonstiges

Die Aussage „In den vergangenen 5 Jahren hat sich meine Praxis mehr auf die Versorgung von Demenzen eingestellt.“ wurde von beiden Arztgruppen neutral

beantwortet (HÄ: $M_{FU} 3,32 \pm 1,54$; NP: $M_{FU} 3,62 \pm 1,71$), d.h. je ca. 1/3 der Ärzte stimmte der Aussage zu, teilweise zu oder lehnte diese ab (MWU-Test: $p = 0,137$). Hingegen gab die Mehrheit beider Arztgruppen (Neurologen häufiger als Hausärzte) an, eine barrierefreie Praxis zu betreiben: 56 % der Hausärzte und 69 % der Neuropsychiatern stimmen dieser Aussage zu (χ^2 -Test $p = 0,04$).

Neurologen zeigten ein größeres Interesse an einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Autofahren und Demenz“ als Hausärzte (HÄ: $M_{FU} 3,68 \pm 1,73$; NP: $M_{FU} 4,16 \pm 1,81$; MWU-Test: $p = 0,023$).

3.10.1 Benutzte Gebühren / Abrechnungsziffern für die Diagnose einer Demenz

Tabelle 6 - Gebühren / Abrechnungsziffern für die Diagnose einer Demenz

Welche Gebühren / Abrechnungsziffern nutzen Sie für die Diagnose einer Demenz? Bitte listen Sie möglichst alle auf.											
Hausärzte						Neurologen / Psychiater					
Ziffer	n	%	Ziffer	n	%	Ziffer	n	%	Ziffer	n	%
03240	78	42,70 %	01411	2	1,08 %	21216	33	36,67 %	16222	5	5,56 %
03242	72	42,16 %	01435	2	1,08 %	21220	32	35,56 %	21310	5	5,56 %
03112	34	38,92 %	01490	2	1,08 %	21215	23	25,56 %	33060	4	4,44 %
03212	33	18,38 %	03312	2	1,08 %	21230	17	18,89 %	1	3	3,33 %
35100	26	17,84 %	21 weitere Einzelnennungen			16212	15	16,67 %	4	3	3,33 %
35110	26	14,05 %				16233	15	16,67 %	645	3	3,33 %
4	7	14,05 %				16220	13	14,44 %	21231	3	3,33 %
15	5	3,78 %				16230	13	14,44 %	856	2	2,22 %
34	5	2,70 %				16340	13	14,44 %	01410	2	2,22 %
800	5	2,70 %				21340	13	14,44 %	01413	2	2,22 %
801	5	2,70 %				21233	12	13,33 %	16211	2	2,22 %
03313	4	2,70 %				800	11	12,22 %	16231	2	2,22 %
01410	3	2,16 %				21212	10	11,11 %	16321	2	2,22 %
01732	3	1,62 %				857	9	10,00 %	21214	2	2,22 %
03111	3	1,62 %				801	8	8,89 %	21217	2	2,22 %
3	2	1,62 %				827	7	7,78 %	21232	2	2,22 %
804	2	1,08 %				16310	7	7,78 %	33063	2	2,22 %
835	2	1,08 %				35300	6	6,67 %	35301	2	2,22 %
856	2	1,08 %				806	5	5,56 %	90926	2	2,22 %
857	2	1,08 %				835	5	5,56 %	27 weitere Einzelnennungen		

Notiz: Angabe der Ziffern vor der EBM-Reform 2013

Die Ärzte wurden aufgefordert, die Gebühren / Abrechnungsziffern zu benennen, die sie für die Diagnose einer Demenz nutzen.

12 % der Hausärzte und 18 % der Neurologen machten bei dieser Frage keine Angaben.

Einige Ärzte benannten keine Ziffern, sondern antworteten mit Freitext wie „die üblichen“, „alle, die gehen“, „es gibt keine“ oder es wurden anstatt EBM- oder GOÄ-Ziffern fälschlicherweise ICD-10 Diagnoseschlüssel aufgeschrieben. Diese Angaben konnten nicht gewertet werden.

Die Neurologen machten mehr Absolutnennungen als die Hausärzte.

Am häufigsten nannten die Hausärzte das hausärztlich-geriatrische Basisassessment (42,7 % = 03240) und den Demenztest (42,1 % = 03242). Erst dann folgte mit 38,9 % die Versichertenpauschale ab Beginn des 60. Lebensjahres (03112) und der Chronikerzuschlag (18 % = 03212). Ebenfalls häufig benannt wurden die Gesprächsziffern „psychosomatische Diagnostik“ (17,8 % = 35100) sowie „verbale Intervention“ (14 % = 35110).

Seltene Nennungen erfuhren die privaten GOÄ Ziffern sowie der psychopathologische Status (03313), Hausbesuche (01410ff) und Altenheimbesuche (01415f).

Die Neurologen gaben am häufigsten den Zuschlag für Fremdanamnese an (36,7 % = 21216), gefolgt von der diagnostisch/therapeutischen Leistung „psychiatrisches Gespräch“ (35,5 % = 21220). Erst dann folgte mit 25,5 % / 16,7 % die Grundpauschale für Patienten ab dem 60. Lebensjahr (Neurologen = 21215, Psychiater = 16212) und die Zusatzpauschale „Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung“ (18,9 % = 21230).

Weitere häufige Nennungen erfuhren neurologisch / psychiatrisch diagnostische und therapeutische Leistungen wie „Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit Erkrankung des ZNS“ (16,7 % = 16233), „Testverfahren bei Demenzverdacht“ (14 % = 16340), „EEG“ (7,8 % = 16310).

Die GOÄ-Ziffern wurden auch hier entsprechend seltener benannt.

3.10.2 Zusammenarbeit der Ärzte mit sonstigen Einrichtungen der Demenzversorgung

Die Ärzte wurden gebeten, möglichst alle Organisationen, Einrichtungen und Hilfsdienste zu benennen, mit denen sie bei der Betreuung der Demenzpatienten und Angehörigen regelmäßig zusammenarbeiten. Die Nennung der Kooperationspartner erfolgte dabei spontan, d. h. ohne Vorgabe möglicher Antworten.

12 % der Hausärzte und 14 % der Neurologen machten keine Angaben.

Im Schnitt benannten die Hausärzte 2,67 und die Neurologen 2,59 Kooperationspartner.

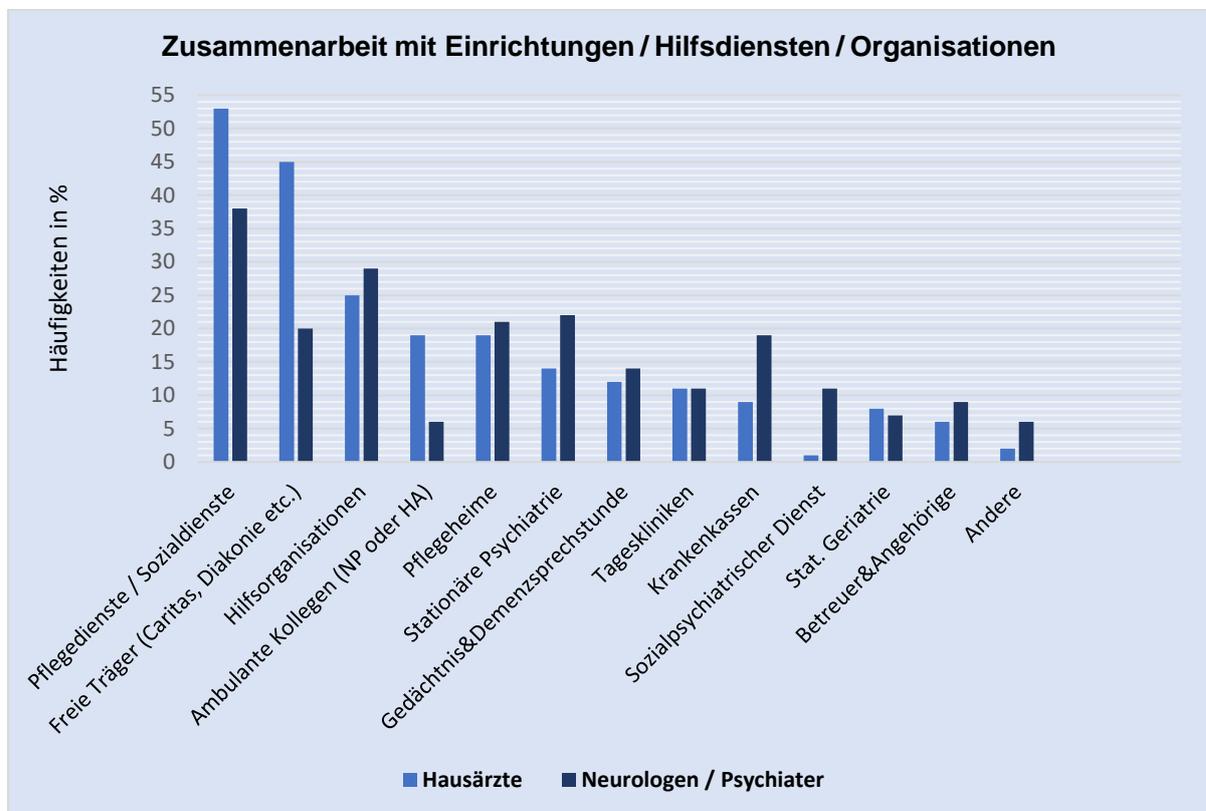


Abbildung 3 - Zusammenarbeit von Haus- und Gebietsärzten mit sonstigen Einrichtungen der Demenzversorgung

Am häufigsten gaben beide Arztgruppen an, mit Pflegediensten und Sozialdiensten zusammenzuarbeiten (HÄ 53 %, NP 38 %).

Mit 45 % benannten die Hausärzte an zweiter Stelle freigemeinnützige Träger, wie z.B. die Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Helfende Engel, den paritätischen Dienst. Diese Dienste wurden von den Neurologen mit 20 % seltener benannt.

An zweiter bzw. dritter Stelle benannten beide Arztgruppen Hilfsorganisationen wie die Alzheimergesellschaft, „Demenzgesellschaft“ und Selbsthilfegruppen (HÄ 25 %, NP 29 %). Die Neurologen betonten die Nutzung dieser Dienste häufiger als die Hausärzte.

Ebenfalls gaben die Neurologen häufiger an, mit Krankenkassen zusammenzuarbeiten (HÄ 9 %, NP 19 %). Den Sozialpsychiatrischen Dienst benannten 11 % der Neurologen (HÄ 1 %, NP 11 %). Bei den Hausärzten fiel er mit einem Prozent unter seltene Nennungen.

Häufige Nennungen erhielten jeweils die ambulanten Kollegen (HÄ 19 %, NP 6 %), stationäre psychiatrische Einrichtungen (HÄ 14 %, NP 22 %), Pflegeheime (HÄ 19 %, NP 21 %), Gedächtnis-/ Demenzsprechstunde (HÄ 12 %, NP 14 %) und Tageskliniken mit ambulant therapeutischen Angeboten wie Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik (HÄ 11 %, NP 11 %).

Seltener benannt wurden gesetzliche Betreuer und Angehörige (HÄ 6 %, NP 9 %), stationäre Geriatrie (HÄ 8 %, NP 7 %), betreute Wohneinrichtungen (HÄ 1 %, NP 3 %), Hospiz- und Palliativdienste (HÄ 1 %, NP 0 %) sowie Pharmafirmen (HÄ 0 %, NP 3 %).

Ein Vergleich aller Daten aus dem Kapitel „Sonstiges“ mit der Baselineerhebung ist aufgrund fehlender Daten nicht möglich.

3.11 Zusammenfassung der statistisch signifikanten Ergebnisse

Tabelle 7- Vergleich zwischen Hausärzten und Neuropsychiatern in der Follow-up-Erhebung 2013

Vergleich Hausärzte versus Neuropsychiatern im Follow-up 2013	
Allgemeine Aussagen	
4. Am liebsten würde ich mit der Versorgung von Demenzpatienten nichts zu tun haben.	Neuropsychiatern verneinen deutlicher, dass sie mit der Versorgung von Demenzpatienten nichts zu tun haben wollen. (HÄ _{FU} = 2,01 vs. NP _{FU} = 1,77, p = 0,012)
Diagnostik	
5. Bei allen über 65jährigen Patienten suche ich aktiv nach Symptomen einer demenziellen Erkrankung.	Hausärzte betreiben seltener Screening. (HÄ _{FU} = 2,82 vs. NP _{FU} = 3,37, p = 0,009)
6. In meiner Praxis wird das geriatrische Basisassessment bei Demenzverdacht regelmäßig durchgeführt.	Hausärzte führen seltener das geriatrische Basisassessment durch. (HÄ _{FU} = 3,71 vs. NP _{FU} = 4,32, p = 0,011)
7. Bei Verdacht auf kognitive Störungen wende ich regelmäßig kognitive Tests (z. B. Uhrentest, Mini-Mental State) an.	Hausärzte wenden seltener kognitive Tests an. (HÄ _{FU} = 4,58 vs. NP _{FU} = 5,41, p < 0,001)
8. Bei Verdacht auf Demenz veranlasse ich in der Regel eine Bildgebung des Gehirns (z. B. CCT, cMRT).	Hausärzte veranlassen deutlich seltener eine Bildgebung des Gehirns. (HÄ _{FU} = 3,89 vs. NP _{FU} = 5,41, p < 0,001)
10. In der Diagnostik von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.	Hausärzte schätzen ihre subjektive Kompetenz bzgl. Diagnostik von Demenzen geringer ein. (HÄ _{FU} = 2,78 vs. NP _{FU} = 1,78, p < 0,001)
Kooperation mit Fachärzten	
13. b) Die Überweisung zum Neurologen / Psychiater dient dem Stellen der Therapieindikation.	Neuropsychiatern betonen deutlicher, dass die Überweisung zu ihnen dem Stellen der Therapieindikation dient. (HÄ _{FU} = 4,77 vs. NP _{FU} = 5,18, p = 0,044)
13. c) Der Neurologen / Psychiater kann die teuren Antidementiva besser verschreiben.	Neuropsychiatern betonen deutlicher als die Hausärzte, dass sie die teuren Antidementiva besser verschreiben können. (HÄ _{FU} = 4,11 vs. NP _{FU} = 4,79, p = 0,001)
Therapie	
15. a) Wie wirksam ist Ginkgo biloba ihrer Erfahrung nach?	Hausärzte schätzen die Wirksamkeit von Ginkgo biloba höher ein. (HÄ _{FU} = 2,67 vs. NP _{FU} = 2,31, p = 0,022)
16. Nach meiner Erfahrung haben Cholinesterasehemmer viele Nebenwirkungen.	Hausärzte sehen häufiger Nebenwirkungen von Cholinesterasehemmern. (HÄ _{FU} = 3,63 vs. NP _{FU} = 3,15, p = 0,004)
17. Cholinesterasehemmer wirken nur für eine kurze Zeit.	Hausärzte sind eher der Auffassung, dass Cholinesterasehemmer nur eine kurze Zeit wirken. (HÄ _{FU} = 3,63 vs. NP _{FU} = 3,02, p < 0,001)
18. Die Mehrzahl der Demenz-Patienten nimmt Cholinesterasehemmer nur unregelmäßig ein.	Hausärzte berichten häufiger, dass die Mehrzahl der Demenzpatienten Cholinesterasehemmer nur unregelmäßig einnimmt. (HÄ _{FU} = 3,02 vs. NP _{FU} = 2,54, p = 0,009)
19. Die Mehrzahl der Demenz-Patienten bricht die Einnahme von Cholinesterasehemmern nach einigen Monaten ab.	Hausärzte beobachten häufiger, dass Patienten die Einnahme von Cholinesterasehemmern abbrechen. (HÄ _{FU} = 3,22 vs. NP _{FU} = 2,21, p < 0,001)
20. Cholinesterasehemmer nützen bei anderen Formen der Demenz (z. B. vaskuläre oder gemischte Demenz).	Hausärzte sind weniger stark der Auffassung, dass Cholinesterasehemmer auch bei anderen Formen der Demenz nützen. (HÄ _{FU} = 2,97 vs. NP _{FU} = 3,39, p = 0,017)
Keine Erfahrung, um Aussage 20 beurteilen zu können.	Hausärzte geben häufiger an, den Nutzen von Cholinesterasehemmern bei anderen Formen der Demenz nicht beurteilen zu können. (HÄ 21 %; NP 7 %; chi ² -Test p = 0,002).
21. Patienten und Angehörigen in der Bewältigung des Alltags zu helfen, ist die wichtigste hausärztliche Aufgabe in der Versorgung von Demenzkranken.	Hausärzte betonen deutlicher als Neuropsychiatern, dass es ihre wichtigste Aufgabe ist, Patienten und Angehörigen bei der Bewältigung des Alltags zu helfen. (HÄ _{FU} = 5,35 vs. NP _{FU} = 4,98, p = 0,029)
23. In der Therapie von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.	Hausärzte schätzen ihre subjektive Kompetenz bzgl. der Therapie von Demenzen geringer ein. (HÄ _{FU} = 2,98 vs. NP _{FU} = 1,82, p < 0,001)

Vergleich Hausärzte vs. Neuropsychiatern im Follow-up	
Aufklärung	
27. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Demenz“.	Hausärzte verwenden seltener den Begriff „Demenz“. (HÄ _{FU} = 3,42 vs. NP _{FU} = 2,94, p = 0,020)
28. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Alzheimer“.	Hausärzte verwenden seltener den Begriff „Alzheimer“. (HÄ _{FU} = 3,75 vs. NP _{FU} = 3,07, p = 0,002)
30. Gegenüber Patienten vermeide ich die genaue Diagnose, spreche eher von z. B. „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörung“.	Hausärzte verwenden häufiger Euphemismen. (HÄ _{FU} = 3,32 vs. NP _{FU} = 2,54, p < 0,001)
Sonstiges	
40. Ich würde gerne eine Fortbildung zum Thema „Autofahren und Demenz“ besuchen.	Neuropsychiatern äußern mehr Fortbildungsbedarf zum Thema „Autofahren und Demenz“. (HÄ _{FU} = 3,68 vs. NP _{FU} = 4,16, p = 0,023)
41. Meine Praxis ist barrierefrei.	Die Neuropsychiatern geben häufiger an, eine barrierefreie Praxis zu betreiben. (HÄ _{FU} 56 % vs. NP _{FU} 69 %; chi2-Test p = 0,04)

Wenn nicht anders angegeben, ist der p-Wert das Ergebnis aus dem MWU-Test.

Tabelle 8 - Zusammenfassung aller signifikanten Ergebnisse im Vergleich der Arztgruppen FU versus BL

Vergleich der Arztgruppen 2013 versus 2004		
	Vergleich Hausärzte FU vs. BL	Vergleich Neuropsychiatern FU vs. BL
Allgemeine Aussagen		
4. Ich kann als Hausarzt / Facharzt nichts machen, um die Lebensqualität Demenzkranker zu verbessern.	–	Neuropsychiatern sind im Jahre 2013 gegenüber 2004 etwas zurückhaltender in der Beurteilung ihrer Möglichkeiten, die Lebensqualität von Demenzkranken zu verbessern. (MW _{FU} = 2,38 vs. MW _{BL} = 1,83, p = 0,007)
Diagnostik		
5. Bei allen über 65-Jährigen Patienten suche ich aktiv nach Symptomen einer demenziellen Erkrankung.	Hausärzte suchen im FU weniger aktiv nach Symptomen einer demenziellen Erkrankung als zur BL. (MW _{FU} = 2,82 vs. MW _{BL} = 3,16, p = 0,018)	–
7. Bei Verdacht auf kognitive Störungen wende ich regelmäßig kognitive Tests (z. B. Uhrentest, Mini-Mental State) an.	Hausärzte wenden im FU deutlich häufiger kognitive Tests an als in der BL. (MW _{FU} = 4,58 vs. MW _{BL} = 3,80, p < 0,001)	–
9. Die Früherkennung einer Demenz nützt dem Patienten.	–	Neuropsychiatern sind im FU etwas zurückhaltender in Bezug auf den Nutzen der Früherkennung einer Demenz. (MW _{FU} = 4,59 vs. MW _{BL} = 5,05, p = 0,028)
Kooperation mit Fachärzten		
12. Bei Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung überweise ich regelmäßig zum Neurologen bzw. Psychiater.	Ein zunehmender Anteil der Hausärzte (81 %) überweist im FU bei V. a. Demenz regelmäßig zum Neurologen bzw. Psychiater (BL 60 %; chi2-Test: p < 0,001).	
11. Das Therapiemanagement von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen sollte in der Hand von Neurologen bzw. Psychiatern liegen.		Die Gebietsärzte stimmen dieser Aussage im FU häufiger zu als in der BL. (FU 91 % vs. BL 77 %, chi2-Test: p < 0,01)
13. b) Die Überweisung zum Neurologen / Psychiater dient dem Stellen der Therapieindikation.	–	Neuropsychiatern geben im FU deutlicher an, dass die Überweisung zu ihnen dem Stellen der Therapieindikation dient. (MW _{FU} = 5,18 vs. MW _{BL} = 4,45, p = 0,001)
13. c) Der Neurologe / Psychiater kann die teuren Antidementiva besser verschreiben.	Hausärzte stimmen im FU deutlicher zu als in der BL, dass Neuropsychiatern die teuren Antidementiva besser verschreiben können. (MW _{FU} = 4,11 vs. MW _{BL} = 3,47, p = 0,003)	–

Vergleich der Arztgruppen 2013 versus 2004		
	Vergleich Hausärzte FU vs. BL	Vergleich Neuropsychiatern FU vs. BL
Therapie		
14. Leichtere Formen der Alzheimer-Demenz sind medikamentös gut beeinflussbar	Beide Arztgruppen nehmen die medikamentöse Beeinflussbarkeit der Alzheimer-Demenz im FU als geringer wahr im Vergleich zur BL. (MW _{FU} = 3,98 vs. MW _{BL} = 4,41, p = 0,004)	(MW _{FU} = 4,10 vs. MW _{BL} = 4,78, p = 0,001)
15. a) Wie wirksam ist Ginkgo biloba ihrer Meinung nach?	Beide Arztgruppen schätzen die Wirksamkeit von Ginkgo biloba im FU geringer ein als zur BL. (MW _{FU} = 2,67 vs. MW _{BL} = 3,10, p = 0,003)	(MW _{FU} = 2,31 vs. MW _{BL} = 2,94, p = 0,001)
15. c) Wie wirksam sind Cholinesterasehemmer ihrer Meinung nach?	Beide Arztgruppen schätzen die Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern im FU geringer ein als zur BL. (MW _{FU} = 3,97 vs. MW _{BL} = 4,26, p = 0,011)	(MW _{FU} = 4,22 vs. MW _{BL} = 4,64, p = 0,005)
16. Nach meiner Erfahrung haben Cholinesterasehemmer viele Nebenwirkungen.	Beide Arztgruppen stimmen dieser Aussage im FU stärker zu als zur BL. (MW _{FU} = 3,63 vs. MW _{BL} = 2,89, p < 0,001)	(MW _{FU} = 3,15 vs. MW _{BL} = 2,82, p = 0,036)
23. In der Therapie von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.	Hausärzte geben im FU eine größere Unsicherheit in der Demenztherapie an als zur BL. (MW _{FU} = 2,98 vs. MW _{BL} = 2,62, p = 0,014)	–
Aufklärung		
27. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verwende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Demenz“.	Hausärzte stimmen im FU weniger stark zu, dass sie gegenüber Patienten nie den Begriff „Demenz“ verwenden. (MW _{FU} = 3,42 vs. MW _{BL} = 3,93, p = 0,002)	–
30. Gegenüber Patienten vermeide ich die genaue Diagnose, spreche eher von z. B. „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörung“.	Beide Arztgruppen stimmen im FU deutlicher der Aussage zu, dass sie gegenüber Patienten die genaue Diagnose vermeiden und Euphemismen benutzen; Hausärzte deutlicher als Neurologen. (MW _{FU} = 3,32 vs. MW _{BL} = 2,02, p < 0,001)	(MW _{FU} = 2,54 vs. MW _{BL} = 2,08, p = 0,018)
Interaktion mit Angehörigen		
35. Ich kläre die Angehörigen detaillierter als die Patienten über den Verlauf der Erkrankung auf.	Hausärzte stimmen der Aussage seltener zu, dass sie die Angehörigen detaillierter als die Patienten aufklären. (MW _{FU} = 4,63 vs. MW _{BL} = 4,91, p = 0,012)	–
36. Den pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an spezifischen Schulungsangeboten.	Beide Arztgruppen empfehlen Angehörigen im FU häufiger die Teilnahme an spezifischen Schulungsangeboten. (MW _{FU} = 4,63 vs. MW _{BL} = 4,12, p = 0,002)	(MW _{FU} = 4,69 vs. MW _{BL} = 4,24, p = 0,041)
38. Ich kann belasteten Angehörigen im Allgemeinen gut helfen.	Hausärzte stimmen im FU weniger deutlich zu, dass sie belasteten Angehörigen gut helfen können. (MW _{FU} = 4,03 vs. MW _{BL} = 4,32, p = 0,034)	–

Wenn nicht anders angegeben, ist der p-Wert das Ergebnis aus dem MWU-Test.

4 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden Hausärzte und ambulant tätige Neurologen/Psychiater im Rahmen einer postalischen Befragung gebeten, vorgegebene Aussagen zur Versorgung von Patienten mit Leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz auf einer 6-Punkte-Likert-Skala zu beurteilen. Die Befragung erfolgte im Jahr 2013 und wurde mit einer in weiten Teilen vergleichbaren Befragung aus dem Jahr 2004 verglichen. Die Analyse der Ergebnisse erfolgte im Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen den Arztgruppen 2013 und im Vergleich zu 2004 sowie im Hinblick auf Veränderungen innerhalb der Arztgruppen über den Zeitraum von 9 Jahren.

Die folgende Diskussion orientiert sich an den Abschnitten des Fragebogens (Eckdaten der Befragung, Allgemeine Aussagen, Diagnostik, Kooperation mit Spezialisten, Therapie, Aufklärung der Patienten, Interaktion mit Angehörigen, Sonstiges).

4.1 Rücklaufquoten und Teilnehmer

Die Rücklaufquoten der Hausärzte gesamt und der Gebietsärzte sind in beiden Studien vergleichbar. Das deutlich seltenere Antwortverhalten der KND-Ärzte im Follow-up könnte durch eine Abnahme der Motivation nach 9 Jahren Studienteilnahme im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen bzw. Degenerative Demenzen erklärt werden.

Die Tatsache, dass die Hausärzte im Follow-up im Median 5 Jahre und die Gebietsärzte 2 Jahre länger niedergelassen sind, lässt sich nicht nur dadurch begründen, dass 49 Ärzte an beiden Studien teilgenommen haben und somit eine exakt längere Niederlassungsdauer von 9 Jahren haben. Laut Angaben der KBV hat das Durchschnittsalter der Hausärzte in Deutschland zwischen 2006 und 2015 von 51,6 auf 54,9 Jahre zugenommen (bei den Nervenärzten von 51,7 auf 54,0 Jahre) (<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> [Stand: 13.03.2017]).

Zur deutlich gestiegenen Niederlassungsdauer der an der FU-Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte könnte auch eine Selbstselektion der Älteren beigetragen haben. In den wenigen hausärztlichen Studien, die Angaben zur

Einschätzung eines Rekrutierungsbias gemacht haben, sind die Ergebnisse hinsichtlich der Charakteristika der teilnehmenden Ärzte jedoch nicht einheitlich (Bleidorn et al., 2012).

Der Anteil von Ärztinnen an der hausärztlichen Versorgung stieg zwischen 2006 und 2015 von 37 % auf 43 %, der Anteil von Ärztinnen an der Nervenärztlichen Versorgung von 35 % auf 38 % (<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php> [Stand: 13.03.2017]). Der Anteil von Ärztinnen in beiden Erhebungen bewegte sich im erwarteten Rahmen.

Die Anzahl betreuter Demenzpatienten in der Praxis und im Pflegeheim hat in den letzten neun Jahren in der subjektiven Sicht der beiden Berufsgruppen zugenommen und deckt sich mit der steigenden Prävalenz der Erkrankung (Bickel, 2012). Gebietsärzte geben im Follow-up an, im Median 50 Patienten in der Praxis zu betreuen (zur Baseline 40), Hausärzte 20 Patienten (zur Baseline 15). Die Tatsache, dass die Anzahl der Demenzpatienten in der Praxis der Neurologen und Psychiater dabei überproportional im Vergleich zu den Hausärzten anstieg, begründet sich dadurch, dass bedeutend weniger Gebietsärzte ambulant tätig sind als Hausärzte. Die Statistik der KBV weist für das Jahr 2013 54.452 Hausärzte sowie 5.758 „Nervenärzte“ aus, die an der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren (<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> [Stand: 13.03.2017]).

Geht man von 1,5 Millionen Demenzkranken aus, die von ca. 54.000 Allgemeinmedizinern betreut werden, entfallen etwa 28 Patienten auf jeden Hausarzt. Auf einen Gebietsarzt kämen etwa 260 Patienten. Das Ergebnis deckt sich mit der Literatur, die wiederholt zeigt, dass der Hausarzt im Vergleich zu anderen Akteuren den häufigsten und intensivsten Kontakt zu Demenzkranken hat (Lindenberger et al., 2010) (Grobe et al., 2015).

Die Anzahl betreuter Demenzpatienten in der hausärztlichen Praxis ist vergleichbar mit den Angaben anderer Studien und scheint damit repräsentativ. Bei Thyrian et al. (2011) lag die durchschnittliche Patientenzahl bei einer Befragung in Mecklenburg-Vorpommern zwar mit 28 Patienten pro Praxis deutlich über der hier vorgestellten Studie, allerdings wird angegeben, dass die betroffene Region besonders stark altert und daher überproportional viele Demenzkranke zu versorgen sind (Muth et al., 2010).

4.2 Allgemeine Aussagen zur Versorgung Demenzkranker

Die allgemeine Einstellung zur Versorgung Demenzkranker zeigte sich im Follow-up, wie schon zur Baseline, positiv. In der Baseline-Studie wurde dieses Ergebnis unter Sichtung der damaligen Literatur als sozial erwünschtes Antwortverhalten gedeutet, da es zahlreichen Studien, in denen andere methodische Ansätze angewandt worden waren, widersprach.

Aktuellere Studien, die mit derselben Methodik durchgeführt wurden, wie unsere, weisen ebenfalls auf positive Einstellungen zur Versorgung Demenzkranker hin:

- Thyrian et al. (2011) führten eine postalische Befragung bei 335 niedergelassenen Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern durch. Die Einstellung zur Diagnose Demenz und Behandlung der Patienten war positiv, während die Einschätzung der subjektiven Kompetenz geringer ausfiel. 79 % der Hausärzte bestätigten die Aussage, dass vieles getan werden kann, um die Lebensqualität Demenzkranker und die der Angehörigen (84 %) zu verbessern.
- In einer Online-Befragung von 1.011 Hausärzten in Großbritannien stimmten 74 % ebenfalls der Aussage zu, dass vieles getan werden kann, um die Lebensqualität Demenzkranker zu verbessern (Ahmad et al., 2010). Allerdings gab gut die Hälfte der befragten Hausärzte an (55 %), dass sie die Arbeit mit Demenzkranken als eher frustrierend, denn als lohnenswert empfindet (ebd.).
- Bei einer postalischen Befragung von 60 australischen Hausärzten lehnten 74 % die Aussage ab, lieber keine Demenzpatienten versorgen zu wollen und 85 % verneinten, dass eine frühe Diagnose den Demenzpatienten schadet (Millard & Baune, 2009).

In einer Interviewstudie von Dean et al. (2014) mit 23 MCI-Patienten und ihren Angehörigen berichteten hingegen viele der befragten Angehörigen von einer ablehnenden Haltung der Hausärzte gegenüber den Patienten.

Der Literaturvergleich zeigt weiterhin, dass die Methodik der Studien einen großen Einfluss auf die Ergebnisse in Bezug auf die Einstellung zu Demenzkranken nimmt. In persönlichen Interviews berichten die Befragten eher über negative Gefühle, Ängste und Ablehnungen, während sie bei standardisierten Befragungen eher im Sinne sozialer Erwünschtheit antworten. Auch ist die Perspektive sicher von Bedeutung:

subjektiv mögen Ärztinnen und Ärzte ihre Einstellung zu Demenzkranken positiv finden; Patienten und Angehörige mögen ihre Behandlung hingegen anders erleben.

Wesentliche Unterschiede der subjektiven ärztlichen Einstellungen zwischen beiden Befragungszeitpunkten fanden sich nicht.

4.3 Diagnostik

Zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung im Jahr 2004 lag den Haus- und Gebietsärzten noch keine deutsche Leitlinie zur Versorgung Demenzkranker vor. Zum Zeitpunkt der Follow-up-Befragung im Jahre 2013 waren hingegen mehrere Leitlinien veröffentlicht:

- Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelte im Jahr 2008 die Leitlinie Nr. 12 „Demenz“, welche explizit an Hausärzte gerichtet war, mit Schnittstellen zur gebietsärztlichen Versorgung und der Pflege (DEGAM, 2008). Diese Leitlinie war bis 2011 gültig, wurde nicht aktualisiert und ist derzeit (im Juli 2018) nicht mehr verfügbar.
- Die S3-Leitlinie „Demenzen“, 2009 herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), richtet sich an Personen, die Demenzkranke und Angehörige behandeln und betreuen. Dazu gehören neben Ärzten auch Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte und Sozialarbeiter (DGPPN/DGN, 2010). Diese Leitlinie wurde 2015 aktualisiert.
- Die „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ für pflegende Personen; veröffentlicht vom Bundesministerium für Gesundheit (BGM) 2005.

Vergleicht man die ärztlichen Leitlinien hinsichtlich der empfohlenen Diagnostik, sieht die DGPPN/DGN-Leitlinie eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen des medizinisch und technologisch Machbaren für alle Betroffenen vor, während die hausärztliche Leitlinie diesen Einsatz kritisch erörtert und in erster Linie nach dem Nutzen für den Patienten ausgerichtet ist. Diagnostik soll jedem Patienten ermöglicht werden, gleichzeitig soll dieser aber auch vor Überdiagnostik oder aufgezwungener Diagnostik geschützt

werden. Die DEGAM-Leitlinie ist praxisnäher und lässt den Hausärzten mehr Spielraum.

Dieser Unterschied spiegelt sich in den Ergebnissen der aktuellen Befragung wieder. Die Tatsache, dass Gebietsärzte kognitive Tests und Bildgebung häufiger durchführen (lassen) und ihre subjektive Kompetenz in der Demenzdiagnostik höher einschätzen, kann durch die Leitlinienunterschiede und die unterschiedlichen Aufgaben innerhalb der Versorgungsbereiche erklärt werden. In der Regel werden die Patienten beim Spezialisten nach Vorselektion unter spezifischer Fragestellung vorstellig (s. Kapitel 4.4).

Die beobachtete Entwicklung, dass Hausärzte im Follow-up weniger aktiv nach Symptomen einer Demenzerkrankung – im Sinne eines Screenings suchen – als 9 Jahre zuvor, ist leitliniengerecht. Allerdings verwundert es, dass im Jahre 2013 32 % der Hausärzte und 49 % der Neuropsychiater überhaupt angeben, Screening zu betreiben (Werte 4-6 auf der Likert-Skala), denn selbst in der Leitlinie der DGPPN/DGN wird es nicht empfohlen. Als Gründe, die gegen ein Demenzscreening sprechen, werden in der Literatur falsch-positive Demenzdiagnosen angegeben (Eichler et al., 2016).

Die von den Hausärzten im Jahre 2013 deutlich häufigere Anwendung kognitiver Tests als im Jahre 2004 entspricht einer explizit gewollten und bezahlten Entwicklung. Denn mit der Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) 2000 plus im April 2005 wurde erstmalig das „hausärztlich-geriatrische Basisassessment“ eingeführt, bei dem ein obligater Leistungsinhalt die Erhebung bzw. das Monitoring kognitiver Funktionseinschränkungen samt Dokumentation darstellt.

Neben dem von der WHO herausgegebenen und weltweit anerkannten Diagnosesystem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist parallel für psychiatrische Erkrankungen das DSM-Klassifikationssystem (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der amerikanisch psychiatrischen Gesellschaft (APA) etabliert.

Im Frühjahr 2013 wurden mit Veröffentlichung der 5. Auflage (DSM-5) die „leichten kognitiven Störungen“ (MCI = Mild Cognitive Impairment) als neue Kategorie

aufgenommen. Da die fortschreitende Alterung auch bei Gesunden auf natürliche Weise zum Nachlassen von Gedächtnisleistungen führt, befürchteten Kritiker, dass Normvarianten des Alterns in Zukunft als krank postuliert würden und das DSM-5 hier zum Überdiagnostizieren und zu Fehlbehandlungen führen könne. Die Prävalenz psychiatrischer Störungen würde steigen und zur falschen Etikettierung bei Personen führen, die besser ohne Störungsdiagnose aufgehoben wären (Jacobi et al., 2013).

Die Tatsache, dass Gebietsärzte im Follow-up den Nutzen einer Früherkennung der Demenz etwas zurückhaltender als neun Jahre zuvor bewertet haben – bei insgesamt allerdings großer Überzeugung – könnte mit den öffentlichen Diskussionen um MCI als neue Erkrankung im DSM-5 zusammenhängen.

Aus einer anderen Perspektive lässt sich aber anführen, dass zu große Vorsicht bezüglich der Früherkennung auch Gefahren für die Versorgung von Demenzpatienten birgt. Denn *„Wenn Demenzen [...] nicht als Krankheit, sondern als Ausdruck eines natürlichen Alternsprozesses verstanden werden, unterbleiben bedeutende diagnostische, therapeutische und aktivierende Schritte; dem an einer Demenz [...] leidenden Menschen bleibt dann notwendige und sinnvolle Hilfe versagt.“* (BMFSFJ, 2010). Die behandelnden Ärzte befinden sich hier in einer klassischen Dilemmasituation, bei der die Entscheidungsfindung zusätzlich durch ethische Faktoren beeinflusst wird.

Hausärzte fühlen sich in Bezug auf die Diagnostik deutlich unsicherer als Gebietsärzte, sowohl heute, als auch vor neun Jahren. Das deckt sich mit der Untersuchung von Thyrian et al. (2011), bei der lediglich 18,8 % der befragten Hausärzte angaben, sehr zufrieden mit ihrer Kompetenz zu sein. Dabei sind sie als erster Ansprechpartner im Gesundheitssystem und oft bereits langjährige Vertrauensperson in der idealen Position, die Primärdiagnostik bei Verdacht auf Demenz durchzuführen. Schätzungen gehen aber davon aus, dass bei 50-80 % der Demenzkranken keine Diagnosestellung erfolgt (Prince et al., 2011). Eichler et al. (2015a) führten bei 4.064 hausärztlichen Patienten > 70 Jahre ein Demenzscreening durch (DemTect < 9). Nur 40 % der positiv getesteten Patienten hatten vorab die Diagnose gestellt bekommen. Vergleichbar lag die korrekte Diagnoserate der Hausärzte in einer Übersichtsarbeit von Mitchell et al. (2011) bei 37,9 %.

Welche Gründe für die hausärztliche Zurückhaltung in der Diagnostik werden wissenschaftlich diskutiert?

Zahlreiche (ältere und jüngere) Studien haben sich mit dieser Fragestellung auseinandergesetzt und unterstreichen die defizitäre Früherkennung von Demenzen durch Hausärzte.

Laut Mann (2010) ist die Diagnose „Demenz“ keine „Bring“- sondern eine „Holdiagnose“, d.h. Patienten berichten selten von sich aus über Gedächtnisstörungen. Zudem stellen subjektive Gedächtnislücken keinen geeigneten Indikator für die Früherkennung einer Demenz dar (Eichler et al., 2015b). Oft sind es Angehörige, die sich gegen den Willen der Patienten an den Hausarzt wenden und erst die Diagnosefindung anstoßen (Brayne et al., 2007). Bei Wilkinson et al. (2004) wurden bei 76 % der Demenzkranken die Symptome zunächst durch Angehörige beobachtet; 4 % der Fälle wurden erstmalig durch den Hausarzt identifiziert.

Die Diagnosegespräche werden als unangenehm empfunden. Hausärzte priorisieren somatische gegenüber kognitiven Beschwerden (Abholz & Wilm, 2006). Affektive Faktoren wie Scham, Hilflosigkeit und Frustration spielen eine entscheidende Rolle (Pentzek et al., 2005). Überdies bagatellisieren und kaschieren viele Patienten kognitive Einschränkungen und ihnen fehlt die Motivation zur Diagnostik. Sie reagieren depressiv, aggressiv oder mit sozialem Rückzug auf die Konfrontation mit der Erkrankung (Pentzek & Abholz, 2004).

Hausärzte selbst fühlen sich häufig nicht sicher genug, eine frühe Demenzdiagnose zu stellen, weil sie darin nicht geschult sind. In einer Studie von Renshaw et al. (2001) beklagten 52 % der befragten Hausärzte ein unzureichendes Wissen über das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Demenz.

Eine langjährige Arzt-Patienten-Beziehung birgt zudem das Risiko, Beobachtungs- und Beurteilungsfehlern zu unterliegen (Wollny & et al., 2010) (Pentzek et al., 2010). Sie bringt aber auch den Vorteil, durch wiederholten Patientenkontakt überhaupt erst Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit zu bemerken (Pentzek & Abholz, 2004). Hausärzte geben an, dass ihnen die „allgemeine Kenntnis des Patienten und seines sozialen Umfeldes“ als Informationsquelle bei der Bewertung kognitiver Defizite häufig nützt (Pentzek et al., 2010).

Laut Mitchell (2011) liegt ein weiteres Problem in unzureichender Dokumentation. Während Hausärzte in Studien bei 75,5 % der Demenzpatienten eine Diagnose stellten, erfolgte nur in 37,9 % der Fälle die korrekte Dokumentation.

Darüber hinaus spielt die zeitliche Beschränkung in der Hausarztpraxis eine Rolle, denn das Durchführen der Screeningverfahren und Diagnosegespräche ist äußerst zeitintensiv (Koch & Iliffe, 2010). Bei Thyrian et al. (2011) gaben in einer Befragung von 335 Hausärzten 86 % an, dass mehr Zeit für den Patienten und den Angehörigen zur Verfügung stehen müsse.

Vernooij-Dassen (2006) fand heraus, dass die wahrgenommene mangelnde therapeutische Konsequenz gemeinsam mit der Stigmatisierung durch die Demenzdiagnose die häufigsten Gründe für eine Zurückhaltung bei der Diagnosestellung sind. Fehlendes Wissen über nichtmedikamentöse Therapieansätze und entsprechende regionale Angebote haben einen Einfluss auf das Vorgehen der Hausärzte. Sie handeln eher diagnostisch, wenn sie wissen, was therapeutisch daraus resultiert (Pentzek & Abholz, 2004).

Letztlich werden auch Bedenken bzgl. kostenintensiver Medikation und Angst vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Einflussfaktoren für eine verzögerte Diagnosestellung benannt (Koch & Iliffe, 2010).

Wie lassen sich diese Barrieren überwinden?

Pond (1994) fand heraus, dass Wissensvermittlung allein nicht zu einer Verbesserung des diagnostischen Vorgehens der Hausärzte führt. Bei Renshaw (2001) empfanden nur die Hälfte der befragten Hausärzte, dass die Früherkennung von Demenz sinnvoll sei. Die Einstellung der Hausärzte hat einen starken Einfluss auf ihr diagnostisches Vorgehen und ihre Sensibilität bzgl. Demenzen (Pentzek & Abholz, 2004) (Engberink et al., 2013).

Eine frühe Diagnostik ermöglicht dem Patienten eine Mitbestimmung in der Zukunftsplanung, vor allem der späteren Betreuungssituation. Sie ermöglicht auch das längere Zusammenleben mit den Angehörigen, indem diese frühzeitig aktive Hilfe erhalten und Coping-Strategien erlernen. Der Hausarzt selbst kann frühzeitig eine psychosoziale Betreuung initiieren, Antidementiva einsetzen und Begleiterkrankungen therapieren. Der Wert einer zeitgerechten Diagnose muss den Hausärzten vermittelt

werden, damit diese leitliniengerecht handeln. Als Beispiel einer Interventionsstudie, die sich mit der Einstellung der Hausärzte befasst, lässt sich das CADIF-Projekt (Changing Attitudes towards Dementia in Family practice) anführen. Seit 2012 entwickelt eine Arbeitsgruppe des Kompetenznetzes Degenerative Demenzen in einem mehrstufigen Prozess eine komplexe Intervention, die Einfluss auf die hausärztliche Einstellung und damit auf das hausärztliche Handeln haben soll.

Durch Verbesserung der integrierten Versorgung, also Vernetzung und Kommunikation aller an der diagnosespezifischen Versorgung Beteiligten innerhalb der lokalen Gegebenheiten, werden eine Qualitätssteigerung des Versorgungsniveaus und eine Kostenoptimierung angestrebt. Mehrere Modelle werden derzeit in Deutschland erprobt. Als Beispiel kann die „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“ (IDA) benannt werden. Sie war eine der größten internationalen Interventionsstudien zur ambulanten Versorgung von Demenzpatienten und wurde in Mittelfranken mit einer Laufzeit von über 4 Jahren (2005 bis 2009) durchgeführt. 129 Hausärzte, 390 Demenzpatienten und deren pflegende Angehörige nahmen teil. Im Mittelpunkt stand die Frage, ob sich die Zeit, die Demenzpatienten in der häuslichen Umgebung verbringen können, durch spezielle Maßnahmen verlängern lässt. Erprobt wurden eine Schulung von Hausärzten zur Diagnostik, leitlinienkonformer Therapie und nicht medikamentösen Versorgungskonzepten sowie die Vermittlung zusätzlicher Unterstützungsangebote unter Einbeziehung der Angehörigen.

Während Ärzte und Angehörige die Beratung und Vermittlung von Unterstützungsangeboten als sinnvoll erachteten und diese signifikant häufiger nutzten, konnte kein Einfluss auf die Länge des Verbleibs in der häuslichen Umgebung sowie den Krankheitsverlauf gezeigt werden.

Um den Zeitrahmen für den Hausarzt zu optimieren, könnte das Praxisteam in die Diagnoseabläufe eingebunden werden. So könnten zeitaufwendige Tests nach entsprechender Schulung an Praxispersonal delegiert werden.

4.4 Kooperation mit Spezialisten

Eine strikte Aufgabenteilung zwischen Haus- und Gebietsärzten bei der ambulanten Versorgung von Demenzpatienten existiert nicht.

Der Gesetzgeber sieht den Hausarzt als koordinierende Instanz vor, der die Schnittstelle zum Gebietsarzt bildet und diesen bei Bedarf zu Rate zieht.

Im Sozialgesetzbuch (SGB V § 73) umfasst die hausärztliche Versorgung die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen. Mit Einführung der hausarztzentrierten Versorgung (SGB V § 73b), dem sog. „Hausarztmodell“, sollte die Rolle des Hausarztes als koordinierende Instanz gestärkt werden. Durch transparente Abläufe, einheitliche Dokumentation und vorgegebene Behandlungspfade sollen Doppelbehandlungen und unkontrollierte Inanspruchnahmen fachärztlicher Dienstleistungen vermieden und eine bestmögliche Versorgungsqualität garantiert werden.

Villars et al. (2010) untersuchten in einer Übersichtsarbeit aus 129 zwischen 2000 und 2009 veröffentlichten, internationalen Artikeln die Rolle des Hausarztes in der Demenzversorgung und erarbeiteten einen Modellplan mit Handlungsstrategien für Hausärzte. Sie empfahlen, dass die Diagnose von Hausärzten gestellt und von Spezialisten bestätigt werden sollte. Die Aufklärung sollte durch beide Professionen erfolgen. Abhängig von den Forderungen der jeweiligen Länder könnten sowohl Hausärzte, als auch Spezialisten die medikamentöse Therapie einleiten. Im weiteren Krankheitsverlauf spielt der Hausarzt die zentrale Rolle und kümmert sich um die Überwachung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Begleitsymptomen, Ernährungszustand, Inkontinenz und die pflegerische Versorgungssituation.

Die DEGAM-Leitlinie, die 2013 gültig war, besagte, dass Demenzpatienten „meist“ von Hausärzten diagnostiziert, therapiert und betreut werden können. Die gebietsärztliche Konsultation sollte bei diagnostischer und therapeutischer Unsicherheit, zusätzlichem Hilfebedarf, auf Patienten- und Angehörigenwunsch sowie begleitender (starker) Depression erfolgen. Darüber hinaus wurde sie bei ungewöhnlich raschem Verlauf mit neuen Zusatzsymptomen, erwünschter genetischer Beratung, und spezifischen Fragen, z. B. bzgl. Medikation und Nebenwirkungen empfohlen (DEGAM, 2008).

Vergleicht man die hausärztliche mit der neuropsychiatrischen Leitlinie (DGPPN/DGN, 2010) bzgl. der Behandlungsempfehlungen, so liegen die Unterschiede vor allem in den Punkten der Früherkennung, medikamentösen Einstellung und Versorgung (s. Kapitel 4.3 und 4.5).

Passend zu den Leitlinienunterschieden machen die Ergebnisse der Befragung eine stärkere Akzentuierung der Arbeitsteilung zwischen beiden Berufsgruppen deutlich.

Ein zunehmender Anteil der Hausärzte (81 %) gibt 2013 an, bei Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung regelmäßig zum Gebietsarzt zu überweisen.

In einer australischen Interviewstudie gaben Hausärzte ebenfalls an, bevorzugt zur Diagnosesicherung an Spezialisten zu überweisen und in einigen Fällen auch zur Diagnoseübermittlung (Phillips et al., 2012).

Bei einer Interviewstudie von Wilkinson et al. (2004) in 5 europäischen Ländern (Österreich, Frankreich, Italien, Spanien und England) gaben befragte Angehörige an, dass die Diagnose häufiger durch Spezialisten gestellt wurde. Patienten, die initial beim Spezialisten vorstellig waren, bekamen 4fach häufiger die Diagnose gestellt, als Patienten, die zunächst hausärztlich vorstellig waren.

Des Weiteren betonen vor allem Gebietsärzte deutlicher als vor 10 Jahren, dass die Überweisung zu ihnen dem Stellen der Therapieindikation dient. 91 % sind sogar der Auffassung, dass das Therapiemanagement Demenzkranker in ihrer Hand liegen sollte.

Einen weiteren Überweisungsgrund stellen Budgetlimitierungen dar, denn Hausärzte betonen heutzutage deutlicher, dass Gebietsärzte „teure Antidementiva“ besser verschreiben können. Ein Literaturvergleich bekräftigt diese Aussage. In einer Interviewstudie von Wilkinson et al. (2004) erhielten 77 % der gebietsärztlich diagnostizierten Patienten Antidementiva. Der Anteil bei hausärztlich diagnostizierten Patienten lag bei nur 45 %. Bei Wübbeler et al. (2015) wurde die medikamentöse Therapie von 560 deutschen Demenzpatienten untersucht. Patienten, die in ein Demenznetzwerk eingebunden waren und von Spezialisten mitbetreut wurden, wiesen deutlich höhere Verschreibungsraten auf.

Bohlken et al. (2015) werteten in einer deutschen Langzeitstudie (2003-2013) die medikamentöse Therapiekontinuität bei Demenzpatienten aus. Innerhalb eines Follow-up Jahres nahmen gebietsärztlich betreute Patienten häufiger Antidementiva ein als hausärztlich betreute.

Die Ergebnisse der Befragung deuten auf eine enge Zusammenarbeit beider Berufsgruppen hin. Die Ärzte betonen einheitlich, dass die Informationen des Spezialisten von Nutzen sind.

In der Literatur wird jedoch bemängelt, dass viele Patienten nicht beim Spezialisten vorstellig werden. Belmin et al. (2012) untersuchten anhand von Krankenakten und Angehörigeninterviews die hausärztliche Versorgungssituation von 101 amerikanischen Demenzpatienten. Nur 29 % der Patienten waren fachärztlich vorstellig.

Gründe für eine geringe gebietsärztliche Inanspruchnahme:

Laut eigener Studie finden sie sich nicht im Überweisungsverhalten der Hausärzte, denn ein zunehmender Anteil gibt an, regelmäßig zum Neurologen und Psychiater zu überweisen. Die Ergebnisse decken sich mit einer englischen Interviewstudie, bei der 29 % immer und 67 % gelegentlich überweisen und nur 3 % der Hausärzte keinen Gebietsarzt einbeziehen (Millard & Baune, 2009). In einer Fallstudie von Maeck et al. (2008) überwiesen 57 % der Hausärzte zum Spezialisten.

Der Vorwurf, dass Hausärzte generell nur „ungern“ zu Fachärzten überweisen, bestätigt sich also nicht. Vielmehr scheinen andere Barrieren für die Schnittstellenproblematik verantwortlich zu sein.

Laut Riedel-Heller (2000) bestehen Widerstände gegen eine neuropsychiatrische Abklärung vor allem seitens der Patienten. Angehörigen bereitet es oft große Mühe, Demenzkranke zu motivieren, überhaupt eine ärztliche Praxis aufzusuchen.

Ein übergeordnetes Problem stellt die Verfügbarkeit der Spezialisten dar. Pimlott et al. (2009) untersuchten Barrieren der Demenzversorgung in Kanada. Häufig wollten Hausärzte zu Gebietsärzten überweisen, beklagten jedoch übermäßig lange Wartezeiten. Hinzu kommt, dass lange Anfahrtswege zu Facharztpraxen ebenfalls einen erheblichen Zeitaufwand und eine große Anstrengung für Patienten und

Angehörige darstellen. Laut einer Auswertung von Daten der BARMER GEK Krankenkasse von 2008 bis 2010 unterlag der Anteil der Demenz-Patienten, die innerhalb von sechs Wochen nach Erstdiagnose ambulant durch Gebietsärzte betreut wurden, starken regionalen Schwankungen. Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je Einwohner pro Bundesland tätig waren, desto mehr Demenz-Patienten mit Erstdiagnose wurden innerhalb der ersten sechs Wochen gebietsärztlich versorgt. Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich die Versorgung nicht nur an medizinischen und therapeutischen Aspekten orientiert, sondern vielmehr durch regionale Angebotskapazitäten bestimmt wird (Albrecht & Sander, 2015).

Köhler et al. (2014) untersuchten die Versorgungssituation von 117 Patienten aus deutschen Demenznetzwerken. Als Vergleich dienten die Daten von 118 Patienten, deren Hausarzt kein Mitglied eines Demenznetzwerkes war. Netzwerkpatienten hatten deutlich häufiger Kontakt zu Spezialisten.

Eine niederländische Studie belegt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität Demenzkranker verbessert wird, wenn ein integrierter Versorgungsansatz erfolgt (Wolfs et al., 2008). Das Zusammenspiel beider Professionen stellt also die beste Versorgung für die Patienten dar.

Zusammenfassend zeigt sich bei beiden Berufsgruppen eine positive Einstellung zur Zusammenarbeit und es wird im Zeitraum 2004 bis 2013 eine stärkere Akzentuierung der Arbeitsteilung deutlich. Gebietsärzte werden (aus der subjektiven Sicht der Hausärzte) häufiger als im Jahre 2004 zur Diagnosesicherung und zum Stellen der Therapieindikation konsultiert, ebenso zum Verschreiben der „teuren“ Antidementiva.

4.5 Therapie

Die Trias der Demenztherapie besteht laut der zum Zeitpunkt der Befragung im Jahre 2013 verfügbaren DEGAM-Leitlinie aus

1. der optimalen Gestaltung des Umfeldes und der Pflege,
2. psychosozialen (nichtmedikamentösen) Therapieverfahren und
3. der medikamentösen Therapie.

Zu Beginn des Therapieabschnittes weist die Leitlinie darauf hin, dass eine Kausaltherapie der Alzheimer- oder vaskulären Demenz nicht existiert. Das

Therapieziel sei eine Verzögerung der Progression und die Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten und Angehörigen.

Analog dazu betonen die Hausärzte stärker als die Gebietsärzte sowohl 2013, als auch 2004, dass es die wichtigste hausärztliche Aufgabe sei, den Patienten in der Bewältigung des Alltags zu helfen.

Die DGPPN/DGN-Leitlinie legt einen größeren Stellenwert auf die pharmakologische Therapie. Während die DEGAM-Leitlinie betont, dass Antidementiva nur eine begrenzte Wirksamkeit aufweisen, ihre Wirksamkeit stetig evaluiert und bei rascher Progredienz überdacht werden soll, empfiehlt die DGPPN/DGN-Leitlinie Acetylcholinesterase-Hemmer (off-label) auch für die Behandlung der schweren Alzheimer-Demenz und Memantine grundsätzlich bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz einzusetzen. In der DEGAM-Leitlinie sind diese Wirkstoffe bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer Demenz zu erwägen und im schweren Stadium abzusetzen. Die DGPPN/DGN-Leitlinie empfiehlt darüber hinaus Patienten mit gemischter Demenz medikamentös wie Patienten mit Alzheimer-Demenz zu behandeln. Auch wird eine Therapiefortführung unabhängig von der individuellen Therapieresponse empfohlen.

Diese deutlichen Unterschiede zwischen den Leitlinien spiegeln sich im Antwortverhalten der Ärzte im Jahre 2013 wieder. Hausärzte sind den Medikamenten gegenüber kritischer eingestellt als die Neurologen und Psychiater: Sie berichten häufiger von Nebenwirkungen der Cholinesterasehemmer, sind häufiger der Auffassung, dass diese nur für eine kurze Zeit wirken und berichten deutlich häufiger, dass Patienten die Cholinesterasehemmer nur unregelmäßig einnehmen und die Einnahme abbrechen. Häufiger als die Neurologen/Psychiater geben die Hausärzte an, keine Erfahrung mit Cholinesterasehemmern zu haben und sind skeptischer im Hinblick auf die Aussage, dass Cholinesterasehemmer bei anderen Formen der Demenz nützen. Allerdings geben die Hausärzte auch häufiger als die Neurologen und Psychiater an, sich in der Therapie von Demenzen nicht gut auszukennen. Einzig die Wirksamkeit von Ginkgo wird von den Hausärzten größer eingeschätzt als von den Neurologen und Psychiatern. Das allerdings auf einem niedrigeren Niveau als 2004, denn beide Arztgruppen schätzen die Wirksamkeit von Ginkgo in 2013 geringer ein als in 2004.

Bei beiden Berufsgruppen zeigte sich 2013 eine stärkere Zurückhaltung bezogen auf die medikamentöse Therapie als 2004: beide Arztgruppen nehmen die generelle medikamentöse Beeinflussbarkeit der leichteren Formen der Alzheimer-Demenz im Follow-up als geringer wahr im Vergleich zur Baseline, insbesondere auch die Wirksamkeit der Cholinesterasehemmer. Beide Arztgruppen stimmen der Aussage im Jahre 2013 auch häufiger zu als 2004, dass Cholinesterasehemmer viele Nebenwirkungen haben.

Diese Beobachtung deckt sich mit der Literatur. Laut Wübbler et al. (2015) liegt die Verschreibungsrate der Hausärzte im Jahr 2015 unter 30 %. Michalowsky et al. (2014) heben hervor, dass vor allem Patienten mit schwerer Form der Demenz nicht ausreichend medikamentös behandelt werden.

Vergleichsweise positiv fallen jedoch die Ergebnisse einer Datenerhebung von 560 Demenzpatienten aus 13 ausgewählten Demenznetzwerken in Deutschland aus. Hier wurden 52 % der Patienten mit Antidementiva behandelt (Wübbeler et al., 2015). Bei einem weiteren Vergleich von 235 netzwerkeingebundenen Patienten erhielten 50,5 % Antidementiva (Köhler et al., 2014). Diese Studien zeigen also eine positive Entwicklung durch Netzwerkbildung.

Die insgesamt kritischere Einstellung zu der medikamentösen Beeinflussbarkeit der Demenz kann im Jahre 2013 auf die größere Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte mit diesen Medikamenten zurückzuführen sein. Zum Zeitpunkt der Befragung in 2004 waren die Cholinesterasehemmer und Memantine erst seit wenigen Jahren in Deutschland zur Therapie der Alzheimer Demenz zugelassen (Donepezil seit 1997, Rivastigmin seit 1998, Galantamin seit 2000, Memantine seit 2002). Die damaligen Wirksamkeitseinschätzungen dürften 2004 auch von Werbung und Hoffnung beeinflusst gewesen sein. Seitdem gab es unzählige wissenschaftliche und öffentliche Auseinandersetzungen um die Frage der Wirksamkeit der Medikamente. Aus Sicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist der Nutzen der Antidementiva gegenüber Placebo belegt, jedoch nur hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Verzögerung der Krankheitsprogression (IQWiG, 2012). In der DGPPN/DGN-Leitlinie Demenzen werden Acetylcholinesterase-Hemmer zwar empfohlen: „Acetylcholinesterase-Hemmer sind wirksam in Hinsicht auf

die Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten, auf die Besserung kognitiver Funktionen und auf den ärztlichen Gesamteindruck bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz und eine Behandlung wird empfohlen.“, aber nur mit einem Empfehlungsgrad B. Entsprechendes gilt für Memantine. Es scheint also etwas Ernüchterung im Hinblick auf die Wirksamkeit der Antidementiva eingetreten zu sein. Die intensiven Diskussionen um die Antidementiva in den vergangenen Jahren, aber auch das Fehlen einer aktuellen hausärztlichen Demenz-Leitlinie mögen Gründe dafür sein, warum die Hausärzte in 2013 gegenüber 2004 eine größere Unsicherheit bezüglich der Demenztherapie angaben. Die subjektive Unsicherheit war bei den Hausärzten (erwartungsgemäß) größer als bei den Neurologen und Psychiatern.

Die Kosten der Antidementiva scheinen trotz inzwischen verfügbarer Generika immer noch eine Verschreibungsbarriere zu sein, denn die Hausärzte stimmten im Jahr 2013 deutlicher als in der Baseline Studie der Aussage zu, dass die Neuropsychiater „die teuren Antidementiva besser verschreiben“ könnten und im Jahr 2013 vertraten die Neuropsychiater nochmals dezidierter diese Auffassung als die Hausärzte.

Erwähnenswert sei noch, dass im aktuellen Medikationskatalog der KBV (<http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php> [Stand: 07.04.2017]) bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer Demenz die Cholinesterasehemmer Donezepil, Galantamin und Rivastigmin als Standard-Medikamente aufgeführt sind und Memantin als Reservemedikament bei schwerer Alzheimer-Demenz. Unter sachgerechter Dokumentation von Indikation und Behandlungsverlauf entfallen diese Wirkstoffe also der Richtgrößenprüfung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Ginko biloba gilt als nachrangig zu verordnender Wirkstoff und der Einsatz wird nicht empfohlen.

4.6 Aufklärung der Patienten

Die positive Einstellung beider Arztgruppen zur Versorgung Demenzkranker zeigte sich unverändert gegenüber 2004 hinsichtlich des Nutzens und der Chancen der Aufklärung, sowie der Dankbarkeit der Patienten. Sie betonen aber weiterhin, dass Patienten häufig mit Scham auf das Ansprechen kognitiver Defizite reagieren.

Vergleichbare Ergebnisse finden sich in der Literatur. Hausärzte sind von einem positiven Nutzen der Aufklärung überzeugt, denn diese ermöglicht dem Patienten ein Mitspracherecht bei der Zukunftsgestaltung, Verständnis und Unterstützung durch Angehörige, Vermeidung von Konflikten mit Angehörigen und eine Anpassung des häuslichen Umfeldes (Vernooij-Dassen et al., 2006) (Milne, 2010) (Prince et al., 2011). Zeitgleich stehen sie jedoch vor der großen Hürde der Stigmatisierung, die mit der Erkrankung einhergeht und zu Ablehnung, Souveränitätsverlust und sozialer Ausgrenzung führen kann (Garand et al., 2009) (Scholl & Sabat, 2008) (Milne, 2010). Patienten erleben nicht selten eine Schockreaktion, gefolgt von Depression oder gar Suizidalität (Draper et al., 2010). Die Diagnose kann sie in eine existenzielle Krise stürzen (Stechl, 2015).

Die Aufklärung Demenzkranker stellt somit eine große Herausforderung für Arzt und Patienten dar. Sie erfordert ein hohes Maß an Sensibilität und Empathie (Werner et al., 2013). Eine gute Aufklärung sollte prozessorientiert sein und nicht die Defizite des Patienten hervorheben. Patienten empfinden es angenehmer, zunächst konkrete Hinweise auf erhaltene kognitive Fähigkeiten und Alltagsaktivitäten zu bekommen als initial auf Mängel in diesen Bereichen gestoßen zu werden (Batsch & Mittelman, 2012).

Die Aufklärung sollte protrahiert in mehreren Sitzungen erfolgen. Zum einen sind Patienten anfänglich zu aufgewühlt, zum anderen muss gerade bei Gedächtnisstörungen an die individuelle Leistung des Patienten gedacht werden. Kleine Informationsmengen können besser verarbeitet und gespeichert werden (Tuffrey-Wijne, 2012). Wiederholungen und Verdeutlichungen, eine klare Gesprächsstruktur in ruhiger Atmosphäre ohne Ablenkungen sowie Ruhe und Geduld des Arztes erleichtern den Patienten das Verständnis während des Gespräches (Kurz et al., 2004) (Zaleta & Carpenter, 2010). Zum Erhalt weiterer Informationen und Hilfe sollte an Organisationen wie die Alzheimergesellschaft verwiesen werden (Stechl, 2015).

Hausärzte beschreiben es als unangenehm, kognitive Defizite zu thematisieren (Pond et al., 2011). Es besteht eine Diskrepanz zwischen ihrer Einstellung zur Aufklärung

und ihrer tatsächlichen Handlungsweise (van Hout et al., 2000). Diese Problematik führt zu einem Konflikt, der sich in den weiteren Ergebnissen widerspiegelt, die widersprüchlich sind.

Zum einen lehnen die Hausärzte im Jahre 2013 gegenüber 2004 die Aussage stärker ab, dass sie „Im Aufklärungsgespräch über Demenz gegenüber den Patienten nie den Begriff Demenz“ verwenden“. Zum anderen stimmen 2013 gegenüber 2004 beide Arztgruppen der Aussage stärker zu, die genaue Diagnose zu vermeiden und eher von „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörungen“ zu sprechen. Analog empfiehlt die Deutsche Alzheimergesellschaft, im Aufklärungsprozess zunächst Begriffe wie „Vergesslichkeit“ und „Kurzzeitgedächtnisstörungen“ einzusetzen, um den Patienten sensibel auf das Thema vorzubereiten (Stechl, 2015). Beim Vergleich der Hausärztlichen und gebietsärztlichen Angaben im Jahre 2013 fällt auf, dass die Hausärzte seltener die Begriffe „Demenz“ und „Alzheimer“ verwenden und häufiger Euphemismen als die Gebietsärzte.

Schaut man in die Leitlinien, schildert die DEGAM Leitlinie neben den Vorteilen der Aufklärung auch Gründe, die dagegen sprechen. Genannt werden Multimorbidität, Ablehnung und Stigmatisierung. Pro und Kontra werden diskutiert; der Hausarzt solle im Einzelfall abwägen, ob eine Aufklärung indiziert sei (DEGAM, 2008).

Die DGPPN/DGN-Leitlinie gibt bezüglich der Aufklärung eine klarere Empfehlung. Sie betont, dass aufgrund der Belastung eine möglichst hohe diagnostische Sicherheit gegeben sein sollte und erwähnt, dass „dem Informationsbedürfnis der Erkrankten und Angehörigen umfassend Rechnung zu tragen ist“. Sie konzentriert sich auf Art und Inhalt der Aufklärung. Umstände, die dagegen sprechen, werden nicht explizit aufgeführt (DGPPN/DGN, 2010) (DGPPN/DGN, Aktualisierung 2016).

In einer Interviewstudie von Phillips et al. zeigten die Hausärzte eine gesplante Meinung zur Zuständigkeit der Aufklärung. Ein Teil hielt es für wichtig, dass diese durch den Hausarzt als Vertrauensperson erfolgen sollte, ein anderer Teil war dankbar, wenn der Spezialist diese unangenehme Aufgabe übernahm und der Hausarzt anschließend unterstützend tätig sein konnte. Ein weiterer Teil wiederum gab

an, keine Probleme mit der Aufklärung zu haben und jedem Patienten die Diagnose aufrichtig und ohne Umschweife mitzuteilen (Phillips et al., 2012).

Abschließend sei erwähnt, dass laut einer Übersichtsarbeit von Robinson et al. (2011) ein Großteil der Demenzpatienten eine Aufklärung wünscht. Bei Pinner und Boumann (2003) gaben 92 % der Patienten mit einer milden Form der Demenz an, voll über die Erkrankung aufgeklärt sein zu wollen.

Pratt und Wilkinson (2003) heben als mögliche Lösung hervor, Patienten bereits während laufender Diagnostik routinemäßig zu fragen, ob sie die Diagnose wissen wollen oder wem diese mitgeteilt werden soll.

4.7 Interaktion mit Angehörigen

Das Aufzeigen von Hilfsangeboten durch Haus- und Gebietsärzte wurde in der postalischen Befragung detailliert untersucht. Sowohl in der Baseline-Befragung, als auch im Follow-up betonten beide Arztgruppen mehrheitlich, dass sie die Angehörigen unterstützen und Hilfsangebote aufzeigen. Ein Großteil empfiehlt die Kontaktaufnahme zur Alzheimergesellschaft und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Beide Arztgruppen empfehlen den Angehörigen heutzutage signifikant häufiger die Teilnahme an spezifischen Schulungsangeboten als im Jahre 2004.

Etwa zwei Drittel der Demenzpatienten in Deutschland lebt in Privathaushalten (Rothgang et al., 2010). Etwa zu gleichen Teilen sind es Ehepartner oder Kinder, die die Pflege übernehmen; ca. 75 % der Pflegenden sind Frauen. Dabei sind die Angehörigen oftmals selbst alt und gesundheitlich beeinträchtigt (Schäufele et al., 2006). Die Pflege eines Demenzpatienten stellt für die Angehörigen eine große Bürde dar, sowohl physisch als auch psychisch und finanziell (Papastavrou et al., 2007). Sie sind Vollzeit eingebunden, Demenzpatienten können mitunter nur wenige Stunden alleine bleiben (Schneekloth & Wahl, 2005). Mit zunehmendem Krankheitsverlauf beschreiben Angehörige neben Gefühlen von Zuneigung und Fürsorglichkeit auch negative Empfindungen wie Hoffnungslosigkeit, Frustration, Trauer, Schuld, Ärger und Enttäuschung sowie den Beziehungsverlust zum kranken Menschen (Adams, 2006). Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens belasten sie sehr (Kurz & Wilz,

2011). Pflegende Angehörige tragen ein höheres Risiko, selbst zu erkranken, sowohl körperlich als auch seelisch (Papastavrou et al., 2007). Auch sie fühlen sich sozial ausgegrenzt (Wilkinson et al., 2004) und erhalten nicht genügend Unterstützung (Batsch & Mittelmann, 2012). Wird die Belastung zu groß, ist die häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet. Es folgen Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen (Annerstedt et al., 2000).

Laut der MUG III Studie ist es möglich, Pflegebedürftige aller Schweregrade – auch im Zusammenhang mit einer dementiellen Erkrankung - im privaten Haushalt zu versorgen, wenn die Pfl egetätigkeit der Angehörigen durch professionelle Hilfsangebote ergänzt wird (Schneekloth & Wahl, 2005).

Wichtig ist es daher, pflegende Angehörige frühzeitig und bestmöglich zu unterstützen. Nicht nur aus ökonomischer Sicht, auch um dem Patienten einen langen Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen und das Verhältnis zwischen Pflegeperson und Patient durch Verständnis und positive Interaktionen zu verbessern.

Die Angebote für Demenzkranke und deren Angehörige wurden in den letzten Jahren stetig gefördert und ausgebaut. Als Beispiel seien die Alzheimergesellschaft- bzw. Hirnliga-Beratungsstellen (Vermittlung von Kenntnissen über die Krankheit und Ratschläge im Umgang mit den Patienten, fachliche Beratung in rechtlichen und finanziellen Fragen), Angehörigengruppen (Austausch mit Gleichgesinnten), Selbsthilfegruppen (öffentliche Interessensvertretung und wirksam auf politischen Ebenen) und ambulante Hilfen wie Sozialstationen benannt. Mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz Anfang 2002 wurde erstmals der Begriff niedrigschwelliger Betreuungsangebote eingeführt. Dazu zählen Betreuungsangebote, in denen Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen übernehmen. Beispiele sind u. a. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Hauspflegevereine, Nachbarschaftshilfe und Laienhilfsdienste. Pflegende Angehörige werden entlastet und beratend unterstützt; sie können neue Kraft schöpfen.

Der Hausarzt hat eine zentrale Rolle in der häuslichen Versorgungssituation und damit einen hohen Einfluss auf die Nutzung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten durch demenziell erkrankte Patienten und deren Angehörigen. In der Literatur wird jedoch

wiederholt bemängelt, dass deren Nutzung häufig nicht oder erst sehr spät erfolgt (Schneekloth & Wahl, 2005) (BMFSFJ, 2002) (Cantegreil-Kallen et al., 2006).

Was also ist der Grund für die geringe Inanspruchnahme von professionellen Hilfs- und Entlastungsangeboten?

Handeln die Ärzte tatsächlich anders, als in der postalischen Befragung angegeben, oder gibt es Barrieren der Inanspruchnahme seitens der Angehörigen?

In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass viele Hausärzte selbst ungenügend über bestehende Hilfsangebote informiert sind (Kaduszkiewicz et al., 2009). In der hier vorliegenden Untersuchung machten 12 % der Hausärzte überhaupt keine Angaben, als sie mögliche Einrichtungen, Hilfsdienste bzw. Organisationen ohne Vorgabe möglicher Antworten auflisten sollten. In einer Sekundäranalyse von Belmin (2012) gaben weniger als die Hälfte der befragten Angehörigen an, ausreichend von ihrem Hausarzt über Unterstützungsangebote beraten worden zu sein. In einer französischen Studie gaben 53 % der postalisch befragten Hausärzte an, unzureichende Kenntnisse über bestehende Hilfsangebote zu besitzen. Als Gründe wurden mangelnde Information, auch bedingt durch fehlende Zeit, sich diese anzueignen, genannt (Cantegreil-Kallen et al., 2006). Zeitmangel kann Ärzte auch davon abhalten, proaktiv auf pflegende Angehörige zuzugehen (Höppner et al., 2015). Auch wenn pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis als solche bekannt sind, werden ihre Belastungen, Bedarfe und Bedürfnisse nicht oder nur eingeschränkt wahrgenommen (ebd.).

Die persönliche Wertschätzung eines Angebotes scheint ebenfalls Einfluss darauf zu nehmen, ob ein Arzt diese Maßnahme empfiehlt.

Die deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. sieht als möglichen Grund für eine ärztliche Ablehnung gegenüber Patienten von Selbsthilfegruppen Angst vor Kritik und Vorwürfen. Selbsthilfegruppenmitglieder gelten als aktive Menschen und zeichnen sich bei der Arztkonsultation im Regelfall durch mehr Rückfragen und eine besonders kritische und fordernde Einstellung aus. Überhöhte Anspruchshaltung und

Vorwürfe, aus Kostengründen Diagnostik und Therapie vorzuenthalten, führen häufig zu Disharmonie mit dem behandelnden Arzt (DAG SHG, 2012).

Zeitgleich zeigen sich Patienten von Selbsthilfegruppen im Praxisalltag jedoch häufig informierter und tragen alltagsrelevante Informationen an den Arzt weiter, die dieser wiederum anderen Patienten vermitteln kann. Betroffene arbeiten motivierter und kompetenter mit, was zu einer Verbesserung des Behandlungserfolges führt. Sie erhalten wichtige emotionale Unterstützung durch Gleichgesinnte (DAG SHG, 2015).

Barrieren der Inanspruchnahme seitens der Angehörigen werden bei Laube (2010) und Brodaty et al. (2005) untersucht. Mangelndes Wissen über Hilfsangebote wird als Hauptgrund benannt. Darüber hinaus nehmen einige Angehörige zunächst gar nicht wahr, dass die vorhandene Belastung ein Problem darstellt. Wird das Problem deutlich, versuchen sie, es selbst zu lösen. Erschwerend kann die Annahme von Hilfe mit Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen verbunden sein; einige Pflegende wollen Dritte nicht belasten (Adams, 2006). Das Aufsuchen professioneller Hilfe kann sowohl an fehlender Energie und Zeit der Pflegeperson scheitern, als auch an geographischen Defiziten des Hilfsnetzwerkes, wenn keine Angebote in der Nähe vorliegen. Der organisatorische und finanzielle Aufwand kann ebenfalls zu einer Ablehnung führen. Vorurteile und Erlebnisberichte Dritter spielen ebenso eine Rolle wie das objektive Urteil des behandelnden Arztes. Erscheinen soziale Dienste nicht kompetent, werden Erwartungen der Angehörigen nicht erfüllt oder machen diese gar negative Erfahrungen, wird die Inanspruchnahme wieder abgebrochen (Laube, 2010) (Brodaty et al., 2005).

Eine Verbesserung der Situation wird vor allem durch vermehrte Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit erwartet. Das Problembewusstsein der Angehörigen soll neben der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, gefördert werden (ebd.). Weitere Verbesserungsvorschläge betreffen die Zugänglichkeit, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit der Angebote, sowie kooperationsfördernde und netzwerkbildende Maßnahmen.

Der zweite wichtige Punkt im Umgang mit Angehörigen bezieht sich auf die Aufklärung.

In der Literatur wird wiederholt aufgezeigt, dass die Diagnosemitteilung eine der schwersten Aufgaben des Hausarztes ist und es Ärzten leichter fällt, Angehörige aufzuklären, als Patienten (Downs et al., 2000). Bei van Hout et al. (2000) wurde die Diagnose 42 % der Patienten und 74 % der Angehörigen mitgeteilt. Dabei klären Ärzte die Angehörigen detaillierter auf, in Gegenwart der Patienten tendieren sie dazu, Euphemismen zu verwenden (Downs et al., 2002).

Analog zu dieser Beobachtung lehnte die Mehrheit der Ärzte zu beiden Befragungszeitpunkten die Aussage ab, dass ihnen der Gesprächsbedarf der Angehörigen zu groß sei. Im Gegenteil, viele Ärzte sind dankbar, wenn Demenzpatienten von Angehörigen begleitet werden und der Hausarzt die Familie in den Aufklärungsprozess einbinden kann (Phillips et al., 2012). Das gibt ihm die Möglichkeit abzuwägen, ob er beängstigende Informationen vor Patienten zurückhält und er kann den Angehörigen nützliche Informationen über die Erkrankung mitteilen. Als Vorteil erfahren die Patienten Verständnis und Unterstützung durch die Angehörigen, die sie im weiteren Krankheitsverlauf dringend benötigen.

Doch wie stehen die Angehörigen zur Aufklärung?

In einem systematischen Review von Bradford et al. (2009) wurden Barrieren verspäteter Diagnosestellung in insgesamt 40 Studien untersucht. In neun Studien gaben Angehörige an, den Zustand des Patienten zu leugnen und lieber nicht wissen zu wollen, wie es um den Patienten steht. Genaue Zahlen wurden nicht veröffentlicht, es handelte sich jedoch um eine Minderheit der Studien.

Die Mehrheit beider Arztgruppen bestätigte in der postalischen Befragung die Aussage, die Angehörigen detaillierter aufzuklären als die Patienten. Erfreulicherweise fiel dabei die Zustimmung der Hausärzte im Vergleich zur Befragung vor 10 Jahren signifikant geringer aus – bei allerdings weiterhin hohen Zustimmungswerten. Diese Praxis birgt auch ethische Implikationen, z. B. die Frage der Schweigepflicht, über die allerdings keine wissenschaftlichen Studien bekannt sind.

Laut Rechtsprechung liegt die Einwilligung eines Patienten zur Informationsweitergabe an Angehörige konkludent (auch ohne ausdrückliche Erklärung) vor, wenn der Patient gemeinsam mit den Angehörigen in der Praxis vorstellig ist (§ 116 BGB). Seitens des Arztes ist eine rasche Einschätzung der Beziehungsstruktur zwischen Patienten und

Angehörigen notwendig, um den wirklichen Annahmewillen zu bekräftigen (§ 133 BGB). Es sollten sich keine Hinweise auf Konflikte oder Probleme ergeben (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2010). Ist der Patient nicht mehr geschäftsfähig und liegt keine Vorsorgevollmacht vor, sollte der Arzt die Betreuung veranlassen.

Die nicht selten anzutreffende Praxis, einen geschäftsfähigen Patienten nicht aufzuklären, aber die Angehörigen umfassend zu informieren, widerspricht der „informationellen Selbstbestimmung“ des Betroffenen (Landesärztekammer & Landespsychotherapeutenkammer, 2014). Anders ist es, wenn der Patient erklärt, er wolle es selbst zwar nicht wissen, wünsche aber eine Unterrichtung seiner Angehörigen. Der Arzt / Psychotherapeut sollte den Patienten nach seiner Auffassung zur Aufklärung befragen (ebd.).

4.8 Sonstiges

4.8.1 Zusammenarbeit der Ärzte mit sonstigen Einrichtungen der Demenzversorgung

Bei den vorformulierten Aussagen zur Interaktion mit Angehörigen gaben die Ärzte häufig an, Hilfsangebote aufzuzeigen. Interessanterweise wurden deutlich weniger Angaben gemacht, wenn die Ärzte gebeten wurden, im Freitext konkret zu benennen, mit welchen „Einrichtungen/Hilfsdiensten/Organisationen“ sie bei der Betreuung von Demenzpatienten regelmäßig zusammenarbeiten. Über 10% beider Arztgruppen machten gar keine Angaben. Durchschnittlich gaben die Ärzte weniger als drei Unterstützungsangebote an. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Untersuchung von Turner al. (2004), bei der die Hausärzte ebenfalls Hilfseinrichtungen thematisch benannten, bei genauerer Nachfrage jedoch keine detaillierten Angaben zu diesen machen konnten (vgl. Kapitel 4.7.).

Am häufigsten benannten beide Arztgruppen Pflegedienste. Da die Demenz im fortgeschrittenen Stadium regelhaft zur Pflegebedürftigkeit führt (Mahlberg & Gutzmann, 2005), war diese Zusammenarbeit zu erwarten. Darüber hinaus bieten Pflegedienste im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes kostenlose Beratungen

u. a. zu Vorsorgemöglichkeiten, Fragen zur Pflegeversicherung und Hilfe bei der Antragsstellung an. Häufig könne sie passende Unterstützungsangebote benennen.

Nennungen von sektorenübergreifenden Einrichtungen wie Hilfsorganisationen (z.B. Alzheimergesellschaft, Hirnliga) und Selbsthilfegruppen erfolgten lediglich von 25% der Hausärzte und 29% der Neurologen / Psychiater. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (wie z. B. Laienhilfsdienste, Nachbarschaftshilfe, Gesprächskreise) sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag (Pflegekurse für Angehörige, Selbsthilfekurse) wurden noch seltener benannt.

Freie Anmerkungen zum Fragebogen lassen darauf schließen, dass diese Dienste nicht ausreichend bekannt sind und ein erhöhter Informationsbedarf vorliegt, z. B.

- *„Es fehlen kompetente, engagierte Ansprechpartner.“*
- *„Benötigte Adressen für Schulungsangebote.“*
- *„Bessere Schulungen und regelmäßige Fortbildungsangebote für Hausärzte sind dringend indiziert.“*

4.8.2 Autofahren

Bei Menschen mit Demenz nimmt das Risiko für Verkehrsunfälle zu (Leve et al., 2017). Hausärzte sind als erste Ansprechpartner für Patienten mit Demenz oft auch als erste mit dem Problem der Fahrtauglichkeit konfrontiert (Pentzek et al., 2015). Ein Großteil der Hausärzte (52%) gab an, Demenzpatienten gezielt auf das Thema Autofahren anzusprechen. Die Tatsache, dass sich Spezialisten signifikant häufiger eine Fortbildung zum Thema „Autofahren und Demenz“ wünschen als Hausärzte, könnte dadurch erklärt werden, dass dieses Problem seltener an sie herangetragen wird.

Beide Leitlinien (DEGAM und DGPPN/DGN) widmen sich in einem Abschnitt dem Thema „Autofahren und Demenz“ bzw. „Fahrtauglichkeit“. Inhaltlich zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede. Es wird darauf hingewiesen, dass die Fahreignung in frühen Stadien der Demenz noch gegeben sein kann, mit fortschreitender Erkrankung das Risiko für Unfälle und tödliche Verletzungen jedoch steigt. Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit sollte daher durch eine ausführliche Anamnese erfolgen. Spätestens bei mittelschwerer Demenz ist die Fahrtauglichkeit nicht mehr gegeben. Der Arzt soll

an den Patienten appellieren, den Führerschein abzugeben. Im Falle fehlender Einsicht kann gegen den Patientenwillen eine behördliche Meldung unter teilweiser Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht durchgeführt werden. Konkrete Handlungsempfehlungen fehlen in den Leitlinien.

Wolter veröffentlichte (2014) ein Assessment zur Beurteilung der Fahreignung veröffentlicht. Neben der kognitiven Leistungsfähigkeit muss das allgemeine Leistungsniveau abgeklärt und ggf. durch eine praktische Fahrprobe ergänzt werden. Eine gezielte Erhebung von (fremdanamnestischen) Informationen zum Fahrverhalten ist von zentraler Bedeutung. Die Fahreignungsabklärung sollte dabei mehr einen Beratungscharakter, als eine rein diagnostische Funktion haben. Ist der Patient zum Zeitpunkt der Diagnosestellung noch fahrtauglich, muss er über die zukünftigen Folgen der progredienten Erkrankung für die Fahrtauglichkeit aufgeklärt werden. Verlaufskontrollen in 6-monatigen Abständen sind unerlässlich (ebd.).

4.9 Stärken und Schwächen dieser Arbeit

Diese postalische Befragung wurde in sechs verschiedenen Städten und ihren Umgebungen in Deutschland durchgeführt. Der Einbezug der verschiedenen Regionen, die hohe Fallzahl und eine Rücklaufquote von rund 40 % stärken die Repräsentativität der erhobenen Daten.

Schwächen ergeben sich aus der Methodik einer subjektiven Einschätzung des ärztlichen Handelns und Denkens, die naturgemäß vom tatsächlichen Handeln abweichen kann.

Bei gleicher Methodik und damit gleichen systematischen Fehlern kann man dennoch eine Entwicklung in den Einstellungen und Handlungsweisen der befragten Ärztinnen und Ärzte erkennen.

4.10 Schlussfolgerung

Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Spezialisten hat sich bei der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen 2004 und 2013 intensiviert und die Einstellungen und Vorgehensweisen bei der Versorgung von Demenzkranken haben sich angenähert.

Die Einschätzung der medikamentösen Beeinflussbarkeit der Alzheimer Demenz hat in beiden Disziplinen abgenommen, auch wenn die Spezialisten die Wirksamkeit der Medikamente immer noch positiver sehen als die Hausärzte. Hier scheint durch die praktische Erfahrung mit den Medikamenten eine gewisse Ernüchterung eingetreten zu sein.

Versorgungsprobleme zeigen sich in Bezug auf Screening, da im Jahre 2013 32 % der Hausärzte und 49 % der Spezialisten angeben, ein Screening auf kognitive Störungen zu betreiben, obwohl es in der Leitlinie der DGPPN/DGN nicht empfohlen wird. Auch die Aufklärung der Patienten scheint weiterhin Probleme zu bereiten, die durch intensivere Aufklärung der Angehörigen pragmatisch gelöst und ethisch kaum diskutiert wird.

Die Häufigkeit der Empfehlung von speziellen Schulungsangeboten und Beratungen bei der Selbsthilfe bzw. bei spezifischen Demenzorganisationen hat aus subjektiver Sicht der Ärzte zugenommen, scheint aber bei Durchsicht der Freitextangaben immer noch auf einem geringen Niveau zu sein.

Insgesamt erscheint es notwendig, das Thema Demenz weiterhin intensiv in der Fachöffentlichkeit sowie in der allgemeinen Öffentlichkeit zu bearbeiten und durch die Zurverfügungstellung von Informationen über regionale Hilfen und Angebote zur Destigmatisierung und besseren Vernetzung aller Akteure beizutragen. Dazu gehört auch die Neuauflage einer hausärztlichen Leitlinie zur Versorgung Demenzkranker, da Hausärzte ihre subjektive Kompetenz hinsichtlich Diagnostik und Therapie der Demenz weiterhin deutlich geringer einschätzen als Neurologen und Psychiater.

Ein stärkerer Einbezug von Selbsthilfeorganisationen in die Routineversorgung erscheint notwendig und sinnvoll.

5 Zusammenfassung

5.1 Abstrakt

Einleitung: Hausärzte und niedergelassene Neurologen / Psychiater spielen eine Schlüsselrolle in der ambulanten Versorgung von Demenzpatienten. Diese Arbeit untersucht, ob sich die Einstellungen und Vorgehensweisen von Haus- und Gebietsärzten bei der Versorgung Demenzkranker im Verlauf von 9 Jahren verändert haben.

Methoden: Eine standardisierte postalische Befragung aus dem Jahr 2004 wurde in 2013 wiederholt und deren Ergebnisse verglichen. 2013 wurden 455 Hausärzte (Rücklaufquote 41 %) und 230 Neurologen / Psychiater (Rücklaufquote 39 %) in sechs Regionen Deutschlands angeschrieben.

Ergebnisse: Im Jahr 2013 schätzten Hausärzte ihre subjektive Kompetenz hinsichtlich Diagnostik und Therapie der Demenz weiterhin geringer ein als Gebietsärzte. Ein größerer Anteil der Hausärzte überweist 2013 bei Verdacht auf Demenz zum Gebietsarzt und ein größerer Anteil der Spezialisten fühlt sich für das Therapiemanagement verantwortlich als in 2004. Hausärzte wenden 2013 häufiger kognitive Tests an als 2004, wobei sie spezifische diagnostische Maßnahmen weiterhin seltener durchführen als Spezialisten. Die Wirksamkeit von Antidementiva schätzen beide Disziplinen 2013 geringer ein als 2004. Bei der Aufklärung vermeiden beide Arztgruppen in 2013 häufiger die Diagnosemitteilung und benutzen Euphemismen. Die Häufigkeit der Empfehlung spezieller Schulungsangebote und Selbsthilfegruppen hat aus Sicht der Ärzte zugenommen, ist bei Betrachtung der Freitextangaben aber immer noch auf einem geringen Niveau.

Schlussfolgerungen: Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Spezialisten bei der Versorgung von Menschen mit Demenz hat sich intensiviert. Hinsichtlich der medikamentösen Beeinflussbarkeit scheint durch die praktische Erfahrung mit Antidementiva eine gewisse Ernüchterung eingetreten zu sein. Probleme bei der Aufklärung nehmen zu. Daher erscheint es notwendig, das Thema Demenz weiterhin intensiv in der Öffentlichkeit zu bearbeiten und damit einen Beitrag zur Destigmatisierung der Demenzerkrankung zu leisten. Auch erscheint ein stärkerer Einbezug von Selbsthilfeorganisationen in die Routineversorgung notwendig.

5.2 Abstract

Introduction: General practitioners (GPs) play a key role in the management of dementia patients. However, in Germany it is also possible to consult (alternatively or in addition) neurologists / psychiatrists in private practice. The present study investigates if GPs and neurologist / psychiatrists in private practice have changed their attitudes towards as well as their management of dementia patients over the course of nine years.

Methods: A standardized questionnaire was sent out in 2004 and 2013 comprising a similar catalogue of questions. Results of both surveys were compared. In 2013, the questionnaire was sent to a total of 455 GPs (return rate of 41 %) and 230 neurologists / psychiatrists (return rate of 39 %) within six areas of Germany.

Results: With regard to diagnostics and therapy, in both surveys GPs continuously rate their own level of competency lower than that of specialists. In case of suspected dementia, in 2013 a higher proportion of GPs refers patients to specialists and a higher rate of specialists feels responsible with regard to therapy management. In 2013 GPs use cognitive tests more frequently than in 2004, however, conducting specific diagnostic measures is still less common than among specialists. In 2013, both occupational groups estimate the efficacy of anti-dementia drugs less than in 2004. Regarding diagnosis disclosure, both occupational groups more often avoid the explicit diagnosis in 2013 compared to 2004 but use euphemisms instead. From the doctors' perspective, they recommend participation in specific training opportunities and self-help groups more often than in 2004. However, when considering the free text entries, the frequency of these recommendations still seems to remain on a low level.

Conclusions: The present study indicates a more intensive collaboration between GPs and specialists regarding the medical care of dementia patients. With respect to anti-dementia drugs, a certain disillusionment seems to have occurred. An increase of diagnosis disclosure related problems can be identified. Therefore, it seems necessary to continue addressing dementia in public and thus to contribute to its destigmatization. Also, a stronger involvement of self-help organizations in routine care seems necessary.

6 Literaturverzeichnis

- Abholz H, Wilm S (2006) Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Kochen M (Hrsg) Stuttgart: Thieme, 565-574.
- Adams K (2006) The transition to caregiving: the experience of family members embarking on the dementia caregiving career. *J Gerontol Soc Work.* 47(3-4):3-29.
- Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, Gracie A (2010) GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract.* 60(578):e360-5.
- Albrecht M, Sander M (2015) Demenzversorgung aus sektorenübergreifender Sicht. In: Kurzbericht für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin: IGES Institut GmbH, 1-6.
- Annerstedt L, Elmstahl S, Ingvad B, Samuelsson S (2000) Family caregiving in dementia - an analysis of the caregiver's burden and the "breaking-point" when home care becomes inadequate. *Scand J Public Health.* 28(1):23-31.
- Batsch N, Mittelman M (2012) World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia. London: Alzheimer's Disease International [Online im Internet.] URL: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf> [Stand: 16.06.17, 23:47]
- Belmin J, Min L, Roth C, Reuben D, Wenger N (2012) Assessment and management of patients with cognitive impairment and dementia in primary care. *J Nutr Health Aging,* 16(5):462-7.
- Bickel H (2012) Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Demenzen. Wallesch C-W, Förstl H (Hrsg.): Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 18-31.
- Bleidorn J, Voigt I, Wrede J, Dierks M-L, Junius-Walker U (2012) Keeping the wire hot with calls? Recruiting family practices for a health care research project. *Z Allg Med.* 88(2):61-68.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin, 1-412.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2010) Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin 1-293.
- Bohlken J, Weber S, Rapp MA, Kostev K (2015) Continuous treatment with antidementia drugs in Germany 2003-2013: A retrospective database analysis. *Int Psychogeriatr.* 27(08),1335-42.
- Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H (2009) Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 23(4):306-314.
- Brayne C, Fox C, Boustani M (2007) Dementia screening in primary care: is it time? *JAMA* 298(20):2409-11.
- Brodsky H, Thomson C, Thompson C, Fine M (2005) Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *Int J Geriatr Psychiatry.* 20(6):537-46.

- Cantegreil-Kallen I, Turbelin C, Angel P, Flahault A, Rigaud AS (2006) Dementia management in France: Health care and support services in the community. *Dementia* 5(3):317-326.
- DAG SHG (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.) (Hrsg.) (2012) Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2012. [Online im Internet] Available at: URL: <http://www.dag-shg.de>.
- DAG SHG (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.) (Hrsg.) (2015) Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2015. [Online im Internet] Available at: URL: <http://www.dag-shg.de>.
- Dean K, Jenkinson C, Wilcock G, Walker Z (2014) Exploring the experiences of people with mild cognitive impairment and their caregivers with particular reference to healthcare – a qualitative study. *Int. Psychogeriatr.* 26(3):475-85.
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2008) DEGAM-Leitlinie Nr. 12: Demenz. Omikronverlag, Düsseldorf, 1-160.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2010) Archiv Alzheimer Info. Aus: Alzheimer Info 4/10.[Online im Internet] URL: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/kommunikation-zwischen-arzt-patient-und-angehoerigen-als-element-der-diagnostik-und-therapie-von-demenzerkrankungen.html> [Stand 08.05.2018, 22:41]
- DGPPN/DGN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)) (2010). S3-Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz, Berlin: Springer.
- DGPPN/DGN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)) (Aktualisierung 2016). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie – S3-Leitlinie „Demenzen“. Köln, 1-134.
- Downs M, Clibbens R, Rae C, Cook A, Woods R (2002) What do general practitioners tell people with dementia and their families about the condition? *Dementia* 1(1): 47-58.
- Downs M, Cook A, Rae C, Collins K (2000) Caring for patients with dementia: The GP perspective. *Aging Ment Health.* 4(4):301-304.
- Draper B, Peisah C, Snowdon J, Brodaty H (2010) Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimers Dement.* 6(1):75-82.
- Eichler T, Hoffmann W, Teipel S, Thyrian R (2016) Demenzdiagnostik: Hilfe für die Früherkennung. *Dtsch Arztebl.* 113(37):A-1598.
- Eichler T, Thyrian R, Hertel J, Michalowsky B, Wucherer D, Dreier A, Kilimann I, Teipel S, Hoffmann W (2015a) Rates of formal diagnosis of dementia in primary care: The effect of screening. *Alzheimers Dement (Amst).* 1(1):87-93.
- Eichler T, Thyrian R, Teipel S, Hoffmann W (2015b) Früherkennung der Demenz in der Hausarztpraxis: Subjektive Gedächtnislücken sind kein geeigneter Indikator. *Dtsch Arztebl.* 112:33-34.
- Engberink AO, Pimouguet C, Amouyal M, Gerassimo O, Bourrel G, Berr C (2013) Determinants of support for dementia patients in general practice: a qualitative approach based on an epidemiological cohort. *11(2):157-167.*

- Fink A, Doblhammer G (2015) Risk of Long-Term Care Dependence for Dementia Patients is Associated with Type of Physician: An Analysis of German Health Claims Data for the Years 2006 to 2010. *J Alzheimers Dis.* 47(2):443-52.
- Garand L, Lingler JH, Conner KO, Dew MA (2009) Diagnostic labels, stigma, and participation in research related to dementia and mild cognitive impairment. 2(2):112-21.
- Grobe TG, Klingenberg A, Steinmann S, Szecsenyi J (2015) BARMER GEK Arztreport 2015, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 30, Berlin, Asgard-Verlagsservice GmbH, 1-352.
- Höppner C, Schneemilch M, Lichte T (2015) Pflegende Angehörige und ihre Belastungen in Hausarztpraxen identifizieren - Hindernisse und Empfehlungen. *Z Allg Med* 91(7/8):310-314.
- ICD-10-GM-Version-2018, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [Online im Internet] URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgcm2018/> [abgerufen am 03.06.2018, 22:37]
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2012) IQWiG-Berichte – Nr. 118. Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz: Ergänzungsauftrag Rivastigmin-Pflaster und Galantamin Auftrag: A09-05 [Online im Internet abrufbar unter www.iqwig.de]
- Jacobi F, Maier W, Heinz A (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Hilfestellung zur Indikation. *Dtsch Arztebl.* 110(49):2364–8.
- Kaduszkiewicz H, Wiese B, van den Bussche H (2007) Die Versorgung Demenzkranker aus Sicht niedergelassener Haus- und Gebietsärzte - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Z.ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh. wes.* 101:15-20.
- Kaduszkiewicz H, Röntgen I, Mossakowski K, van den Bussche H (2009) Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz. *Z Gerontol Geriatr.* 42(2):155-62.
- Koch T, Iliffe S, EVIDEM-ED project (2010) Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 11:52.
- Köhler L, Meinke-Franze C, Hein J, Fendrich K, Heymann R, Thyrian JR, Hoffmann W (2014) Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDemUck-study. *Curr Alzheimer Res.* 11(6):538-48.
- Kurz A, Gertz HJ, Monsch A, Adler G (2004) Demenzerkrankungen: Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen. *Dtsch med Wochenschr.* 129(5): 199-203.
- Kurz A, Wilz G (2011) Carer burden in dementia: origins and intervention. *Nervenarzt.* 82(3):336-42.
- Landesärztekammer & Landespsychotherapeutenkammer (2014) Schweigepflicht und Datenschutz - Informationen für Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Baden-Württemberg [Online im Internet, Stand 14 07 2018. 23:32] URL: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/datenschutz.pdf>.
- Lange-Asschenfeldt C (2009) Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der Alzheimer-Demenz. *Fortbildungstelegramm Pharmazie*, 3:1-17.
- Laube S (2010) Barrieren der Inanspruchnahme entlastender formeller Hilfsangebote - insbesondere der Angehörigenberatung - durch pflegende Angehörige von Demenzerkrankten. HS Magdeburg- Stendal (FH), 11. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz 14.April 2010, 1-10.

- Leve V, Ilse K, Ufert M, Wilm S, Pentzek M (2017) Autofahren und Demenz - Ein Thema für die Hausarztpraxis?. *Z Gerontol Geriat.* 50(Suppl2):55-62.
- Lindenberger U, Smith J, Mayer K, Baltes P (2010) Die Berliner Altersstudie. 3. Auflage. Akademie Verlag GmbH, Berlin, 403-27.
- Maeck L, Haak S, Knoblauch A, Stoppe G (2008) Dementia diagnostics in primary care: a representative 8-year follow-up study in Lower Saxony, Germany. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 25(2):127-34.
- Mahlberg R, Gutzmann H (2005) Diagnostik von Demenzerkrankungen. *Dtsch Arztebl.* 102(28-29): A-2032 / B-1717 / C-1621.
- Maier W, Hohagen F (2006) Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Demenzen. *Nervenarzt,* 10:1263-1269.
- Mann E (2010) Diagnosis of Dementia in Primary Care: Chances to Remove Barriers. *Z Allg Med.* 86(11):420-24.
- Michalowsky B, Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Laufs S, Fleßa S, Hoffmann W (2014) Medication cost of persons with dementia in primary care in Germany. *J Alzheimers Dis.* 42(3):949–58.
- Millard F, Baune B (2009) Dementia - who cares?: a comparison of community needs and primary care services. *Aust Fam Physician.* 38(8):642-9.
- Milne A (2010) Dementia screening and early diagnosis: The case for and against. *Health Risk Soc.* 12(1):65-76.
- Mitchell AJ, Meader N, Pentzek M (2011) Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care: a meta-analysis of physician accuracy. *Acta Psychiatr Scand.* 124(3):165-83.
- Muth E, Scholz R, Kruse A, Doblhammer G (2010) Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern - Veränderung der Altersstruktur, demografische Alterung und Schrumpfung von 1982 bis 2007. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (StatA MV), Statistische Hefte, 2/2010.
- Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P (2007) Caring for a relative with dementia: family caregiver burdens. *J Adv Nurs.* 58(5):446-57.
- Pentzek M, Abholz HH (2004) Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis. Der Stand der Forschung zu möglichen Einflussfaktoren. In: Essers M, Gerlinger T, Herrmann M (Hrsg.). *Jahrbuch für Kritische Medizin: Demenz als Versorgungsproblem.* Berlin: Argument Verlag; 2004: 22–39.
- Pentzek M, Fuchs A, Abholz HH (2005) Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen: Kognitive, affektive und externe Komponenten. *Dtsch Z Nervenheilkd.* 24(06):499-506.
- Pentzek M, Fuchs A, Wiese B, Abholz HH (2010) Welche Informationen nutzen Hausärzte zur Einschätzung des kognitiven Status älterer nicht dementer Patienten? *Psychiatr Prax.* 37(8): 377-383.

- Pentzek M, Michel JV, Ufert M, Vollmar HC, Wilm S, Leve V (2015) Fahrtauglichkeit bei Demenz - Theoretische Rahmung und Konzept einer Vorgehensweise für die Hausarztpraxis. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh. wes.* 109:115-123.
- Phillips J, Pond CD, Paterson NE, Howell C, Shell A, Stocks NP, Goode SM, Marley JE (2012) Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract.* 62(601):e546-53.
- Pimlott NJ, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silvius JL, Seigel K, Hollingworth GR, Dalziel WB (2009) Family physicians and dementia in Canada: Part 2. Understanding the challenges of dementia care. *Can Fam Physician.* 55(5):508-9.e1-7.
- Pinner G, Boumann WP (2003) Attitudes of patients with mild dementia and their carers towards disclosure of the diagnosis. *Int Psychogeriatr.* 15(3):279-88.
- Pond C, Brodaty H, Stocks N, Paterson N, Magin P, Gunn J, Disler P, Mate K, Goode S, Phillips J, Howell C, Shell A, Marley J (2011) The attitudes of Australian General practitioners to breaking the news of dementia: a qualitative and quantitative exploration. *Alzheimers Dement.* 7(4):164.
- Pond CD, Mant A, Kehoe L, Hewitt H, Brodaty H (1994) General practitioner diagnosis of depression and dementia in the elderly: can academic detailing make a difference? *Fam Pract.* 11(2):141-7.
- Pratt R, Wilkinson H (2003) A psychosocial model of understanding the experience of receiving a diagnosis of dementia. *Dementia.* 2(2):181-99.
- Prince M, Bryce R, Ferri C (2011) World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention. *Alzheimer's Disease International.* London. [Online im Internet] Available URL: www.alz.co.uk/worldreport2011.
- Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M (2016) World Alzheimer Report 2016 - Improving healthcare for people living with dementia. *Alzheimer's Disease International.* London. [Online im Internet] Available URL: www.alz.co.uk/worldreport2016.
- Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, Orrell M (2001) General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract.* 51(462):37-8.
- Riedel-Heller S, Schork A, Fromm N, Angermeyer MC (2000) Demenzkranke in der Hausarztpraxis - Ergebnisse einer Befragung. *Z Gerontol Geriat* 33:300-306
- Robinson L, Gemski A, Abley C, Bond J, Keady J, Campbell S, Samsi K, Manthorpe J (2011) The transition to dementia – individual and family experiences of receiving a diagnosis: a review. *Int Psychogeriatr.* 23(7):1026-43.
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (2010). BARMER GEK Pflegereport 2010, Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. BARMER GEK, Asgard-Verlag, Schwäbisch Gmünd, 1-256.
- Schäufele M, Köhler L, Teufel S, Weyerer S (2006) Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. *Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote.* In: *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote.* Schneekloth U, Walh HW (Hrsg.) Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 11-253.

- Schneekloth U, Wahl HW (2005) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München 2005.
- Scholl J, Sabat S (2008) Stereotypes, stereotype threat and ageing: implications for the understanding and treatment of people with Alzheimer's disease. *Ageing Soc.* 28(1):103-130.
- Schulz JB (2013) Kurzfassung der S3-Leitlinie: Diagnose und Therapie von Demenzen; AWMF-Registriernummer S3-Leitlinie 038/013. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. [Online im Internet] URL: https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2012/pdf/ll_15_2012_diagnose_und_therapie_von_demenzen.pdf [Stand: 07.06.15, 14:32]
- Stahelin HB (2004) Epidemiologie der Demenzerkrankungen. *Schweiz Med Forum.* 4:247-250.
- Statistisches Bundesamt (2015) Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. [Online im Internet] URL: <https://www-genesis.de-statis.de/genesis/online> [Stand: 04.03.2018]
- Stechl E (2015) Empfehlungen zum Umgang mit Diagnose und Aufklärung bei Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. [Available Online unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html>]
- Thyrian J, Fendrich K, Hoffmann W (2011) „Demenz“ in der Allgemeinarztpraxis – Ergebnis einer Befragung aller Hausärzte in MV. *Ger Med Sci.* 11:273.
- Tuffrey-Wijne I (2012) A new model for breaking bad news to people with intellectual disabilities. *Palliat Med.* 27(1):5-12.
- Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J, O'Carroll R (2004) General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing* 33(5):461-7.
- van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. (2000) General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Educ Couns.* 39(2-3):219-25.
- Vernooij-Dassen M, Derksen E, Scheltens P, Moniz-Cook E (2006) Receiving a diagnosis of dementia: The experience over time. *Dementia (London).* 5(3):397-410.
- Villars H, Oustric S, Andrieu S, Baeyens JP, Bernabei R, Brodaty H, Brummel-Smith K, Celafu C, Chappell N, Fitten J, Frisoni G, Froelich L, Guerin O, Gold G, Holmerova I, Ilifee S, Lukas A, Melis R, Morley JE, Nies H, Nourhashemi F, Petermans J, Ribera Casado J, Rubenstein L, Salva A, Sieber C, Sinclair A, Schindler R, Stephan E, Wong RY, Vellas B (2010) The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging* 14(2):110-20.
- Werner P, Karnieli-Miller O, Eidelman S (2013) Current knowledge and future directions about the disclosure of dementia: A systematic review of the first decade of the 21st century. *Alzheimers Dement.* 9(2):e74-88.

- Weyerer S (2005) Altersdemenz. Aus: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes - Heft 28. Robert-Koch-Institut in Zusammenhang mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.). Berlin, 1-35.
- Wilkinson D, Stave C, Keohane D, Vincenzino O (2004) The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey. *J Int Med Res.* 32(2):149-59.
- Wolfs CA, Kessels A, Dirksen CD, Severens JL, Verhey FR (2008) Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 192(4):300-5.
- Wollny A, Fuchs A, in der Schmitt J, Altiner A, Pentzek M (2010). Between Closeness and Distance: Family Practitioners' Perception of Persons with Dementia. *Z Allg Med.* 86:425-434.
- Wolter DK (2014) Beginnende Demenz und Fahreignung - Teil 2: Das Assessment und seine praktischen Konsequenzen. *Z Gerontol Geriat.* 47:345-355.
- Wübbeler M, Wucherer D, Hertel J, Michalowsky B, Heinrich S, Meyer S, Schaefer-Walkmann S, Hoffmann W, Thyrian JR (2015) Antidementia drug treatment in dementia networks in Germany: use rates and factors associated with treatment use. *BMC Health Serv Res.* 15:205.
- Zaleta A, Carpenter BD (2010) Patient-centered communication during the disclosure of a dementia diagnosis. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 25(6):513-20.

7 Abkürzungsverzeichnis

BL	Baseline-Studie 2004
FU	Follow-up Studie 2013
HÄ	Hausärzte
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
k. A.	Keine Angabe
KND	Kompetenznetz Demenzen
M	Mittelwert
Mdn	Median
MWU	Mann-Whitney-U-Test
N	Absolute Anzahl, Größe der Grund-gesamtheit
NP	Neurologen & Psychiater
p-Wert	Signifikanzwert
SD	Standardabweichung
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Grundeinstellung der Hausärzte zu Patienten mit Demenz in der Follow-up-Erhebung 2013	19
Abbildung 2 - Grundeinstellung der Gebietsärzte zu Patienten mit Demenz in der Follow-up-Erhebung 2013	19
Abbildung 3 - Zusammenarbeit von Haus- und Gebietsärzten mit sonstigen Einrichtungen der Demenzversorgung	34

8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Prävalenz von Demenzen in Deutschland (Bickel, 2012)	3
Tabelle 2 – Rücklaufquoten und Teilnehmer im Follow-up 2013.....	15
Tabelle 3 - Rücklaufquoten und Teilnehmer der Baseline-Studie 2004.....	16
Tabelle 4 - Niederlassungsdauer der teilnehmenden Ärzte in beiden Studien im Vergleich	17
Tabelle 5 - Anzahl betreuter Patienten beider Studien im Vergleich	18
Tabelle 6 - Gebühren / Abrechnungsziffern für die Diagnose einer Demenz	32
Tabelle 7- Vergleich zwischen Hausärzten und Neuropsychiatern in der Follow-up- Erhebung 2013.....	36
Tabelle 8 - Zusammenfassung aller signifikanten Ergebnisse im Vergleich der Arztgruppen FU versus BL	37

9 Danksagung

Ich danke Frau Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz für das Überlassen des Themas, das Heranführen an wissenschaftliches Arbeiten und die freundschaftliche Betreuung. Ebenfalls danke ich Juliane Döhring und meinem Papa für die Unterstützung beim Korrekturlesen der Arbeit.

Ganz besonders danke ich allen teilnehmenden Ärzten für ihre Mitarbeit und das entgegengebrachte Vertrauen.

Ich danke meinem Mann Alex, meiner Mama und dem Rest der Familie für ihre Geduld, die moralische Unterstützung und die Betreuungszeiten unserer Kinder.

Alex gebührt auch besonderer Dank für die Unterstützung im Umgang mit SPSS und Grafiken.

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Martin Scherer und dem gesamten Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für die Ermöglichung dieser Dissertation.

10 Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

11 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

12 Anhang

12.1 Fragebogen Hausärzte



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

Ansprechpartnerin
PD Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz

Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52400
Telefax: (040) 7410-40225
kaduszk@uke.de

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 Hausärztinnen und Hausärzten 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 Hausärztin/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. In meiner Praxis wird das hausärztlich-geriatrische Basisassessment bei Demenzverdacht regelmäßig durchgeführt (EBM Nr. 03240).	0	0	0	0	0	0
7. Bei Verdacht auf kognitive Störungen wende ich regelmäßig kognitive Tests (z.B. Uhrentest, Mini-Mental State) an (EBM Nr. 03242).	0	0	0	0	0	0
8. Bei Verdacht auf Demenz veranlasse ich in der Regel eine Bildgebung des Gehirns (z.B. CCT, cMRT).	0	0	0	0	0	0
9. Die Früherkennung einer Demenz nützt dem Patienten.	0	0	0	0	0	0
10. In der Diagnostik von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.	0	0	0	0	0	0
11. Bei Patienten mit Demenz spreche ich gezielt das Thema Autofahren an.	0	0	0	0	0	0

1

Kooperation mit Fachärztinnen/Fachärzten							
12. Bei Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung überweise ich regelmäßig zum Neurologen bzw. Psychiater.		0 ja		0 nein			
13. Wenn Sie Frage 12 mit „ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte alle nachfolgenden Fragen. Bei „nein“ fahren Sie bitte mit Frage 14 fort.		gar nicht zu		trifft zu		sehr zu	
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 Patienten mit Demenz vom Neurologen bzw. Psychiater erhalte, nützen mir im Allgemeinen.	0	0	0	0	0	0
Therapie							
14. Leichtere Formen der Alzheimer-Demenz sind medikamentös gut beeinflussbar.		0		0		0	
15. Wie wirksam sind die Wirkstoffe Ihrer Erfahrung nach?		gar nicht		trifft zu		Keine Erfahrung	
a	Gingko biloba	0	0	0	0	0	0
b	Memantine (Ebixa ©, Axura ©)	0	0	0	0	0	0
c	Cholinesterasehemmer (Aricept ©, Reminyl ©, Exelon ©)	0	0	0	0	0	0
16. Nach meiner Erfahrung haben Cholinesterasehemmer viele Nebenwirkungen.		0		0		0	
17. Cholinesterasehemmer wirken nur für eine kurze Zeit.		0		0		0	
18. Die Mehrzahl der Demenz-Patienten nimmt Cholinesterasehemmer nur unregelmäßig ein.		0		0		0	
19. Die Mehrzahl der Demenz-Patienten bricht die Einnahme von Cholinesterasehemmern nach einigen Monaten ab.		0		0		0	
20. Cholinesterasehemmer nutzen bei anderen Formen der Demenz (z.B. vaskuläre oder gemischte Demenz).		0		0		0	
		gar nicht zu		trifft zu		sehr zu	
21. Patienten und Angehörigen in der Bewältigung des Alltags zu helfen, ist die wichtigste hausärztliche Aufgabe in der Versorgung von Demenzkranken.		0		0		0	

2

	trifft					
	gar nicht zu				sehr zu	
22. Ich suche des Öfteren Informationen über demenzspezifische Angebote im Internet.	0	0	0	0	0	0
23. In der Therapie von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.	0	0	0	0	0	0
Aufklärung der Patienten	trifft					
	gar nicht zu				sehr zu	
24. Eine Aufklärung des Patienten über Diagnose und Prognose der Demenz schadet mehr als dass sie nützt.	0	0	0	0	0	0
25. Die meisten Patienten sind dankbar, wenn ich als Hausärztin/Hausarzt ihren kognitiven Abbau benenne.	0	0	0	0	0	0
26. Die meisten Patienten reagieren mit Scham auf das Ansprechen ihrer kognitiven Defizite.	0	0	0	0	0	0
27. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verwende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Demenz“.	0	0	0	0	0	0
28. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verwende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Alzheimer“.	0	0	0	0	0	0
29. Ich kläre den Patienten in Bezug auf Demenz nur auf, wenn er mich explizit darum bittet.	0	0	0	0	0	0
30. Gegenüber Patienten vermeide ich die genaue Diagnose, spreche eher von z.B. „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörung“.	0	0	0	0	0	0
31. Patienten mit Demenz sollten frühzeitig aufgeklärt werden, damit sie die Chance haben, für die Zukunft zu planen.	0	0	0	0	0	0
Interaktion mit Angehörigen	trifft					
	gar nicht zu				sehr zu	
32. Ich empfehle den Angehörigen von Demenzpatienten, die Alzheimer Gesellschaft zu kontaktieren.	0	0	0	0	0	0
33. 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
34. Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.	0	0	0	0	0	0
35. Ich kläre die Angehörigen detaillierter als die Patienten über den Verlauf der Erkrankung auf.	0	0	0	0	0	0
36. Den pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an spezifischen Schulungsangeboten.	0	0	0	0	0	0
37. Der Gesprächsbedarf der Angehörigen ist mir zu groß.	0	0	0	0	0	0
38. Ich kann belasteten Angehörigen im Allgemeinen gut helfen.	0	0	0	0	0	0

3

Sonstiges	trifft					
	gar nicht zu			sehr zu		
39. In den vergangenen 5 Jahren hat sich meine Praxis mehr auf die Versorgung von Demenzpatienten eingestellt.	0	0	0	0	0	0
40. Ich würde gerne eine Fortbildung zum Thema „Autofahren und Demenz“ besuchen.	0	0	0	0	0	0
41. Meine Praxis ist barrierefrei.	0 ja			0 nein		
42. Welche Gebühren/Abrechnungsziffer(n) nutzen Sie für die Diagnose einer Demenz?						
43. 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>						
44. Ihre Anmerkungen zum Fragebogen (z.B. Waren Fragen unverständlich? Haben Sie Fragen vermisst? Freie Kommentare zum Thema Demenz.):						
Bitte ggf. Rückseite benutzen. Danke						
Bitte schätzen Sie						
45. Wie viele Demenzpatienten betreuen Sie in Heimen? _____						
46. Wie viele Demenzpatienten betreuen Sie in der Praxis und bei Hausbesuchen? _____						
Zu Ihrer Person:	Jahr der Niederlassung: _____					
0 männlich	→ 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:					
0 weiblich	(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!

4

12.2 Fragebogen Neurologen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

Ansprechpartnerin
PD Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz

Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52400
Telefax: (040) 7410-40225
kaduszk@uke.de

Umfrage zur ambulanten 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 niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten 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 Facharzt/ärztin nichts machen, um die Lebensqualität Demenzkranker zu verbessern.	0	0	0	0	0	0
2. Die fachärztliche 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. In meiner Praxis wird das geriatrische Basisassessment bei Demenzverdacht regelmäßig durchgeführt.	0	0	0	0	0	0
7. Bei Verdacht auf kognitive Störungen wende ich regelmäßig kognitive Tests (z.B. Uhrentest, Mini-Mental State) an.	0	0	0	0	0	0
8. Bei Verdacht auf Demenz veranlasse ich in der Regel eine Bildgebung des Gehirns (z.B. CCT, cMRT).	0	0	0	0	0	0
9. Die Früherkennung einer Demenz nützt dem Patienten.	0	0	0	0	0	0
10. In der Diagnostik von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.	0	0	0	0	0	0

1

Kooperation mit Fachärztinnen/Fachärzten							
11. Das Therapiemanagement von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen sollte in der Hand von Neurologen bzw. Psychiatern liegen.		0 ja		0 nein			
12. Aus welchen Gründen überweisen Hausärztinnen/Hausärzte Patienten mit kognitiven Störungen und Demenzen zu Ihnen?		trifft					
		gar nicht zu				sehr zu	
a	Hausärztinnen/Hausärzte überweisen Patienten mit Verdacht auf kognitive Störungen und Demenzen zu mir, weil nur ich eine ausreichende Differentialdiagnostik leisten kann.	0	0	0	0	0	0
b	Mir werden Patienten mit Verdacht auf Demenz überwiesen, damit ich die Therapieindikation stelle.	0	0	0	0	0	0
c	Hausärztinnen/Hausärzte überweisen demente Patienten zu mir, weil ich die teuren Antidementiva besser verschreiben kann.	0	0	0	0	0	0
d	Die Hausärztinnen/Hausärzte schätzen die Informationen, die ich bezüglich Demenzen an sie weitergebe.	0	0	0	0	0	0
Therapie		trifft					
		gar nicht zu				sehr zu	
13. Leichtere Formen der Alzheimer-Demenz sind medikamentös gut beeinflussbar.		0	0	0	0	0	0
14. Wie wirksam sind die Wirkstoffe Ihrer Erfahrung nach?		gar nicht				sehr	
						Keine Erfahrung	
a	Gingko biloba	0	0	0	0	0	0
b	Memantine (Ebixa ©, Axura ©)	0	0	0	0	0	0
c	Cholinesterasehemmer (Aricept ©, Reminyl ©, Exelon ©)	0	0	0	0	0	0
15. Nach meiner Erfahrung haben Cholinesterasehemmer viele Nebenwirkungen.		0	0	0	0	0	0
16. Cholinesterasehemmer wirken nur für eine kurze Zeit.		0	0	0	0	0	0
17. Die Mehrzahl der Patienten nimmt Cholinesterasehemmer nur unregelmäßig ein.		0	0	0	0	0	0
18. Die Mehrzahl der Demenz-Patienten bricht die Einnahme von Cholinesterasehemmern nach einigen Monaten ab.		0	0	0	0	0	0
19. Cholinesterasehemmer nutzen bei anderen Formen der Demenz (z.B. vaskuläre oder gemischte Demenz).		0	0	0	0	0	0
		trifft					
		gar nicht zu				sehr zu	
20. 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

	trifft					
	gar nicht zu				sehr zu	
21. Ich suche des Öfteren Informationen über demenzspezifische Angebote im Internet.	0	0	0	0	0	0
22. In der Therapie von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus.	0	0	0	0	0	0
Aufklärung der Patienten	trifft					
	gar nicht zu				sehr zu	
23. Eine Aufklärung des Patienten über Diagnose und Prognose der Demenz schadet mehr als dass sie nützt.	0	0	0	0	0	0
24. Die meisten Patienten sind dankbar, wenn ich als Neurologe bzw. Psychiater ihren kognitiven Abbau benenne.	0	0	0	0	0	0
25. Die meisten Patienten reagieren mit Scham auf das Ansprechen ihrer kognitiven Defizite.	0	0	0	0	0	0
26. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verwende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Demenz“.	0	0	0	0	0	0
27. Im Aufklärungsgespräch über Demenz verwende ich gegenüber den Patienten nie den Begriff „Alzheimer“.	0	0	0	0	0	0
28. Ich kläre den Patienten in Bezug auf Demenz nur auf, wenn er mich explizit darum bittet.	0	0	0	0	0	0
29. Gegenüber Patienten vermeide ich die genaue Diagnose, spreche eher von z.B. „Alterungsprozess“ oder „Durchblutungsstörung“.	0	0	0	0	0	0
30. Patienten mit Demenz sollten frühzeitig aufgeklärt werden, damit sie die Chance haben, für die Zukunft zu planen.	0	0	0	0	0	0
Interaktion mit Angehörigen	trifft					
	gar nicht zu				sehr zu	
31. Ich empfehle den Angehörigen von Demenzpatienten, die Alzheimer Gesellschaft zu kontaktieren.	0	0	0	0	0	0
32. 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
33. Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.	0	0	0	0	0	0
34. Ich kläre die Angehörigen detaillierter als die Patienten über den Verlauf der Erkrankung auf.	0	0	0	0	0	0
35. Den pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten empfehle ich die Teilnahme an spezifischen Schulungsangeboten.	0	0	0	0	0	0
36. Der Gesprächsbedarf der Angehörigen ist mir zu groß.	0	0	0	0	0	0
37. Ich kann belasteten Angehörigen im Allgemeinen gut helfen.	0	0	0	0	0	0

3

Sonstiges	trifft					
	gar nicht zu			sehr zu		
38. In den vergangenen 5 Jahren hat sich meine Praxis mehr auf die Versorgung von Demenzpatienten eingestellt.	0	0	0	0	0	0
39. Ich würde gerne eine Fortbildung zum Thema „Autofahren und Demenz“ besuchen.	0	0	0	0	0	0
40. Meine Praxis ist barrierefrei.	0 ja			0 nein		
41. Welche Gebühren/Abrechnungsziffer(n) nutzen Sie für die Diagnose einer Demenz?						
42. 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>						
43. Ihre Anmerkungen zum Fragebogen (z.B. Waren Fragen unverständlich? Haben Sie Fragen vermisst? Freie Kommentare zum Thema Demenz.):						
Bitte ggf. Rückseite benutzen. Danke						
Bitte schätzen Sie						
44. Wie viele Demenzpatienten betreuen Sie in Heimen? _____						
45. Wie viele Demenzpatienten betreuen Sie in der Praxis und bei Hausbesuchen? _____						
Zu Ihrer Person:	Jahr der Niederlassung: _____					
<input type="radio"/> männlich	→ 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					
<input type="radio"/> weiblich	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!

4