

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Martin Scherer

Warum und auf wessen Initiative werden Antidementiva in der nachstationären ambulanten Behandlung der Demenz abgesetzt

Dissertation

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

vorgelegt von:

Nana Vibeke Thorsen
aus Apenrade/Dänemark

Hamburg 2016

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 16.09.2016

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

Prüfungsausschuss, die Vorsitzende: Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter: PD Dr. med. Sönke Arlt

**„Mein Wunsch ist, dass diese Krankheit durch Ärzte
aufgehoben, ja geheilt werden kann.
Das ist mein Wunsch, dann würde ich hochspringen.“**

Aussage eines Betroffenen, aus „Das Vergessen erleben“ (Piechotta 2008)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Demenz.....	2
1.2. Antidementiva.....	4
1.2.1. Acetylcholinesteraseinhibitoren.....	4
1.2.2. N-Methyl-D-Aspartat-Rezeptorantagonist Memantin	5
1.2.3. Aussagen der Leitlinien zu Antidementiva	5
1.2.4. Aussagen der Leitlinien zum Absetzen von Antidementiva....	6
1.3. Literatur, Studienlage	7
1.4. Fragestellung und Ziele	8
2. Material und Methoden	8
2.1. Theoretische Grundlagen.....	8
2.1.1. Wahl Forschungsmethode.....	8
2.1.1.1. Qualitative Studie	8
2.1.2. Wahl des Datenerhebungsverfahrens.....	9
2.1.2.1. Qualitative inhaltlich-strukturierte Inhaltsanalyse.....	9
2.2. Datenerhebung	10
2.2.1. Stichprobe	10
2.2.2. Anschreiben und Information der Patientinnen und Patienten	13
2.2.3. Interviewleitfäden.....	14
2.2.4. Durchführung Interviews	15
2.2.4.1. Patienten und Angehörige	16
2.2.4.2. Hausärzte	17
2.3. Datenauswertung	18
2.3.1. Transkription	18
2.3.2. Auswertung, Datenanalyse	19
2.4. Validität.....	20
3. Ergebnisse	21
3.1. Zusammensetzung der Stichprobe	21
3.1.1. Klinik für Geriatrie.....	22
3.1.2. Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie	24
3.1.3. Zusammensetzung der Stichprobe	27
3.2. Verordnete Antidementiva.....	30
3.2.1. Leichte Demenz.....	31
3.2.2. Mittelschwere Demenz	32
3.2.3. Schwere Demenz	33
3.3. Einnahmedauer der Antidementiva	33
3.3.1. Erstverordnungen.....	33

3.3.2.	Folgeverordnungen	35
3.3.3.	Einnahmedauer insgesamt	35
3.4.	Initiative für das Absetzen, Kommunikationswege	36
3.4.1.	Hausarzt.....	36
3.4.2.	Angehörige	36
3.4.3.	Hausarzt und Angehörige gemeinsam.....	37
3.4.4.	Ohne Initiative	37
3.4.5.	Neurologe	37
3.4.6.	Patient.....	38
3.5.	Gründe für das Absetzen der Antidementiva	38
3.5.1.	Wirkungslosigkeit.....	39
3.5.2.	Nebenwirkungen.....	41
3.5.3.	Falsche Indikation.....	43
3.5.4.	Unklares Verschwinden aus der Medikationsliste	44
3.5.5.	Absetzen aufgrund anderer Ereignisse oder Überlegungen.....	47
3.6.	Einstellungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu Antidementiva	49
3.6.1.	Kritische Einstellungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu Antidementiva	49
3.6.1.1.	Diagnosestellung schwierig	50
3.6.1.2.	Fehlende Wirkung	50
3.6.1.3.	Messbarkeit schwierig	52
3.6.1.4.	Nicht überzeugende Studienlage	55
3.6.1.5.	Zeitpunkt Absetzen unklar	55
3.6.1.6.	Andere Maßnahmen wichtiger.....	56
3.6.1.7.	Kosten der Antidementiva	57
3.6.1.8.	Kritische Einstellung zur Pharmaindustrie	58
3.6.1.9.	Angst vor dem Alter	59
3.6.1.10.	Verschreibungsdruck und indikationsgerechte Verordnung ...	60
3.6.1.11.	Zu geringes eigenes Fachwissen	61
3.6.2.	Positive Einstellungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu Antidementiva	61
3.6.2.1.	Positiv erlebte Wirkung der Antidementiva.....	62
3.6.2.2.	Weitere Anmerkungen der von der Wirksamkeit eher überzeugten Ärzte	65
3.6.3.	Profitierende Patientengruppe.....	67
3.6.3.1.	Frühstadium Demenz	67
3.6.3.2.	Jüngere Patienten	68
3.6.3.3.	Gut betreute und eher zu Hause lebende Patienten	68
3.6.3.4.	Weitere Gruppen von Menschen, die von Antidementiva profitieren könnten	69
3.7.	Äußerungen der interviewten Patientinnen und Patienten ..	70

4. Diskussion	71
4.1. Zusammensetzung der Stichprobe	71
4.2. Verordnete Antidementiva.....	72
4.3. Einnahmedauer	72
4.4. Initiative für das Absetzen und Kommunikationswege.....	72
4.5. Gründe für das Absetzen.....	73
4.5.1. Wirkungslosigkeit.....	74
4.5.2. Nebenwirkungen	74
4.5.3. Falsche Indikation.....	75
4.5.4. Unklares Verschwinden aus der Medikationsliste	76
4.5.5. Absetzen aufgrund anderer Ereignisse oder Überlegungen.....	76
4.6. Meinungen der Hausärzte.....	78
4.6.1. Stellenwert von Antidementiva in der Behandlung von Demenzkranken	79
4.6.2. Profitierende Patientengruppe.....	85
4.7. Äußerungen der interviewten Patientinnen und Patienten .	85
4.8. Stärken und Schwächen der Studie	85
4.9. Schlussfolgerung	86
5. Zusammenfassung	88
6. Summary	90
7. Abkürzungsverzeichnis	92
8. Literatur	94
9. Anhang	103
10. Danksagung	112
11. Lebenslauf	113
12. Eidesstattliche Erklärung	114

1. Einleitung

Demenz ist ein zunehmendes Problem: Nach Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wird die Zahl der Demenzerkrankten in Deutschland von jetzt ca. 1,4 Millionen auf über 3 Millionen bis zum Jahr 2050 anwachsen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2012). Ätiologisch ist der größte Anteil der Demenzen (ca. 2/3) auf die neurodegenerative Alzheimer Demenz zurück zu führen, der zweitgrößte auf die vaskuläre und gemischte Demenz. Auch wenn aktuelle epidemiologische Studien einen geringeren Anstieg der Demenzprävalenz zeigen als erwartet (Wu et al., 2016), ist doch eins sicher: Die Versorgung von Demenzkranken ist und bleibt eine Herausforderung für die Gesellschaft.

Eine kausale medikamentöse Therapie der Veränderungen bei Alzheimer-Demenz gibt es nicht. Die derzeitige pharmakologische Therapie besteht aus zwei Ansätzen: Der Behandlung der „Kernsymptomatik“ der Demenz wie z.B. der kognitiven Störungen oder der Beeinträchtigung der Alltagstätigkeit und bei Bedarf der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Depression oder Agitiertheit (S3-Leitlinie der DGPPN und DGN 2015).

Die Antidementiva sind aktuell zugelassene Medikamente mit Einfluss auf die „Kernsymptomatik“. Für die Acetylcholinesteraseinhibitoren (im Folgenden als AChEI bezeichnet) und den nichtkompetitiven NMDA-Antagonist Memantin gibt es in den Leitlinien klare Empfehlungen zur Anwendung. Wenn auch die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) insgesamt zurückhaltender ist und nicht in allen Punkten der S3-Leitlinie der Psychiater und Neurologen (S3-Leitlinie der DGPPN und DGN 2015) folgt, wird auch von der DEGAM die Anwendung empfohlen (DEGAM Leitlinie Nr. 12 2008).

Trotz dieser Empfehlungen werden diese beiden Gruppen der Antidementiva in der Praxis flächendeckend wenig eingesetzt.

Rychlik verglich die (geschätzte) Zahl der an Alzheimer-Demenz Erkrankten gesetzlich versicherten Patienten mit der Menge an verordneten Antidementiva im Jahre 2006 und errechnete eine Unterversorgung von 76% (Rychlik 2007). Van den Bussche et al. werteten Krankenkassendaten der Jahre 2004-2006 aus und analysierten die Verordnungen von Antidementiva im Inzidenzjahr der Demenz. Sie fanden, dass der Anteil der im Inzidenzjahr der Demenz mit Antidementiva versorgten Patientinnen und Patienten in Deutschland 27% beträgt. Eine kontinuierliche Verschreibung von AChEI und Memantine über das gesamte Inzidenzjahr findet sich sogar nur bei 8% der Patientinnen und Patienten. Internationale Studien zeigen Therapie-Abbruchraten von bis zu 50% innerhalb von 12 Monaten (van den Bussche et al., 2011a).

Warum und auf wessen Initiative Antidementiva abgesetzt werden, wurde für Deutschland bisher noch nicht untersucht. Ziel dieser Arbeit ist es daher, den Prozess des Absetzens von Antidementiva besser zu verstehen.

1.1. Demenz

Geschichte: Störungen der Kognition hat es schon immer gegeben. In ganz unterschiedlichen Schriftquellen gibt es Beschreibungen vom „Nachlassen intellektueller Fähigkeiten“ (Förstl 2003) und auch Vermutungen zu möglichen Ursachen. Celsus verwandte zwar schon 40 n. Chr. den Begriff „Dementia“, aber mehr im Sinne „eines schwer einzuordnenden Zustandes mit länger anhaltenden Sinnestäuschungen“ (Förstl 2003). Hierfür gab es bei anderen Autoren oft andere Begrifflichkeiten, die alle ungefähr für das Gleiche gebraucht wurden. Ungefähr im 17. Jahrhundert hielt der bis dahin sporadisch gebrauchte Terminus „Dementia“ langsam Einzug in den medizinischen Kontext und das Alter wurde erstmalig als nur eine mögliche Ursache für die Erscheinungen im Sinne einer Demenz formuliert. Das Konzept demenzieller Erkrankungen, so wie wir es heute verstehen, entstand um 1850. Das hat entscheidend damit zu tun, dass erst nach 1800 die Lebenserwartung so anstieg, dass es eine wirklich wahrnehmbare Gruppe älterer Bewohner gab. „Vor dem 19. Jahrhundert waren das Alter und seine psychischen Begleiterscheinungen kein zentrales Thema der medizinischen Literatur“ (Förstl 2003). Der Forschungsstil war anatomisch-pathologisch geprägt und 1907 konnte Alois Alzheimer, ein deutscher Psychiater und Neuropathologe, post mortem Veränderungen am Gehirn von Auguste D. nachweisen, die an progredienter Demenz erkrankt war (Alzheimer 1907).

Definition:

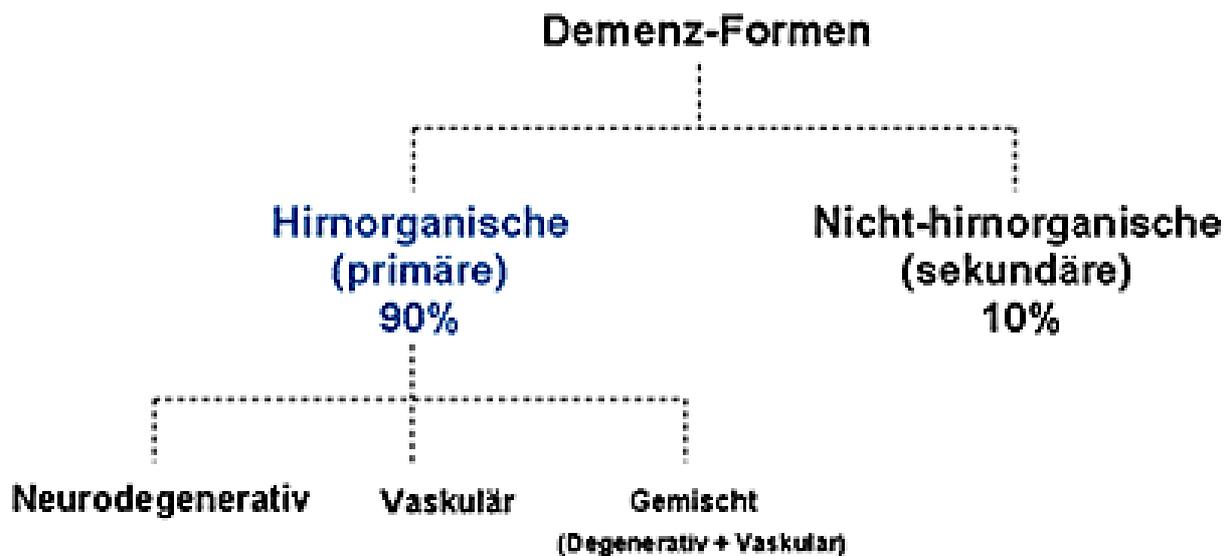
ICD-10-Definition: Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.

(S3-Leitlinie der DGPPN und DGN 2015)

Folgt man der Leitlinie und der Definition der ICD-10 als gängiges Diagnoseklassifikationssystem der Medizin, handelt es sich bei der Diagnose Demenz um ein Syndrom, welches hauptsächlich durch klinische Symptome bestimmt wird.

Ätiologisch kann die Demenz Folge von internistischen oder neurologischen Erkrankungen sein. Weitaus die größte Gruppe sind aber die primär degenerativen Demenzen, die entweder neurodegenerativ oder vaskulär bedingt sind.

Abbildung 1: Einteilung Demenz-Formen



Alzheimer-Info Merz-Website: Nach Ebert D, Psychiatrie systematisch 1999, UNI-MED Verlag, Bremen 3. Aufl.

Die häufigste neurodegenerative Demenz ist die Alzheimer-Demenz. Weitere sind die frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz und die Demenz bei Morbus Parkinson. Auch die vaskuläre Demenz als die zweithäufigste degenerative Demenz nach der Alzheimer-Demenz und die gemischte Form spielen klinisch mittlerweile eine Rolle.

Die Einteilung der Schwere erfolgt anhand des MMST: < 10 Punkte – schwere Demenz, 10 bis 19 Punkte - mittlere/moderate Demenz, 20 bis 26 Punkte – leichte Demenz.

Bei der Alzheimer-Demenz kommt es zu charakteristischen neuropathologischen Veränderungen wie Bildung von beta-Amyloid, tau-Hyperphosphorylierung und Verlust kortikaler pyramidaler Neurone, welche post mortem nachzuweisen sind. Typisch für die neurodegenerativ verursachten Demenzen ist, dass es keinen pathognomonischen Nachweis zu Lebzeiten gibt. Lediglich die zunehmende Hirnatrophie ist zu Lebzeiten in der Bildgebung als Hinweis nachzuweisen. Typisch ist weiter, dass es sich um eine progrediente Erkrankung handelt. Die Diagnose ist eine Mischung aus Verlaufsbeobachtung, Bildgebung und Ausschluss sekundärer Ursachen der Demenz.

Diagnostik und Behandlung: Bei der Diagnostik geht es um die Identifizierung sekundärer und primärer behandelbarer Ursachen durch z.B. Laborparameter und Bildgebung, um diese gegen die degenerativ verursachten Demenzen abgrenzen zu können. Die charakteristischen neuropathologischen Veränderungen spielen in der Diagnostik bisher keine Rolle (S3-Leitlinie der DGPPN und DGN 2015). Bei Verdacht auf eine Demenz, dient eine möglichst frühe Quantifizierung der kognitiven Leistungseinbußen mit Hilfe psychometrischer Testverfahren wie MMST, DemTect,

TFDD, Uhrentest und neuerdings auch MoCA¹ der Bestandsaufnahme und ist hilfreich für die Verlaufsbeurteilung. Letztendlich wird die Diagnose auf Grund klinischer Symptome und des Verlaufs gestellt. Das Wissen um die Progredienz der Erkrankung macht eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen rund um die Pflegesituation und rechtliche Dinge unumgänglich.

Therapie: Bei der Therapie handelt es sich um einen Gesamthandlungsplan, welcher aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen individualisiert zu gestalten ist und auf die progrediente Veränderung des Schweregrads der Erkrankung abgestimmt sein muss. Die medikamentöse Therapie stellt nur eine Säule dar und besteht aus Antidementiva mit Einfluss auf die „Kernsymptomatik“ und ggf. der medikamentösen Therapie der nichtkognitiven Auffälligkeiten durch Psychopharmaka. Zur regelrechten erstattungsfähigen Verordnung von Antidementiva muss der Verlauf der kognitiven Fähigkeiten mittels psychometrischer Testung beobachtet und dokumentiert werden.

1.2. Antidementiva

Die anatomisch-pathologischen von Alois Alzheimer Anfang des 19. Jahrhunderts beschriebenen Korrelate wie die Hirnatrophie, die veränderte Färbbarkeit der Neurofibrillen der untergegangenen Ganglienzellen und die auftretenden Plaques, nützten für eine wirkliche Therapieempfehlung lange nichts. Noch bis 1985 setzten sich die Therapieempfehlungen aus psychosozialen, neuroleptischen und antidepressiven Interventionen zusammen. Erst die Erkenntnis, dass cholinerge und glutamaterge Neurotransmittersysteme für die Kognition eine entscheidende Rolle spielen und durch die degenerativen Veränderungen mit betroffen sind, schaffte eine Grundlage für die Entwicklung der Antidementiva (Förstl 2003).

1.2.1. Acetylcholinesteraseinhibitoren

Die cholinergen Kerngebiete im basalen Vorderhirn sind im Verlauf der Alzheimer-Demenz recht früh betroffen und es kommt nachweislich zu dem Verlust cholinergischer Funktionen. Durch Hemmung des Abbaus von Acetylcholin kann dieser Verlust beeinflusst werden. Cholinesteraseinhibitoren wurden schon in frühen Kulturen aus Pflanzen gewonnen und auch medizinisch eingesetzt. Ab ungefähr 1850 konnten sie synthetisch hergestellt werden. Erst in den letzten Jahrzehnten wuchs die Erkenntnis über das Prinzip Neurotransmitterersatz und die AChEI wurden entwickelt.

Ab 1995 wurden in Deutschland nacheinander die AChEI Tacrin, Donepezil, Rivastigmin und Galantamin zugelassen. Tacrin ist wegen Hepatotoxizität wieder vom Markt genommen worden. Rivastigmin gibt es zusätzlich auch als Lösung und als Pflaster. Alle AChEI haben eine Zulassung für die leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz, Rivastigmin in Kapsel-Form hat als einziger Wirkstoff zusätzlich die Zulassung für die Demenz bei Morbus Parkinson (S3-Leitlinie der DGPPN und DGN 2015; Förstl 2003).

¹ MMST=Mini-Mental-Status-Test, DemTect=Demenz Detection, TFDD=Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung, MoCA= Montreal Cognitive Assessment

Die Nebenwirkungen sind durch die cholinerge Aktivität insbesondere am Gastrointestinaltrakt bestimmt. Die empfohlene einschleichende Dosissteigerung sowie die Anwendung als Pflaster reduzieren das Auftreten der Nebenwirkungen.

1.2.2. N-Methyl-D-Aspartat-Rezeptorantagonist Memantin

Als weiterer bedeutsamer Neurotransmitter spielt L-Glutamat bei den kognitiven Funktionen eine entscheidende Rolle. Postsynaptisch kommt es im Alter und bei den neurodegenerativen Erkrankungen zu einer glutamatergen NMDA-Rezeptor-Überstimulation. Diese kann durch den Rezeptorantagonisten Memantin eingedämmt werden.

Seit 2002 war Memantin zunächst für die schwere Alzheimer-Demenz, seit 2005 auch für die mittelschwere Form zugelassen.

Insgesamt gilt Memantin als nebenwirkungsärmer als die AChEI.

1.2.3. Aussagen der Leitlinien zu Antidementiva

Die ausführlichste Leitlinie ist die S3-Leitlinie der DGPPN und DGN, welche letztmalig 2015 revidiert wurde. Laut dieser Leitlinie gibt es zahlreiche Studien mit Nachweis der Wirksamkeit von Antidementiva, wobei die Studienlage zu Memantin weniger klar sei als zu den AChEI. Beobachtete Endpunkte seien die Verbesserung des klinischen Gesamteindrucks, Verzögerung des Verlustes kognitiver Fähigkeiten, Zunahme der Alltagskompetenzen und die teilweise Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten.

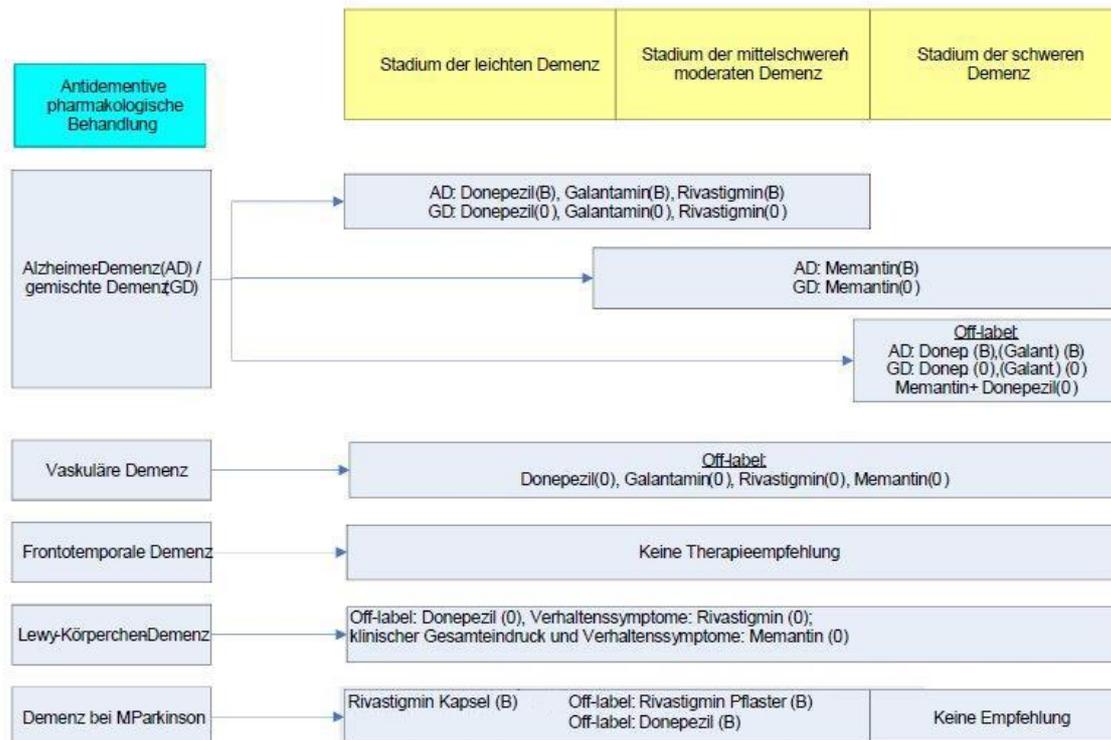
Eine Kosteneffektivität des Einsatzes der Antidementiva, die sich aus der Verzögerung der Pflegebedürftigkeit erkläre, sei nachgewiesen. Wer im Einzelnen von der Gabe eines Antidementivums profitiere, sei allerdings nicht zu beantworten (S3-Leitlinie der DGPPN und DGN, 2015; Förstl 2003).

Die Leitlinie der DEGAM ist bei der Interpretation der Studien zur Beurteilung der Wirksamkeit der Antidementiva skeptischer. Es sei nicht klar, ob die untersuchten klinischen Endpunkte in den Studien alltagsrelevant seien. Weiter endeten die Studien meist nach dem für die Zulassung erforderlichen Zeitraum von 24 Wochen und es gäbe keine Beurteilung über die Wirksamkeit über diese Zeit hinaus. Weiter findet sich in der Leitlinie auch ein Hinweis auf das limitierte Medikamentenbudget eines Hausarztes (DEGAM Leitlinie Nr. 12 2008).

Insgesamt empfiehlt die DEGAM den Einsatz der Antidementiva im Rahmen ihrer Zulassung während die S3-Leitlinie, wenn man 2009 und 2015 vergleicht, zunehmend auch die Anwendung der Antidementiva bei den anderen degenerativen Demenzen als Off-Label Verordnungen empfiehlt.

Einig sind sich beide Leitlinien, dass durch Antidementiva die Progression der Demenz verzögert wird, dass die Nebenwirkungen durch eine einschleichende Dosierung beherrschbar sind und dass es momentan keine bessere medikamentöse Alternative gibt, Einfluss auf die „Kernsymptomatik“ zu nehmen - auch wenn der Einfluss dieser Medikamente nur als symptomatisch zu bewerten ist.

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Behandlung von Demenzen mit Empfehlungsgraden



Aus S3-Leitlinien DGPPN und DGN ,2015 : A „Soll“-, B „Sollte“-, 0 „Kann“-Empfehlung

1.2.4. Aussagen der Leitlinien zum Absetzen von Antidementiva

Der Schwierigkeit klare Regeln aufzustellen, wann die Therapie mit einem Antidementivum beendet werden sollte, sind sich beide Leitlinien bewusst. Die Abschätzung der Wirkung bei generell nicht aufzuhaltender Progredienz ist schwierig, so dass „auf Grund der fehlenden Nachweismöglichkeit von mangelnder Wirkung bei einem Individuum eine begründete Entscheidung zum Absetzen des Medikaments wegen fehlender Wirkung nicht getroffen werden kann“ (S3-Leitlinie der DGPPN und DGN 2015). Gründe für das Absetzen seien von daher eher Nutzen/Risiko-Abwägungen in Hinblick auf Nebenwirkungen, Komorbiditäten, Polypharmazie und den Patientenwillen. Unter Berufung auf die DOMINO-Studie, welche zeigt, dass die Demenzsymptome auch bei längerer Gabe der Antidementiva weniger schnell fortschreiten, empfiehlt die S3-Leitlinie zunehmend einen langfristigen Einsatz der Antidementiva. Allerdings ist diese Bewertung der DOMINO-Studie nicht unumstritten (Becker-Brüser et al., 2012).

Die DEGAM formuliert als Gründe für das Absetzen von ACholEI das Auftreten von Nebenwirkungen, eine Demenzsymptomatik, die nach 3-6 Monaten Therapiedauer in gleichem Ausmaß fortbesteht oder progredienter ist als vor der Behandlung, das Erreichen des Stadiums der schweren Demenz, Bettlägerigkeit des Patienten oder den Verlust der Kommunikationsfähigkeit (DEGAM Leitlinie Nr. 12, 2008).

Auch Haupt beschreibt 2010 das Problem, dass die Fragen und die Probleme der Therapiedauer der antidementiven Behandlung evidenzbasiert nicht zu beantworten seien. Er schlägt vor bzw. fasst zusammen, dass nach Festlegen der verträglichen

Höchstdosierung nach 3-6 Monaten eine Verlaufskontrolle erfolgen sollte, bestehend aus Testung, Gesamteindruck und Befragung der Bezugspersonen zur Bewältigung der Alltagsanforderungen. Auf dieser Grundlage sollte die individuelle Entscheidung getroffen werden, die medikamentöse Behandlung mit Antidementiva fortzuführen oder abubrechen (Haupt 2010).

Höffler et al. empfahlen 2004 sehr ähnlich, die Therapiekontrolle auf mehreren Ebenen durchzuführen (psychometrische Testverfahren, Gesamteindruck, Exploration Angehöriger, Bewertung der Aktivität im Alltag) und wie bei anderen schweren Erkrankungen ohne wirkliche Behandlungsmöglichkeit „kleine Verbesserungen und Erleichterungen“ anzustreben (Höffler et al., 2004).

1.3. Literatur, Studienlage

Aus einer großen Versorgungsforschungsstudie wissen wir, dass der Therapieabbruch mit zunehmendem Alter, ZNS-Medikation, Depression, Gebrauch von Anticholinergika, seltenen Arztbesuchen und dem Leben in der häuslichen Umgebung assoziiert ist. Ein Hauptgrund für Therapieabbrüche sind die Nebenwirkungen (van den Bussche et al., 2011a).

Darüber hinaus gibt es nur wenige Studien, die sich mit den Gründen des Absetzens beschäftigen. Im Einzelnen werden diese Studien im Kapitel Diskussion genauer vorgestellt.

Zusammengefasst werden folgende Gründe für das Absetzen in der Literatur beschrieben: Unwirksamkeit (Pariante et al., 2012; Lee et al., 2007; Umegaki et al., 2005), Nebenwirkungen und/oder schlechte Verträglichkeit (Bussche et al., 2011a; Pariante et al., 2012; Gardette et al., 2008; Frankfort et al., 2005; Umegaki et al., 2005), Verschlechterung des Krankheitsbildes oder des Allgemeinzustandes (Pariante et al., 2012; Gardette et al., 2008; Frankfort et al., 2005), Multimedikation, insbesondere die Einnahme von Antipsychotika oder Anticholinergika (Bussche et al., 2011a; Gardette et al., 2008). Anwendungsfehler wie zu geringe Dosierung (Frankfort et al., 2005), Einweisung in ein Krankenhaus (Mansour et al., 2010; Gardette et al., 2008) und Arztwechsel (Umegaki et al., 2005) sind ebenfalls beschrieben. Zur Frage, welche Betreuungssituation eher zum Absetzen der Antidementiva führt, gibt es widersprüchliche Aussagen. Langer Pflegeheimaufenthalt (Mansour et al., 2010), nicht im Pflegeheim lebend (Bussche et al., 2011a) und keine pflegerische Betreuung (Frankfort et al., 2005) werden genannt. Weitere benannte Gründe sind geringer Kontakt zum Arzt (Bussche et al., 2011a), budgetäre Gründe (Bussche et al., 2011a), fehlender Glaube an die Wirksamkeit (Bussche et al., 2011a), Ablehnung seitens des Patienten oder der Angehörigen (Herrmann et al., 2010).

Die Literatur zu den Einstellungen der Hausärzte zu Antidementiva wird ebenfalls im Einzelnen im Kapitel Diskussion vorgestellt. Kurz zusammengefasst beschreiben Arbeiten von Melchinger 2007 und Melchinger und Machleidt 2005, dass der Glaube an die Wirksamkeit der Antidementiva bei Ärzten eher gering ist. Sie interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass die Beurteilung der Wirkung eher intuitiv und nach klinischem Gesamteindruck passiert und weniger auf den Ergebnissen

psychometrischer Testungen, die meist in den Praxen gar nicht durchgeführt werden, basieren. Insgesamt ist die Sorge vor aufwändiger Testung und auch Kosten hoch. Als Wirkung wird oft die Verbesserung der Kognition erwartet, eine Nichtverschlechterung wird nicht als Erfolg wahrgenommen. Die Symptome werden eher dem Älterwerden generell zugeschrieben und damit als nicht behandelbar beurteilt. Der beschriebene Nutzen von Antidementiva wie leichtere Alltagsgestaltung, Entlastung der Angehörigen und Aufschiebung der Pflegebedürftigkeit werden eher als euphemistische Werbebotschaften gewertet (Melchiner 2007, Melchinger und Machleidt 2005).

Eine weitere Arbeit zeigte hingegen eine positivere Einstellung von Hausärzten sowie niedergelassenen Neurologen und Psychiatern hinsichtlich der medikamentösen Therapie. Nur in der Verordnung von Ginkgo und Cholinesteraseinhibitoren zeigten sich Unterschiede in dem Sinne, dass Gebietsärzte häufiger als Hausärzteangaben, Cholinesteraseinhibitoren zu verschreiben ($p < 0.001$) und seltener Ginkgo (van den Bussche und Kaduszkiewicz 2005).

Weitere Untersuchungen zur Frage der Gründe für das Nicht-Ansetzen und das Absetzen von Antidementiva in Deutschland existieren bisher nicht.

1.4. Fragestellung und Ziele

Ziel dieser Arbeit ist es, den Prozess des Absetzens von Antidementiva besser zu verstehen. Konkret soll die Frage beantwortet werden, warum und auf wessen Initiative Antidementiva abgesetzt werden. Da davon auszugehen ist, dass Antidementiva regelmäßig in der stationären Versorgung angesetzt und vornehmlich in der ambulanten Versorgung abgesetzt werden, liegt der Fokus dieser Arbeit auf den Gründen für das Absetzen der Antidementiva in der nachstationären ambulanten Behandlung.

Ein zweiter Fokus wird auf die Einstellungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu der Therapie mit Antidementiva gelegt, weil anzunehmen ist, dass – patientenunabhängige – Einstellungen das Handeln im Einzelfall maßgeblich beeinflussen.

2. Material und Methoden

2.1. Theoretische Grundlagen

2.1.1. Wahl Forschungsmethode

2.1.1.1. Qualitative Studie

Quantitative Studien sind in der medizinischen Forschung üblich und bekannt. Mittlerweile haben sich aber auch qualitative Forschungsansätze etabliert, die ursprünglich aus der soziologischen Wissenschaft kommen. Insbesondere wenn es zu bestimmten Forschungsthemen wenig Vorinformationen gibt, ist es auch in der medizinischen Forschung notwendig, Studien mit qualitativem Ansatz durchzuführen.

Es besteht kein grundsätzlicher Gegensatz zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen. Die beiden Forschungsansätze stellen zwei Zugänge dar, die sich sinnvoll ergänzen (Legewie 2004). Bezogen auf unsere Fragestellung ist die Ergänzung wie folgt: In quantitativen Studien ist hinlänglich dokumentiert, dass Therapien mit Antidementiva in der ambulanten Versorgung nicht fortgeführt werden (van den Bussche et al., 2011a). Die Gründe dafür sind jedoch nicht bekannt. Um hier ein Verständnis für die Entscheidungen der beteiligten Akteure zu bekommen, müssen die Beteiligten offen befragt werden. Nur dann besteht die Möglichkeit, neue Zusammenhänge zu finden. Mayring formuliert es folgendermaßen: „Der qualitativ-verstehende Ansatz „versteh“ sich dabei immer dahingehend, Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht nur analysieren zu können, sondern sich in sie hineinzusetzen, sie nachzuerleben oder sie zumindest nacherlebend sich vorzustellen“ (Mayring 2010).

Im Gegensatz zu quantitativer Forschung haben wir es in der qualitativen Forschung mit der Inhaltsanalyse von Kommunikation als Grundlage zu tun. Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliches Erhebungsverfahren ist erstmalig bei J.G. Speed Ende des 19. Jahrhunderts zu beobachten, der dieses Verfahren zur Auswertung New Yorker Tageszeitungen 1881-1883 gebrauchte. In den 30iger Jahren machte die kommunikationswissenschaftliche Inhaltsanalyse einen Entwicklungsschub. Es war zunächst üblich, quantitative Inhaltsanalysen durchzuführen, erst später dann die qualitative Inhaltsanalyse. Diese ist seit Beginn der 70iger Jahre etabliert (Langer 2000). Auch wenn die qualitative Inhaltsanalyse ohne einen interpretativen Ansatz nicht möglich ist, erfolgt sie gleichwohl nach systematischen und expliziten Regeln und theoriegeleitet, sodass eine intersubjektive Nachprüfbarkeit gewährleistet ist (Mayring 1990).

2.1.2. Wahl des Datenerhebungsverfahrens

2.1.2.1. Qualitative inhaltlich-strukturierte Inhaltsanalyse

Folgt man den Ausführungen von Schreier, die unterschiedliche Autoren und Forscher in ihren Ausführungen und Techniken zur qualitativen Inhaltsanalyse verglichen hat, kann man sich im Wesentlichen an die Einteilung von Kuckartz und/oder Mayring halten. „**Die** qualitative Inhaltsanalyse gibt es nicht, und es besteht kein Konsens darüber, was qualitative Inhaltsanalyse ausmacht“ (Schreier 2014). Gleichwohl gibt es typische Grundstrukturen und Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse, über die auch weitestgehend Einigkeit bei den Anwendern herrscht.

So unterscheidet Mayring drei Grundtechniken qualitativen Interpretierens: Die zusammenfassende, die strukturierende und die explikative. Die strukturierende wird unterteilt in weitere Varianten, nämlich die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende Strukturierung (Mayring 2010). Kuckartz unterscheidet ebenfalls drei Grundtechniken: Die inhaltlich-strukturelle, die evaluative und die typenbildende qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012). Die inhaltlich-strukturierende Variante, die sich im Wesentlichen mit der strukturierenden, inhaltlichen Untergruppe nach Mayring deckt, gilt in der Gesamtbetrachtung als die zentrale Variante (Schreier 2014). Für unsere Fragestellung ist genau diese geeignet.

Das typischste Zeichen, das „Herzstück“ der qualitativen Inhaltsanalyse, ist das Arbeiten mit einem Kategoriensystem. Bedeutende Textpassagen werden einem je nach Fragestellung zum Teil vorher bestimmten Kategoriensystem zugeordnet. Hier ist Interpretation erlaubt, das Vorgehen selbst jedoch systematisch, regelgeleitet und an den Gütekriterien der Validität und Reliabilität orientiert (Schreier 2014). Insbesondere zur Entwicklung der Ober- und Unterkategorien gibt es bei den einzelnen Autoren unterschiedliche Strategien und unterschiedliche Begriffe. Laut Schreier handelt es sich hierbei jedoch nicht um grundsätzliche Differenzen, so dass zur Bearbeitung des Textmaterials nicht die Unterscheidung verschiedener Varianten qualitativer Inhaltsanalyse Sinn macht, sondern ein „Konzept des Werkzeugkastens“ angemessener erscheint. Das bedeutet, dass der Basisablauf durch die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse gegeben ist, an den verschiedenen Stellen, die bei der Anwendung des Verfahrens zu durchlaufen sind, aber verschiedene Optionen zur Verfügung stehen, unter denen konkret eine Auswahl zu treffen ist (Schreier 2014). An welcher Stelle wir uns für welches „Werkzeug“ entschieden haben, ist im Kapitel „2.3.2 Auswertung, Datenanalyse“ dargelegt.

2.2. Datenerhebung

2.2.1. Stichprobe

Als Stichprobe gelten abhängig von der Fragestellung Einzelfälle, Fallgruppen oder auch mehrere Fallgruppen zum Vergleich. Bei unserer Studie handelt es sich am ehesten um die Untersuchung einer Fallgruppe.

Zwei Faktoren sind bei der Stichprobenauswahl bei qualitativen Forschungsfragen zu berücksichtigen. Erstens muss eine brauchbare qualitative Stichprobe heterogen sein, nicht repräsentativ im statistischem Sinne, wie man es aus der quantitativen Forschung kennt. Denn es geht darum, alle möglichen Aspekte, neue Aspekte und Varianzen im Untersuchungsfeld abzubilden. Zweitens lässt die Vorgabe oder das Vorhaben, das Datenmaterial interpretativ zu analysieren, sich fast immer nur mit kleinen Stichproben realisieren. Hier kann man wegen der geringen Fallmenge nicht mit Zufallsstichproben arbeiten, da bei zufälliger Auswahl der Fälle die zufälligen Stichprobenfehler zu Verzerrungen führen würden und genau die oben dringend geforderte Heterogenität dabei verloren wäre (Kelle und Kluge 2010).

Um möglichst das komplette Spektrum an Unterschieden in der Fallgruppe zu erreichen, bedient man sich eines anderen Verfahrens und zwar des „Theoretical Sampling“. Hierbei ist die Größe der Stichprobe nicht von vorn herein festgelegt, sondern entwickelt sich während der Auswertung aus der Studie heraus. „Theoretical Sampling meint den auf die Generierung von Theorie zielenden Prozess der Datenerhebung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind.“ (Glaser und Strauss 1967/1998, S. 53). Dies dient der Sicherstellung, dass die für die Untersuchungsfragestellung und das Untersuchungsfeld relevanten Fälle auch wirklich in der Studie vertreten sind. Beim „Theoretical Sampling“ geht es nicht primär um eine Fallzahlerhöhung, sondern der

Prozess wird beendet, wenn eine „theoretische Sättigung“ erreicht ist, d.h., wenn keine theoretisch relevanten Unterschiede mehr im Datenmaterial entdeckt werden können (Kelle und Kluge 2010). Man spricht vom "Saturierungsprinzip". Nach Bertaux ist eine Stichprobe dann saturiert, wenn weitere Interviews keine neuen Informationen mehr erbringen, der Erkenntnisgewinn sozusagen abge"sättigt" ist (Helfferich 2011).

Entwickelt wurde dieses Prinzip für Erhebungsstudien, bei denen es hinsichtlich möglicher Hypothesen über den zu untersuchenden Gegenstandsbereich vorweg überhaupt keine Orientierung gab. Oft gibt es allerdings aus anderen Studien Arbeitshypothesen über mögliche Einflussfaktoren im untersuchten Feld. Dann sollte vorweg dafür gesorgt werden, dass unterschiedliche Kombinationen dieser Merkmale in der Stichprobe auch vertreten sind. Berücksichtigt man dieses Vorwissen bei der Fallauswahl, indem man bei der Fallauswahl dafür sorgt, dass Fälle mit unterschiedlichen Merkmalskombinationen dabei sind, nennt man dies „qualitatives Quoten-Sampling“ (Legewie 2004) oder auch „Selektives Sampling“ (Schatzman, Strauss 1973). Kelle und Kluge sprechen von „kriteriengesteuerter Fallauswahl“ (Kelle und Kluge 2010). Kombiniert man die Berücksichtigung verschiedener Merkmale mit Zufallsziehungen aus den einzelnen Gruppen, nennt man dieses „Purposive Sampling“ (Helfferich 2004). Hierzu bedarf es einer insgesamt großen Fallgruppe.

Bei unserer Fragestellung ist zumindest als Hypothese der Therapieabbruch mit dem Alter, dem gleichzeitigen Vorliegen einer Depression, anderer ZNS-Medikation, dem Gebrauch von Anticholinergika, seltenen Arztbesuchen und dem Leben in der häuslichen Umgebung assoziiert (van den Bussche et al., 2011a), so dass wir uns mit unserer Fallauswahl in dem Bereich des „Selektiven Sampling“ bewegen. Um hier der Fallauswahl Rechnung zu tragen, haben wir zu Beginn der Studie diese Merkmale soweit möglich sowie zu vermutende Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und Schwere der Demenz bei Entlassung aus der Klinik als Kriterien kombiniert.

Tabelle 1: Merkmalskombination der Studienteilnehmer zur Wahrung des „Selektiven Sampling“

Alter	männlich	weiblich	Demenzschwere
<75 Jahre			leicht MMST 20-26
			mittel MMST 10-19
			schwer MMST ≤ 9
≥75 Jahre			leicht MMST 20-26
			mittel MMST 10-19
			schwer MMST ≤ 9
Depression	Verhaltens- auffälligkeiten	Keine Verhaltens- auffälligkeiten	Entlassung
ja			nach Hause
			ins Heim
nein			nach Hause
			ins Heim

Da wir zu Beginn der Studie mit einem großen Patientenpool gerechnet haben, hatten wir uns im Vorwege für das Prinzip „Purposive Sampling“ wie weiter oben erläutert entschieden. Hierbei sollten aus der Datenbank eines Krankenhauses in Norddeutschland per Zufall Patientinnen und Patienten gezogen und zunächst nach den Kriterien der Tabelle 1a so lange ausgewählt bzw. ausgeschlossen werden, bis jedes Kästchen mit einem Patienten besetzt war. Danach sollte das gleiche Prozedere für Tabelle 1b durchgeführt werden. Würde einer der insgesamt 20 Patienten die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie nicht erfüllen oder der Studienteilnahme nicht zustimmen, würde man nach dem gleichen Prinzip einen Ersatzpatienten suchen. Im Verlauf der Studie wurde allerdings deutlich, dass hierbei die Ausbeute zu gering war (Siehe auch weiter unten).

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer/-innen erfolgte aus dem Pool von Patientinnen und Patienten, die in diesem Krankenhaus behandelt worden waren. Als Datenbank dienten in einem ersten Schritt die Entlassungsbriefe der Klinik für Geriatrie. Hiermit war gewährleistet, dass eine fachärztliche Abteilung, die nicht in die ambulante Versorgung involviert ist, die Diagnose Demenz neu gestellt oder bestätigt hatte. Zwei Dinge mussten gegeben sein: Im Entlassungsbrief musste die Diagnose Demenz aufgeführt und in der Entlassungsmedikation ein Antidementivum gelistet

sein. Hier spielte es keine Rolle, ob das Antidementivum bei Erstverordnung bereits im stationären Aufenthalt begonnen wurde oder lediglich die Empfehlung, eine solche Medikation zu beginnen, ausgesprochen wurde.

Nach Auswertung der Datenbank für den Zeitraum März bis einschließlich Juni 2012 wurde deutlich, dass es für das Erfüllen der obengenannten Merkmalskombinationen nach dem Prinzip des „Purposive Sampling“ zu wenig Entlassungen gab, die unsere Kriterien erfüllten. Im zweiten Schritt wurde somit der Entlassungszeitraum auf den Zeitraum Juli 2011 bis Dezember 2012 ausgeweitet. Jeder Patient wurde bei Einwilligung in die Studie aufgenommen und zwecks Übersicht in obengenanntes Schema eingeordnet. Das Prinzip des „Selektiven Sampling“ blieb gewahrt.

Im Verlauf der Rekrutierung zeigte sich außerdem, dass wir nicht alle relevanten Fälle der Klinik für unsere Fragestellung berücksichtigt hatten, da es eine weitere Abteilung der Klinik gab, die ebenfalls Demenzpatienten fachärztlich behandelte. In der Klinik für Psychiatrie gab es eine eigene Demenzabteilung. Die Kriterien fachärztliche Beurteilung sowie keine Involviertheit in die ambulante Betreuung waren auch hier gegeben. Kommen Untersuchungsfelder, die für die Fragestellung relevant sind, nicht in den Blick, kann dieses schnell wegen der geringen Fallzahl ebenfalls zu Verzerrungen führen (Kelle und Kluge 2010). So wurden auch hier die Entlassungen des gleichen Zeitraumes gesichtet und weitere Patienten für unsere Studie gefunden. Auch diese wurden in das obengenannte Schema einsortiert in der Hoffnung, zu jeder Merkmalskombination mindestens einen Patientenfall zu haben.

Alle gefundenen Patienten, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, wurden berücksichtigt, insgesamt 20 Fälle.

2.2.2. Anschreiben und Information der Patientinnen und Patienten

Die aus der Datenbank der Klinik ausgewählten Patienten und Patientinnen wurden angeschrieben und über die Studie informiert. Auf Grund der Tatsache, dass es sich hierbei um demente Patienten und Patientinnen handelte, bedurfte es eines besonderen Umgangs, welches explizit in Absprache mit der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg stattfand (Zustimmendes Votum vom 15.03.2013, PV4348). Die Arbeitsgruppe „Datenschutz und Datensicherheit“ der Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze hat in ihrem Bericht vom April 2003 Regeln für den Einbezug von Demenzen in Forschungsprojekte aufgestellt (Harnischmacher 2003). In Kapitel 4.7.9 wird das "Prinzip des sichersten Weges" beschrieben. Es besteht darin, dem gesetzlichen Vertreter (Eltern, Vormund, Betreuer) immer ein Vetorecht zuzugestehen und im Ergebnis stets ein „doppeltes Ja“ für die datenschutzrechtliche Einwilligung zu verlangen. Diesem Prinzip sind wir gefolgt, indem wir die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie sowohl vom Patienten wie auch von seinem betreuenden Angehörigen eingeholt haben bzw. vom gesetzlichen Vertreter, sofern ein solcher existierte. Widerspruch auch nur einer der Beteiligten der Teilnahme an der Studie, wurde das als Ablehnung respektiert.

Von Vorteil für die Studie war, dass ich als Doktorandin selbst Ärztin bin und damit der Schweigepflicht unterliege. Das gilt ebenso für die wissenschaftliche Betreuung (Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz).

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Betreuer bestellt war, wurde zunächst der Betreuer angeschrieben und um Erlaubnis zur Befragung des Patienten, eines Angehörigen und des Hausarztes gebeten. Erst, wenn das Einverständnis vorlag, wurde der Angehörige angeschrieben und über die Studie informiert. In dem Schreiben wurde auch ein Telefonanruf durch mich, die Doktorandin angekündigt. Der Anruf war als aus der Klinik kommend erkennbar und mit dem Datenschutzbeauftragten der Klinik abgesprochen und ausdrücklich erlaubt.

Bei dem Telefonanruf wurde der Patient bzw. der betreuende Angehörige zunächst gefragt, ob sie, d.h. Patient und Angehöriger, grundsätzlich an der Studie teilnehmen möchten. Wenn nein, wurde das Telefonat beendet.

Wenn seitens des Patienten und des betreuenden Angehörigen Teilnahmebereitschaft bestand, wurde eruiert, ob der Patient weiterhin das Antidementivum einnahm. Wenn ja, wurde dem Patienten erläutert, dass damit kein Grund für die Teilnahme an der Studie bestand und das Telefonat beendet.

Wenn der Patient kein Antidementivum mehr einnahm, wurde ein Interviewtermin mit Patient und Angehörigen gemeinsam vereinbart.

Der Telefonkontakt wurde bewusst einfach gehalten. Ich habe immer meine Rolle als zukünftige Interviewerin und als niedergelassene Hausärztin in den Vordergrund gestellt, um als solche auch in dem Interview wahrgenommen zu werden, immer in dem Bewusstsein, dass die „Ausdifferenzierung der Rollen im ersten Kontakt mit der Erzählperson, längst vor dem eigentlichen Interview, aktiviert“ wird (Helfferich 2011).

Insgesamt erfolgten das Anschreiben und die Kontaktaufnahmen zu den möglichen Studienteilnehmern in dem Zeitraum Oktober 2012 bis März 2014. Es war bei jedem Patientenkontakt gewährleistet, dass die Entlassung aus dem Krankenhaus mehr als 12 Monate her war.

2.2.3. Interviewleitfäden

Da unser Forschungsinteresse hinsichtlich der Antidementiva sich auf den limitierten Bereich des Absetzens richtete, war eine Strukturierung des Interviews in Form von Leitfaden-Interviews legitim (Helfferich 2011).

Es wurden zwei unterschiedliche Leitfäden entwickelt. Einer für den Patienten selbst und die Angehörigen, und ein zweiter für die involvierten Hausärzte. Hierfür wurde als Grundlage nach Helfferich das Prinzip „SPSS“ genommen. Dabei steht S für „Sammeln“, P für „Prüfen“, S für „Sortieren“ und S für „Subsumieren“. Zunächst wurden, angelehnt an das durch die Literatur zur Verfügung stehende Vorverständnis, alle Fragen gesammelt, die uns für die Fragestellung wichtig erschienen. Im zweiten Schritt wurden alle diese Fragen geprüft. So wurden zunächst die reinen Faktenfragen gestrichen. In einem weiteren Durchgang wurden die Fragen, die Vorwissen bestätigen würden, gestrichen bzw. umformuliert. Man

braucht keine weitere Bestätigung dessen, was man ohnehin weiß. Orientiert man sich bei der Durchsicht der gesammelten Fragen an „Worauf bin ich neugierig, was weiß ich noch nicht?“ oder „Was würde mich überraschen?“ hilft es, geeignete Fragen zu generieren. Der nächste Schritt beinhaltete, die verbleibenden Fragen Hauptblöcken zuzuordnen bzw. zu sortieren. Abschließend wurden für diese Hauptblöcke Erzählaufforderungen gesucht, worunter die einzelnen Aspekte, die einzelnen Fragen, die wir hatten, untergeordnet (subsumiert) wurden (nach Helfferich 2011).

Da unser Interesse eher informativer Natur war, war mehr Strukturierung des Leitfadens erlaubt. Jeder Leitfaden bestand aus 3-4 großen Einleitungsfragen, diese möglichst erzählgenerierend wirkend und an den Interviewpartner angepasst (siehe Anhänge E und F). Das bedeutet, dass wir für die Patienteninterviews einfache kurze Fragen entwickelt haben. Der Leitfaden diente lediglich als Orientierung. Angepasst an das jeweilige Erzählen des Interviewten durfte die Reihenfolge der Fragen sinnvoll spontan variiert und zum Schluss fehlende Information gezielt erfragt werden (nach Helfferich 2011).

Zur Überprüfung der Praktikabilität des theoretisch entwickelten Leitfadens ist die Erprobung der Interviews in der Praxis nötig. Dieses wurde mit nicht an der Studie beteiligten Patienten und Kollegen aus meiner Praxis durchgeführt. In laufender Studie sorgte der regelmäßige Austausch mit Frau Prof. Dr. med. Kaduszkiewicz dafür, dass ständig reflektiert wurde, ob die Interviewleitfäden so bleiben sollten oder variiert werden mussten.

2.2.4. Durchführung Interviews

Als Interviewender ist man Kommunikationspartner. Da, wie weiter oben ausgeführt, insbesondere neue, evtl. auch fremde Informationen interessieren, ist es wichtig, dass die Haltung dem Interviewten gegenüber grundsätzlich offen ist und das Interview gesteuert werden kann. Eigene Deutungen und Erwartungen müssen zurückgestellt und reflektiert werden. (Helfferich 2011). Eigentlich ein „Dilemma“ des Interviewenden, der eigentlich unvereinbare Aufgaben erfüllen soll: Offen sein, aber steuern müssen, Vertrautheit signalisieren, aber Distanz bewahren (Hopf 1978). Hierzu hat Helfferich ein Manual entwickelt, anhand dessen jeder Interviewer die wichtigsten Punkte üben kann. Beispielfhaft möchte ich hierzu nur einige Punkte nennen:

Man braucht die Fähigkeit zum „Fremdverstehen“, das heißt, das Gehörte nicht aus seinem eigenen Wissen heraus zu verstehen, sondern aus dem Erleben des Interviewten. Man braucht die Fähigkeit des „aktiven Zuhörens“, was bedeutet, dass der Gesprächspartner das Recht auf seine persönliche Sichtweise hat und man diese nicht bewertet. Man braucht das Gespür, wann die Interviewdynamik schwierig wird: Die Erzählperson erzählt nicht alles, die Erzählperson kommuniziert nonverbal, die Erzählperson hält sich nicht an den Leitfaden, so dass man spontan die Reihenfolge der Fragen ändern kann, ohne etwas zu vergessen. Man braucht reflektierten Umgang mit eventuell auftretenden schwierigen Interviewsituationen

(Helfferich 2011). Dieses habe ich im Eigenstudium, in Partnerübungen sowie in Probeinterviews getan. Hierbei wurden auch unterschiedliche Erzählstimuli, Aufrechterhaltungsfragen, Steuerungsfragen, der Umgang mit Pausen, der Umgang mit kargen Interviews oder Emotionalität geübt.

Die Besonderheit bei den Patienten- und Angehörigen-Interviews bestand darin, dass wir es in unserer Studie mit dementen Patienten zu tun hatten. Dies erforderte eine besondere Vorbereitung bzw. reflektierte Strategie: Was tue ich bei Gefühlsausbrüchen? Was tue ich bei Wünschen der Angehörigen nach Schonung des Patienten? Wie gehe ich mit kargen Interviews um (siehe hierzu auch Kapitel 2.2.4.1 Patienten und Angehörige)?

Die Besonderheit bei den Interviews der Hausärzte bestand darin, dass ich Kollegin bin. Dies war auf der einen Seite von Vorteil, öffnete mir die Türen zum Interview und man vertraute mir. Auf der anderen Seite erbrachte die Auseinandersetzung mit diesem Thema im Vorfeld, dass möglicherweise einige Kollegen unter Druck geraten würden, Fachwissen präsentieren zu müssen (siehe auch Kapitel 2.2.4.2 Hausärzte).

Nach ausführlichem Befassen mit diesem Thema bin ich zu dem Schluss gekommen, dass Kaufmann nicht untertrieben hat, als er seinen „Forscherlehrling“ beschrieb: „Also öffnet der Forscherlehrling seine Handbücher, um die ihm zur Verfügung stehenden Werkzeuge zu perfektionieren. Dort erfährt er, dass selbst das kleinste Lächeln des Interviewers Einfluss auf die Äußerungen des Befragten hat. Beim Führen eines Interviews will alles so genau studiert und kontrolliert sein, dass das Sprechen zu einer delikaten Angelegenheit wird. (...) Schwer beeindruckt geht ihm sein Selbstvertrauen abhanden“ (Kaufmann 1999).

Trotz Vorbereitung und Übung sorgen die obengenannten Faktoren dafür, dass es gleichwohl normal ist, dass „Interviewfehler“ auftreten. Als „Interviewfehler“ bezeichnet man „unbewusste und unkontrollierte Verhaltensweisen, die den Kommunikationsprozess stören und die dem Interviewziel entgegenlaufen“ (Helfferich 2011). Um diese möglichst gering zu halten, wurden bei den Auswertungen festgestellte „Fehler“ in regelmäßigen Treffen mit Frau Prof. Dr. med. Kaduszkiewicz reflektiert und ggf. gegengesteuert.

2.2.4.1. Patienten und Angehörige

Die Interviews der Patienten fanden in der Regel zu Hause statt, wenige Male im Pflegeheim. In der Regel gaben die Angehörigen vor, dass das Interview des Patienten in ihrem Beisein stattfand. Wurde auf Wunsch der Angehörigen kein Interview mit dem Patienten selbst durchgeführt, fanden die Interviews im Hause der Angehörigen statt, einmal auf Wunsch bei mir in der Praxis, zweimal wegen räumlicher Distanz telefonisch.

Beim persönlichen Kontakt waren zunächst die Aufklärung und Erläuterung der Studie anhand des bereits schriftlich geschickten Informationsblattes Thema. Nur, wenn alle Fragen beantwortet waren und weiter alle Beteiligten einem Interview zustimmten, wurde die Aufzeichnung begonnen. Die von Hopf genannten Kriterien der „informierten Erzählperson“ (Erzählpersonen müssen informiert sein über alles,

was mit ihren Äußerungen geschieht und müssen auf dieser Basis mit dem Interview einverstanden sein und freiwillig teilnehmen) und der „Nicht-Schädigung“ (Erzählerpersonen dürfen durch die Forschung keine Nachteile erfahren oder Gefahren ausgesetzt werden), waren zu jedem Zeitpunkt gewahrt (Hopf 1978).

Es wurde immer mit dem Patienteninterview begonnen. Alle beteiligten Angehörigen wurden in der Regel nacheinander befragt, in zwei Fällen gleichzeitig interviewt.

Besonderheiten: Selten kam es während des Interviews zu Unwohlsein auf Seiten des dementen Patienten. Es wurde sofort angeboten, das Interview abubrechen. Auch die Angehörigen wurden explizit darauf hingewiesen, dass dieses jederzeit möglich war. Dieses war nie nötig. Hierbei half, dass ich niedergelassene Hausärztin bin und mir insgesamt viel Vertrauen entgegen gebracht wurde, weshalb ich im ersten Telefonkontakt dieses schon bahnte (siehe auch Kapitel 2.2.2 Anschreiben und Information der Patientinnen und Patienten).

In 11 der Patientenfälle wurde auf ein Interview des Patienten verzichtet, da die Angehörigen auf Grund mittlerweile fortgeschrittener Demenz dieses so wünschten. Der Informationsgehalt der Patientenbefragung wäre - aus Erfahrung mit den anderen Patienteninterviews - ohnehin gering gewesen. Alle nicht persönlich interviewten Patientinnen und Patienten waren mit der Befragung der Angehörigen einverstanden. Kam es bei den einzelnen Interviews zu ergänzenden Aussagen der anderen Beteiligten, die eigentlich gerade nicht dran waren, wurden auch diese Ergänzungen ausgewertet.

Am Ende des Interviews wurde gemeinsam eruiert, welche anderen Beteiligten zu der Fragestellung noch Informationen beisteuern könnten. Gab es weitere Beteiligte, wurde schriftlich die Einverständniserklärung eingeholt, auch diese Beteiligten zum Sachverhalt interviewen zu dürfen. Auch hier wurde darauf geachtet, dass der Patient ebenfalls einverstanden war.

Alle Fragen rund um die Studie und manchmal auch zu Demenz allgemein wurden nach Durchführung der Interviews beantwortet und Kontaktdaten sowie alle Informationsblätter und Einwilligungen vor Ort gelassen. Zu jedem Interview wurde ein Protokoll erstellt, wo und wann das Interview unter welchen besonderen Umständen stattgefunden hat.

Die Interviews fanden im Zeitraum Januar 2013 bis April 2014 statt.

2.2.4.2. Hausärzte

Mit den Hausarztinterviews wurde erst begonnen, als alle Patienten und Angehörige interviewt waren. So konnten Ideen der Patienten und der Angehörigen, wenn sie sich auf den Hausarzt bezogen, im Leitfaden berücksichtigt werden.

Der Erstkontakt mit den Hausärzten fand häufig über Telefon als Kollegin statt. Bei unbekanntem Ärzten erfolgte die Anfrage schriftlich, die Einwilligungserklärungen (Anhang C: Einverständnis zur Schweigepflichtentbindung Anderer) und Informationsschreiben wurden zur Einsicht vorgelegt. Es wurde beim Erstkontakt explizit darauf hingewiesen, dass es nicht um Fachwissen und um die Bewertung der

stattgefundenen Patientenbehandlung geht. Eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro wurde angeboten.

Die Interviews fanden in der Regel in den Praxisräumen der Kollegen statt, zweimal bei den Kollegen zu Hause, einmal wegen der räumlichen Entfernung per Telefon.

Beim persönlichen Kontakt war zunächst die Aufklärung und Erläuterung der Studie anhand des Informationsblattes Thema. Erst wenn alle Fragen beantwortet waren, wurde das Interview durchgeführt.

Insgesamt haben 18 Hausärzte dem Interview zugestimmt, zwei das Interview abgelehnt. War im Zeitraum zwischen der Entlassung des Patienten aus der Klinik bis zur Interviewanfrage ein Hausarztwechsel erfolgt, wurde der Hausarzt interviewt, der zum Zeitpunkt des Absetzens für die Betreuung zuständig gewesen war. Grund für den Hausarztwechsel war der Wechsel in ein Pflegeheim, welches in einer anderen Region lag.

Die Hausarzt-Interviews fanden im Zeitraum Juni 2014 bis August 2014 statt.

2.3. Datenauswertung

2.3.1. Transkription

In der vor jedem persönlichen Interview unterzeichneten Einverständniserklärung der Interviewten ist das Prozedere Aufnahme, Transkription, Analyse und anonymisierte Veröffentlichung der Daten beschrieben (Anhang D: Einverständniserklärung Sonstige).

Alle persönlichen Interviews wurden direkt mit einem Kondensatormikrofon auf einen Laptop als WAV-Datei aufgenommen. Bereits bei der Aufnahme wurde dem Interview ein Code zugeordnet, die weitere Pseudonymisierung wurde bei der Transkription durchgeführt. Die digitale Transkription erfolgte mit Hilfe der speziell entwickelten Software „f4“.

An Transkriptionsformen bzw. Transkriptionsregeln gibt es einige. Die Entscheidung für eine bestimmte Transkriptionsform „wird anhand von Forschungsmethodik, Erkenntniserwartung und auch aus forschungspragmatischen Gründen getroffen“ (Dresing und Pehl 2011). „Besteht weniger ein Interesse an Rekonstruktion und stärker ein Interesse an dem informativen Inhalt von Interviews, dann (...) ist eine frühere Reduktion des sprachlichen Materials auf seinen informativen Gehalt zulässig und sinnvoll“ (Helfferich 2011).

Dies war bei unserer Studie der Fall, so dass wir uns für eine Transkription auf semantischer Ebene entschieden haben (Mayring 2010). Das bedeutet, dass wir uns bewusst für ein einfaches Transkriptionsregelsystem entschieden haben: Wörtliche Transkription, Wortverschleifungen wurden dem Schriftdeutsch angenähert, syntaktische Fehler bei der Satzform beibehalten, Interpunktionen zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, Pausen gekennzeichnet, einsilbige Antworten mit transkribiert, wenn wichtig war, ob dieses Zustimmung oder Ablehnung bedeutete und Besonderheiten in Klammern gekennzeichnet (Dresing und Pehl 2011).

Nach Transkription und mehrfacher Kontrolle dieser wurden die Aufnahmen vom Datenträger gelöscht und auf einem eigenen USB-Stick räumlich getrennt von den Zuordnungen der Codes aufbewahrt, so dass die Pseudonymisierung gewahrt blieb.

2.3.2. Auswertung, Datenanalyse

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der Software für qualitative Datenanalyse MAXQDA 11. Hier ist insbesondere die Bildung von Kategorien und deren Hierarchisierung benutzergesteuert möglich. Hierzu werden Textstellen, deren Umfang der Benutzer selber bestimmen kann, bestimmten „Codes“ zugeordnet und diese hierarchisch sortiert in „Codes“ und „Subcodes“ (MaxQDA 11, 2014). Zu jedem Zeitpunkt ist der direkte Zugriff auf die vollständigen Textdokumente zur Kontrolle möglich. Das erstellte Codesystem kann fortlaufend neu sortiert und in unterschiedliche Zusammenhänge gebracht werden. Daraus entwickeln sich Kategorien, wobei die Begrifflichkeiten Code und Kategorie nicht gänzlich voneinander abzugrenzen sind. Am ehesten ist der Unterschied in der Ausdehnung zu sehen, so werden im Verlauf der Auswertung aus vergebenen Codes Kategorien gebildet (Berg und Milmeister 2007).

Wie im Kapitel „Qualitativ inhaltlich-strukturierte Inhaltsanalyse“ (Kapitel-Nr. 2.1.2.1) bereits erwähnt, sind sich die Autoren insbesondere bei der Umsetzung der Kategorienentwicklung und bei den betreffenden Begrifflichkeiten nicht einig (Schreier 2014). Folgen wir dem von Schreier vorgeschlagenen „Prinzip des Werkzeugkastens“, haben wir uns für unsere Studie für folgende Optionen zur Bearbeitung des Textmaterials entschieden:

- Nach Import der Textdateien haben wir die einzelne Fallgruppe Patient, Angehörige/-r und Hausarzt als „Auswertungseinheit“ zusammengelassen. Als „Auswertungseinheit“ bezeichnet man jeweils die Textteile, welche nacheinander ausgewertet werden (Mayring 2010).
- Als Basisstrategie der qualitativen Inhaltsanalyse folgten wir der Grundtechnik strukturierend, Untergruppe inhaltlich, nach Mayring (Mayring 2010), die sich wie weiter oben beschrieben mit der inhaltlich-strukturellen, qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz weitestgehend deckt (Kuckartz 2012, Schreier 2014).
- Die Oberkategorien sind auf der Grundlage von Vorwissen entstanden. Dieses diente auch als Grundlage für das Entwickeln der Leitfäden, so dass wir hier die Begrifflichkeiten der theoriegeleiteten Leitfäden benutzen konnten. Ist das Hauptkategoriensystem vorab festgelegt, nennt Mayring dieses „deduktive Kategorienanwendung“ (Mayring 2010). Dieses Verfahren, Oberkategorien auf der Grundlage von Vorwissen entstehen zu lassen, ist typisch für die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse (Schreier 2014).
- Bei der Bildung der weiteren Unterkategorien haben wir uns für eine sukzessive Entwicklung dicht am Material entschieden. Auch dieses ist ein typisches Merkmal inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse (Schreier 2014). Hier spricht Mayring von „induktiver Kategorienbildung“ (Mayring 2010). Glaser und Strauss empfehlen unbedingt die „offene Kodierung“ (Glaser und Strauss 1967/1998), während Miles

und Hubermann die „subsumtive Kodierung“ für unabdingbar halten, um überhaupt „den data overload zu bewältigen“ (Miles und Hubermann 1994, S. 55). Offene Kodierung bedeutet, dass man die einzelnen Textpassagen neu codiert und Kategorien neu entwickelt, Subsumtion² bedeutet, dass man ein vorbereitetes Kategorienschema hat, zu dem man die einzelnen Textpassagen zuordnet. Bei neuen Inhalten bildet man Unterkategorien. Wir haben uns entschieden, die subsumtive Kodierung anzuwenden, in dem wir zunächst am Material neue Kategorien entwickelt haben und diese dann nach und nach durch „gehaltvolle“ Kategorien ergänzt, ersetzt, ausdifferenziert und neu sortiert haben (nach Kelle und Kluge 2010). Bei der Benennung der einzelnen Kategorien wurde oft auch nach dem Prinzip der Zusammenfassung verfahren, welches bedeutet, dass man die zugeordneten Textpassagen auf das Wesentliche zusammenfasst und verallgemeinert (Schreier 2014). Dies ist bei Mayring eine eigene Grundtechnik, laut Schreiers „Prinzip des Werkzeugkastens“ darf man dieses zur Kategorienbildung benutzen.

- Weiter haben wir die Entscheidung getroffen, den kompletten Textinhalt durch eine Person zu kodieren (Doktorandin). Es wurde jedoch zu Beginn eine Probekodierung durchgeführt und jede Kodierung von Frau Prof. Dr. med. Kaduszkiewicz auf Nachvollziehbarkeit geprüft.

- Nicht alles an Textinhalt wurde verwendet. Textpassagen, die sich nicht auf unsere Fragestellung bezogen, wurden nicht kodiert.

- Das Markieren von Textpassagen und das Kodieren fanden in einem Arbeitsschritt statt. Als „Kodiereinheit“ haben wir Satzabschnitte, die eine eindeutige Zuordnung zu einer Kategorie zulassen bis hin zu Textpassagen gewählt. „Kodiereinheit“ ist als der kleinste Materialbestand definiert, der ausgewertet wird (Mayring 2010).

Die Aufbewahrung aller anonymisierten Daten erfolgt nach Projektende im verschlossenen Archiv des Instituts für Allgemeinmedizin für den Zeitraum von drei Jahren. Danach werden sie gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsorgt.

2.4. Validität

Da wir uns bei der qualitativen Studie eines Verfahrens aus der Sozialwissenschaft bedienen, muss man bei der Beantwortung der Frage nach der Validität in diesem Bereich suchen. Klassische sozialwissenschaftliche Gütekriterien sind die Reliabilität (Zuverlässigkeit): „Stabilität und Genauigkeit der Messung sowie Konstanz der Messbedingungen“ (Friedrichs 1973, S. 102) sowie das Maß der Validität (Gültigkeit): Bezieht sich darauf, „ob das gemessen wird, was gemessen werden sollte“ (Friedrichs 1973, S. 100). Reliabilität ist die Voraussetzung für Validität. Diese „klassischen“ Gütekriterien in der inhaltsanalytischen Forschung anzuwenden ist schwierig, da es in der qualitativen Forschung nicht um Objektivität geht (Mayring 2010). Gleichwohl darf der Forschungsverlauf nicht losgelöst von Nachvollziehbarkeit

² Im Deutschen ist die Schreibweise „Subsumtion“ üblich, manche Autoren haben die englische Schreibweise „Subsumption“ beibehalten.

sein. „Die Unmöglichkeit von Objektivität ist ja nicht ein Mangel, sondern Ausgangspunkt qualitativer Forschung, daher kann es nicht um anzustrebende Objektivität gehen, sondern um einen anzustrebenden, angemessenen Umgang mit Subjektivität“ (Helfferrich 2011).

Ein mögliches Verfahren, die Reliabilität und damit auch die Validität in der Inhaltsanalyse zu erhöhen, ist die „Intercodierreliabilität“. Dies bedeutet, dass die gesamte Datenanalyse von mehreren Personen durchgeführt und verglichen wird (Mayring 2010). Dies ist aber umstritten, da „bei sprachlichem Material Interpretationsunterschiede zwischen mehreren Analytikern die Regel sind“ (Lisch und Kritz 1978, S.90). Hohe Übereinstimmungen zwischen verschiedenen Kodierern sind somit meist nur zu erreichen, wenn es sich um sehr einfache Analysen handelt (Mayring 2011).

Da qualitative Inhaltsanalyse bewusst subjektiv ist, geht es um bewusste Subjektivität. Die „intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses“ ist das Gütekriterium, welches einfach auch ein schlichtes Gebot wissenschaftlichen Arbeitens ist, welches gelten muss (Helfferrich 2011). Das bedeutet, dass das Vorgehen und die „Abfolge von Entscheidungen“ (Flick 1995, 148) bewusst zu treffen, auszuweisen und zu begründen sind (Helfferrich 2011).

Dies haben wir an allen Stellen unserer Studie getan.

3. Ergebnisse

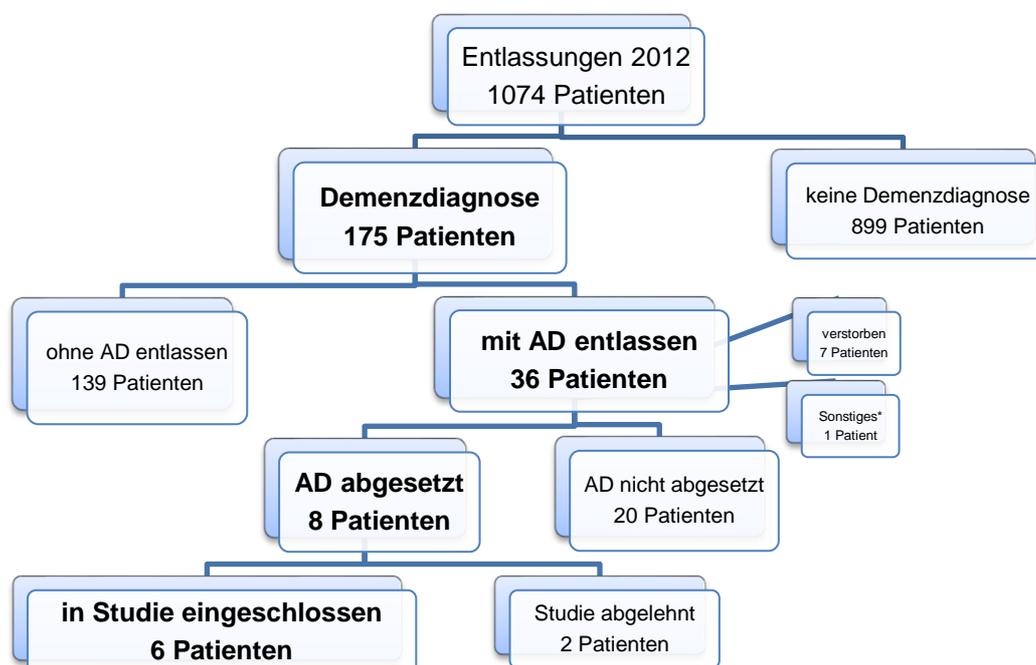
3.1. Zusammensetzung der Stichprobe

Insgesamt wurden die Entlassungen der Klinik für Geriatrie sowie der Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie des norddeutschen Krankenhauses im Zeitraum Juni 2011 bis einschließlich Dezember 2012 als Rekrutierungsbasis genutzt.

Die Rekrutierung erfolgte in mehreren Schritten, die in der entsprechenden Reihenfolge dargestellt werden.

3.1.1. Klinik für Geriatrie

Abbildung 3: Generierung der Stichprobe aus Entlassungen der Klinik für Geriatrie 2012



AD=Antidementivum (Cholinesteraseinhibitoren und/oder Memantine), *Sonstiges=1 Patient unbekannt verzogen

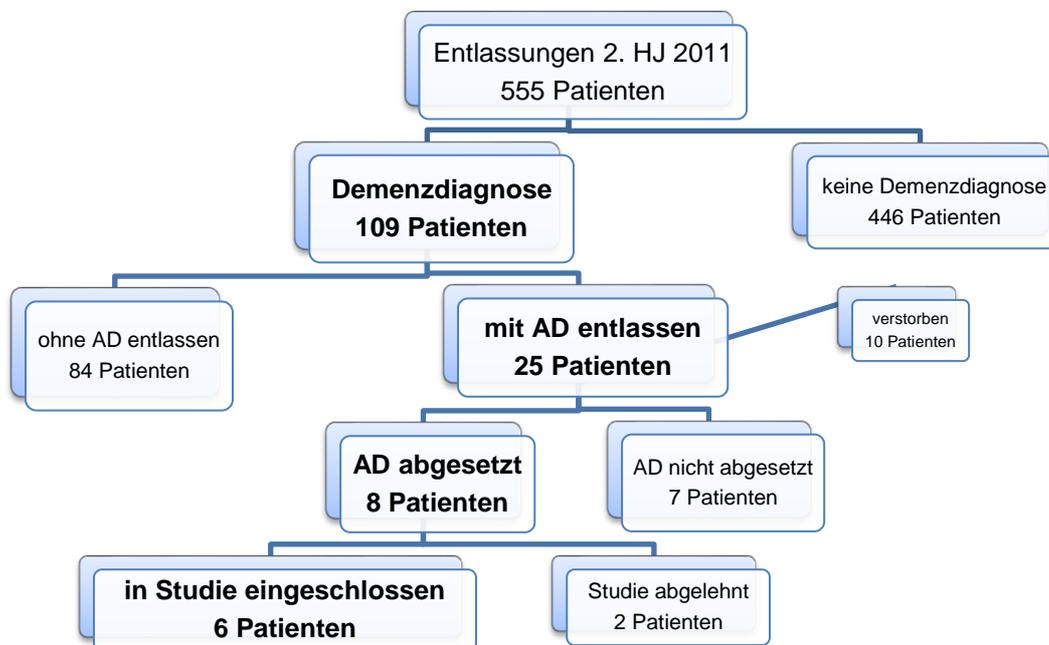
Von 1074 entlassenen Patienten im Jahr 2012 hatten 175 Patienten eine Demenz in der Diagnoseliste des Entlassungsbriefes. Hierbei spielte keine Rolle, welche Art von Demenz beschrieben wurde. Von diesen hatten 36 Patienten in der Entlassmedikation ein Antidementivum gelistet. Hierbei spielte es keine Rolle, ob die Demenz Erst- oder mitgebrachte Dauerdiagnose war und ob das Antidementivum eine Erst- oder Folgeverordnung war. Diese 36 Patienten wurden angeschrieben und anschließend telefonisch kontaktiert.

Ergebnis: Von den 36 Patientinnen und Patienten waren 7 zum Zeitpunkt der Anfrage verstorben, ein Patient (unbekannt verzogen) war nicht auffindbar. Bei 28 Patienten wurde im Telefonkontakt zunächst erfragt, ob das im Entlassungsbrief gelistete Antidementivum noch genommen wurde. 20 Patienten oder Angehörige bejahten dieses, 8 Patienten hatten das Antidementivum zum Zeitpunkt der Nachfrage abgesetzt oder gar nicht erst genommen. Diese 8 Patienten wurden um Studienteilnahme gebeten. Zwei Patienten lehnten ab, so dass aus diesem Zeitraum sechs Studienteilnehmer rekrutiert werden konnten.

Die Anfragen fanden im Zeitraum April 2013 bis Dezember 2013 in der Reihenfolge statt, dass gewährleistet war, dass mindestens ein Jahr seit der Entlassung vergangen war. Jeder interviewte Patientenfall wurde in die Tabelle „Merkmalskombination der Studienteilnehmer“ einsortiert (vgl. Tabelle 2 weiter unten).

Im Oktober 2013 begannen wir die Entlassungen des 2. Halbjahres 2011 nach gleichem Prinzip zu sichten. Zeitlich weiter zurück sind wir nicht gegangen, aus Sorge, dass die Beteiligten sich nicht würden erinnern können.

Abbildung 4: Generierung der Stichprobe aus Entlassungen der Klinik für Geriatrie 2. Halbjahr 2011



Legende: HJ=Halbjahr; AD=Antidementivum (Cholinesteraseinhibitor und/oder Memantin)

Von 555 entlassenen Patientinnen und Patienten im 2. Halbjahr 2011 hatten 109 Patienten eine Demenz in der Diagnoseliste des Entlassungsbriefes. Von diesen hatten 25 Patienten in der Entlassmedikation ein Antidementivum gelistet oder dieses wurde ausdrücklich empfohlen. Diese 25 Patienten wurden angeschrieben und dann telefonisch kontaktiert.

Ergebnis: Von den 25 Patientinnen und Patienten waren 10 zum Zeitpunkt der Anfrage verstorben. Von 15 per Telefon kontaktierten Patienten gaben 7 an, dass sie das Antidementivum weiter einnahmen. 8 Patienten hatten das Antidementivum zum Zeitpunkt der Nachfrage abgesetzt und wurden um Studienteilnahme gebeten. Zwei Patienten lehnten ab, so dass aus diesem Zeitraum weitere sechs Studienteilnehmer rekrutiert werden konnten.

Die Anfragen fanden im Zeitraum Oktober bis Dezember 2013 statt. Auch hier war gewährleistet, dass die Entlassung mindestens ein Jahr zurück lag. Auch diese Fälle wurden in die Tabelle 2 eingeordnet.

Tabelle 2: Merkmale der Studienteilnehmer, die über die Klinik für Geriatrie rekrutiert wurden

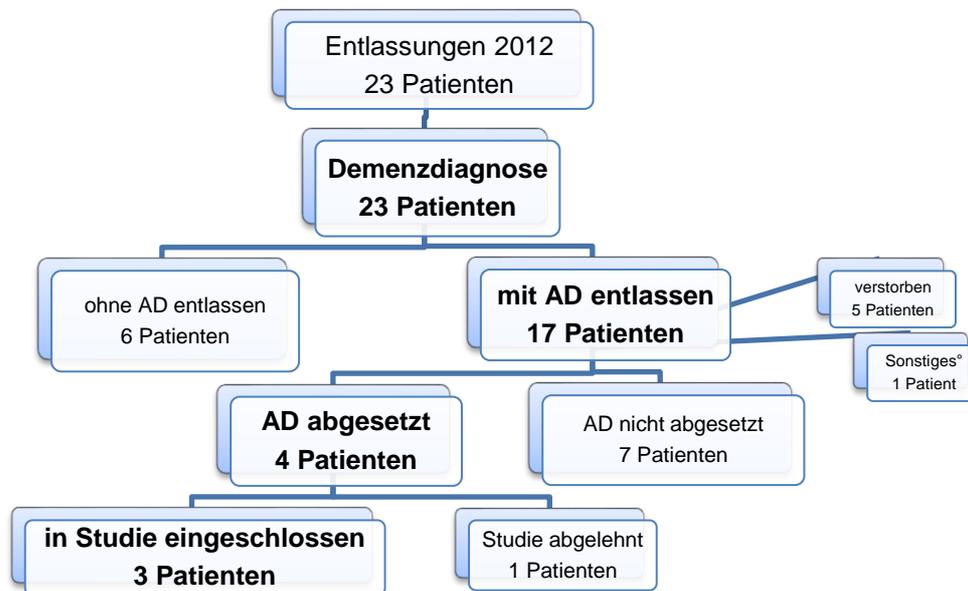
Alter	männlich	weiblich	Demenzschwere
<75 Jahre	3*	1	leicht MMST 20-26
		2	mittel MMST 10-19
		8	schwer MMST ≤ 9
≥75 Jahre		10	leicht MMST 20-26
	7, 11	5, 6, 17	mittel MMST 10-19
	4	9	schwer MMST ≤ 9
Depression	Verhaltens- auffälligkeiten	Keine Verhaltens- auffälligkeiten	Entlassung
ja	11	1	nach Hause
		7, 9	ins Heim
nein		2, 3, 5, 6, 8, 10	nach Hause
	17	4	ins Heim

Legende: *Ziffer = Patientencode

3.1.2. Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie

Da die Demenzabteilung zwar integriert in die oben genannte Klinik ist, die Entlassungen aber getrennt von der Klinik für Psychiatrie laufen, wurden hier lediglich die Entlassungen der Abteilung gesichtet und nicht die kompletten Entlassungen der Klinik für Psychiatrie. Es wurden die gleichen Zeitabschnitte betrachtet wie in der Klinik für Geriatrie.

Abbildung 5: Generierung der Stichprobe aus Entlassungen der Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie 2012



AD=Antidementivum (Cholinesteraseinhibitor und/oder Memantin), *Sonstiges=Information zur Einnahme von AD nicht sicher zu erheben

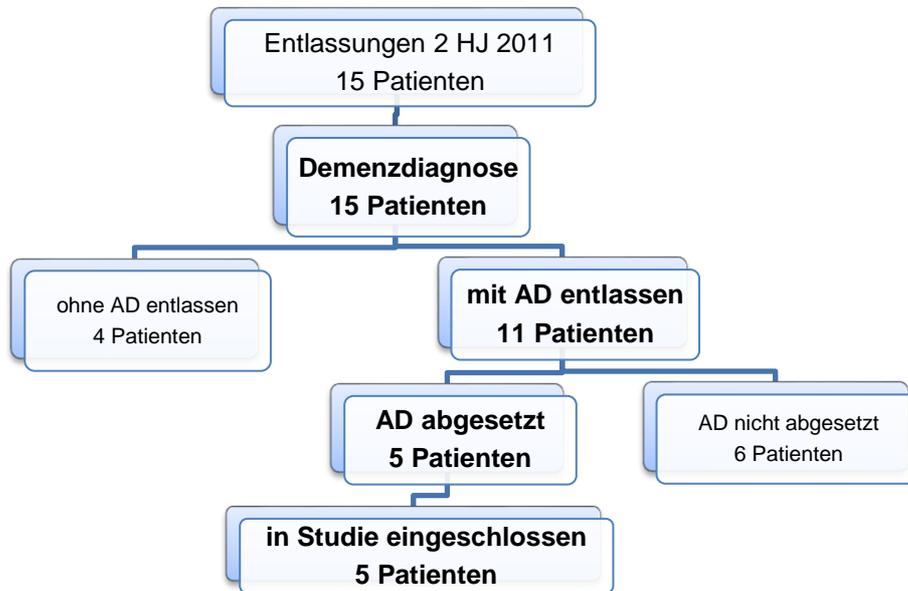
Von 23 entlassenen Patientinnen und Patienten im Jahr 2012 hatten alle eine Demenzdiagnose, da die Zuweisung zu dieser Abteilung nur mit dieser Diagnose stattfindet. Hierbei spielte zunächst keine Rolle, welche Art von Demenz beschrieben wurde. Bei 17 Patienten war in der Entlassmedikation ein Antidementivum gelistet. Auch hier haben wir nicht unterschieden, ob die Demenz Erstdiagnose war oder bereits vor Klinikaufenthalt bestand und ob das Antidementivum eine Erst- oder Folgeverordnung war. Alle 17 Patientinnen und Patienten wurden angeschrieben und dann telefonisch kontaktiert.

Ergebnis: Von den 17 Patientinnen und Patienten waren fünf zum Zeitpunkt der Anfrage verstorben und bei einem Patienten war die Information, ob das Antidementivum abgesetzt war, nicht zuverlässig zu erheben („Sonstige“). 7 Patienten oder Angehörige gaben an, dass das Antidementivum weiterhin genommen würde, vier Patienten hatten das Antidementivum zum Zeitpunkt der Nachfrage abgesetzt oder gar nicht erst genommen. Diese vier Patienten wurden um Studienteilnahme gebeten. Ein Patient lehnte ab, sodass aus diesem Zeitraum drei Studienteilnehmer rekrutiert werden konnten.

Die Anfragen fanden im März 2014 statt, so dass gewährleistet war, dass mindestens ein Jahr seit der Entlassung vergangen war. Jeder interviewte Patientenfall wurde in die Tabelle „Merkmalskombination der Studienteilnehmer“ einsortiert (vgl. Tabelle 3).

Die Entlassungen im 2. Halbjahr 2011 wurden nach dem gleichen Prinzip wie die Entlassungen 2012 gesichtet.

Abbildung 6: Generierung der Stichprobe aus Entlassungen der Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie im 2. Halbjahr 2011



Legende: HJ=Halbjahr; AD=Antidementivum (Cholinesteraseinhibitor und/oder Memantin)

Von den 15 entlassenen Patientinnen und Patienten im 2. Halbjahr 2011 hatten alle Patienten eine Demenz in der Diagnoseliste des Entlassungsbriefes. Von diesen hatten 11 Patienten in der Entlassmedikation ein Antidementivum gelistet oder ausdrücklich empfohlen. Diese 11 Patienten wurden angeschrieben und dann telefonisch kontaktiert.

Ergebnis: Von den 11 Patientinnen und Patienten gaben sechs an, dass sie das Antidementivum weiter einnahmen. Fünf Patienten hatten das Antidementivum zum Zeitpunkt der Nachfrage abgesetzt und wurden um Studienteilnahme gebeten. Keiner lehnte ab, so dass aus diesem Zeitraum fünf Studienteilnehmer rekrutiert werden konnten.

Die Anfragen fanden im März 2014 statt. Auch hier war gewährleistet, dass die Entlassung mindestens ein Jahr zurück lag. Auch diese Fälle wurden in die Tabelle 3 eingeordnet.

Tabelle 3: Merkmale der Studienteilnehmer, die über die Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie rekrutiert wurden

Alter	männlich	weiblich	Demenzschwere
<75 Jahre		20*	leicht MMST 20-26
	13		mittel MMST 10-19
			schwer MMST ≤ 9
≥75 Jahre		18, 19	leicht MMST 20-26
	14	12, 15	mittel MMST 10-19
		21	schwer MMST ≤ 9
Depression	Verhaltens- auffälligkeiten	Keine Verhaltens- auffälligkeiten	Entlassung
ja			nach Hause
	18		ins Heim
nein	13, 20	12, 14, 15, 19	nach Hause
		21	ins Heim

Legende: * Ziffer = Patientencode

Insgesamt konnten also 12+8 Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen werden.

3.1.3. Zusammensetzung der Stichprobe

Nach der Einordnung aller teilnehmenden Patientenfälle in die Tabelle „Merkmalskombination“, lag folgendes Ergebnis vor.

Tabelle 4: Merkmale aller Studienteilnehmer

Alter	männlich	weiblich	Demenzschwere
<75 Jahre	3*	1, 20	leicht MMST 20-26
	13	2	mittel MMST 10-19
		8	schwer MMST ≤ 9
≥75 Jahre		10, 18, 19	leicht MMST 20-26
	7, 11, 14	5, 6, 12, 17, 15	mittel MMST 10-19
	4	9, 21	schwer MMST ≤ 9
Depression	Verhaltens- auffälligkeiten	Keine Verhaltens- auffälligkeiten	Entlassung
ja	11	1	nach Hause
	18	7, 9	ins Heim
nein	13, 20	2, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 19	nach Hause
	17	4, 21	ins Heim

Legende:* Ziffer = Patientencode

Bis auf zwei Merkmalskombinationen waren alle Kombinationen vertreten. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer war somit weiblich (70%) und ≥ 75 Jahre alt (ebenfalls 70% aller Teilnehmer). Es überwogen Teilnehmer/-innen mit einer mittelschweren Demenz (40% aller Teilnehmer) sowie Teilnehmer/-innen ohne Depression und Verhaltensauffälligkeiten, die nach Hause entlassen wurden (50% aller Teilnehmer).

In Tabelle 5 sind die Angaben zu den Teilnehmern weiter detailliert dargestellt.

Tabelle 5: Merkmale der Studienteilnehmer bei Entlassung

Co	Alter Geschlecht	Schwere Demenz	Verhaltens- auffälligkeit	Depression	Entlassung nach
1	72 weiblich	leicht MMST 22	nein	Reaktive Depression	Hause
2	73 weiblich	mittel MMST 15	nein	nein	Hause
3	70 männlich	leicht MMST 22	nein	nein	Hause
4	82 männlich	schwer MMST 6	nein	nein	Heim
5	80 weiblich	mittel MMST 18	nein	nein	Hause
6	88 weiblich	mittel MMST 14	nein	nein	Hause
7	86 männlich	mittel MMST 14	nein	Stimmungslage gedrückt	Heim
8	74 weiblich	schwer MMST 7	nein	nein	Hause
9	89 weiblich	schwer MMST 8	nein	Stimmungslage gedrückt	Heim
10	88 weiblich	leicht MMST 27	nein	nein	Hause
11	78 männlich	mittel MMST 15	Affektstörung	Depressive Verstimmung	Hause
12	87 weiblich	mittel MMST 15	nein	nein	Hause
13	66 männlich	mittel MMST 14	Agoraphobie	nein	Hause
14	79 männlich	mittel MMST 14	nein	nein	Hause
15	73 weiblich	mittel MMST 18	nein	nein	Hause
17	83 weiblich	mittel MMST 12	Antrieb vermindert	nein	Heim
18	77 weiblich	leicht MMST 23	Sozialer Rückzug	Traurig resignativ, kein Lebenswille	Heim
19	76 weiblich	leicht MMST 22	nein	nein	Hause
20	70 weiblich	leicht DemTect 12	Affekt- verarmung	nein	Hause
21	86 weiblich	schwer MMST 9	nein	nein	Heim

Legende: Co = Patienten-Code, MMST = Mini-Mental Status-Test

Zu jedem Patienten wurden alle Beteiligten interviewt, die womöglich zum Absetzen des Antidementivum Auskunft geben konnten bzw. darin involviert waren und der Teilnahme zugestimmt hatten. Letztendlich konnten folgende Interviews durchgeführt werden (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Durchgeführte Interviews

Co	Patient	Angehörige	Hausarzt
1	X	Ehepartner Schwiegertochter	X
2	X	Ehepartner Tochter	X
3	X		X
4		Sohn	X*
5	X	Tochter	X
6		Sohn	X
7		Ehepartner	X
8		Ehepartner	
9		Schwiegertochter	
10		Sohn Tochter	X
11	X		X
12	X	Sohn	X*
13		Ehepartner	X
14		Sohn	X
15		Sohn Tochter	X
17	X		X
18		Tochter	X
19	X	Sohn	X
20	X	Sohn Tochter	X
21		Tochter Tochter	X
Insgesamt	9	23	17

Legende: Co = Patienten-Code, *gleicher Hausarzt bei Fällen 4 und 12

Insgesamt wurden also 9 Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten, 23 Interviews mit Angehörigen und 17 Interviews mit Hausärzten geführt, da der Hausarzt zu Fall 4 und 12 der gleiche ist.

3.2. Verordnete Antidementiva

Die Entlassungsdiagnosen, die verordneten bzw. empfohlenen Antidementiva sowie die verordnende/empfehlende Institution sind in den Tabellen 7-9 dargestellt.

3.2.1. Leichte Demenz

Tabelle 7: Diagnosen und verordnete Antidementiva bei leichter Demenz

Pat.-Code	Angesetzt durch	Diagnose bei Entlassung	Erst/Folge-Verordnung Antidementivum
1	Klinik	V. a. Demenz	Erstverordnung Rivastigmin
3	Klinik	Demenz vom Mischtyp	Erstverordnung Antidementivum empfohlen
10	Klinik	Mild Cognitive Impairment	Erstverordnung Galantamin
18	Klinik	Demenzielle, leichte Störung bei V. a. Demenz vom Alzheimer-Typ	Erstverordnung Donepezil
19	Klinik	Leichtes demenzielles Syndrom bei V. a. auf spätmanifestierende Demenz vom Alzheimer-Typ	Erstverordnung Memantin
20	Klinik	Leichte demenzielle Störung, V. a. gemischter Typ	Erstverordnung Donepezil

In allen Fällen, in denen es sich bei Entlassung um eine leichte Demenz handelte, war das Antidementivum durch die Klinik erstverordnet.

Der Grund für die Verordnung von Memantin bei leichter Demenz (Fall Nr. 19) war laut Entlassungsbrief, dass „...die Patientin sowohl an Herzrhythmusstörungen leidet als auch eine pulmonale Erkrankung nicht sicher auszuschließen ist....“.

Die Verordnung von Galantamin bei Mild Cognitive Impairment (Fall Nr. 10) wurde nicht näher begründet. Galantamin ist für diese Indikation weder zugelassen noch in den Leitlinien der DEGAM, DGPPN und DGN empfohlen.

3.2.2. Mittelschwere Demenz

Tabelle 8: Diagnosen und verordnete Antidementiva bei mittelschwerer Demenz

Pat.-Code	Angesetzt / Bestätigt	Diagnose bei Entlassung	Erst/Folge-Verordnung Antidementivum
	Erstmals angesetzt		
2	Klinik	Parkinsonsyndrom mit Demenz	Erstverordnung Donepezil Rivastigmin-Pflaster
5	Klinik	Demenz a. e. vom Alzheimer Typ	Gedachte Erstverordnung Memantin
	Hausarzt		Erstverordnung
6	Klinik	Demenz a. e. vom Mischtyp oder vaskulär	Erstverordnung Galantamin
7	Klinik	Demenz vom Mischtyp	Erstverordnung Memantin empfohlen
11	Klinik	Demenz	Folgeverordnung Donepezil
	Hausarzt		Erstverordnung
12	Klinik	Gemischte Demenz vaskulär und cortical	Erstverordnung Memantin
13	Klinik	Mittelschwere demenzielle Störung, V . a. präsenile Alzheimer-Demenz	Folgeverordnung Memantin
	Hausarzt		Erstverordnung
14	Klinik	Mittelschwere Demenz bei Alzheimerkrankheit/ gemischte Form	Erstverordnung Memantin
15	Klinik	V. a. Alzheimer und Demenz mit spätem Beginn	Folgeverordnung Donepezil 10mg
	Hausarzt		Erstverordnung Donepezil 5 mg
17	Klinik	Ausgeprägte SAE mit Demenz	Gedachte Erstverordnung Donepezil
	Hausarzt		Erstverordnung Memantin

In dieser Gruppe fanden sich Erst- und Folgeverordnungen. In zwei Fällen (Nr. 5 und Nr. 17) waren es gedachte Erstverordnungen, was bedeutet, dass die entlassende Klinik einmal nicht gewusst hat, dass bei dem Patienten vorher schon mal ein Therapieversuch mit einem Memantin gemacht worden war, und das zweite Mal der Patient bei Einweisung bereits ein Antidementivum hatte.

Bei Patient Nr. 2 war die Kombination von Donepezil und Rivastigmin nicht weiter begründet. Bei Donepezil besteht keine Zulassung für die Parkinson-Demenz, mit

der Revidierung der S3-Leitlinie der DGPPN und DGN ab 2015 aber eine Off-Label „Sollte“-Empfehlung.

Auch bei Patient Nr. 17 war die Verordnung von Donepezil bei vaskulärer Demenz, für die keine Zulassung besteht, nicht weiter begründet worden. Hier besteht nicht erst ab 2015 eine Off-Label „Kann“ Empfehlung in der S3-Leitlinie der DGPPN und DGN.

3.2.3. Schwere Demenz

Tabelle 9: Diagnosen und verordnete Antidementiva bei schwerer Demenz

Pat.-Code	Angesetzt / Bestätigt	Diagnose bei Entlassung	Erst/Folge-Verordnung Antidementivum
	Erstmals angesetzt		
4	Klinik	Demenz vom Mischtyp	Folgeverordnung Memantin
	Hausarzt 2010		Erstverordnung
8	Klinik	Dementielle Entwicklung und Z. n. Apoplex	Erstverordnung Rivastigmin-Pflaster
9	Klinik	Fortgeschrittene Demenz vom Mischtyp	Erstverordnung Memantin
21	Klinik	Schweres demenzielles Syndrom bei V. a. Demenz vom Alzheimer-Typ	Folgeverordnung Memantin
	Hausarzt		Erstverordnung

Auch in dieser Gruppe fanden sich Erst- und Folgeverordnungen.

Bei Patient Nr. 8 war die Verordnung von Rivastigmin bei schwerer Demenz nicht weiter begründet. Es besteht keine Zulassung von Rivastigmin für schwere Demenz.

3.3. Einnahmedauer der Antidementiva

3.3.1. Erstverordnungen

Bei 13 von 20 Patienten handelte es sich bei Entlassung um eine Erstverordnung des Antidementivums, bei weiteren zwei Patienten um eine gedachte Erstverordnung.

Tabelle 10: Dauer der Einnahme bei Erstverordnung des Antidementivums

Pat.-Code	Angesetzt/bestätigt Schwere der Demenz	Antidementivum	Abgesetzt nach Entlassung
1	Klinik Leichte Demenz	Rivastigmin	sofort
2	Klinik Parkinsonsyndrom, Mittelschwere Demenz	Donepezil Rivastigmin-Pflaster	nach 4 Monaten
3	Klinik Leichte Demenz	Antidementivum empfohlen	nicht begonnen
5	Klinik Mittelschwere Demenz	Gedachte Erstverordnung Memantin	sofort
	Hausarzt	<i>Erstverordnung Memantin (Ebixa)</i>	<i>Erstverordnung Jahre vorher von Hausarzt ging über 2 Jahre, dann abgesetzt</i>
6	Klinik Mittelschwere Demenz	Galantamin	sofort
7	Klinik Mittelschwere Demenz	Memantin empfohlen	nicht begonnen
8	Klinik Schwere Demenz	Rivastigmin-Pflaster	sofort
9	Klinik Schwere Demenz	Memantin	nach 2 Jahren
10	Klinik Mild Cognitive Impairment/Leichte Demenz	Galantamin	nach 2 Jahren
12	Klinik Mittelschwere Demenz	Memantin	nach wenigen Tagen
14	Klinik Mittelschwere Demenz	Memantin	nach 2 Jahren
17	Klinik Mittelschwere, vaskuläre Demenz	Gedachte Erstverordnung Donepezil	nach 3 Tagen
	Hausarzt	<i>Erstverordnung Memantin</i>	<i>4 Monate vor Einweisung</i>
18	Klinik Leichte Demenz	Donepezil	nach 5 Monaten
19	Klinik Leichte Demenz	Memantin	sofort
20	Klinik Leichte Demenz	Donepezil	nach 4 Monaten

Legende: Gelb unterlegt sind diejenigen Patientinnen und Patienten, bei denen strenggenommen keine Indikation für die Verordnung des Antidementivums bestand.

Bei der Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit (angenommener) Erstverordnung seitens der Klinik (9 von 15) wurde das Antidementivum innerhalb der ersten Tage nach Entlassung abgesetzt bzw. gar nicht erst begonnen. Bei drei Patienten erfolgte das Absetzen nach 4-5- Monaten, bei weiteren drei nach ca. zwei Jahren. Das zeitliche Absetzungsmuster war bei den Patientinnen und Patienten, bei denen streng genommen keine Indikation für die Verordnung des Antidementivums

bestand (gelb unterlegte Fälle) identisch mit dem Muster bei den Patientinnen und Patienten mit klarer Indikation.

3.3.2. Folgeverordnungen

Bei fünf Patienten handelte es sich um eine Bestätigung der ambulanten Antidementiva-Verordnung durch die Klinik.

Tabelle 11: Dauer der Einnahme bei Folgeverordnungen des Antidementivums

Pat.-Code	Angesetzt/bestätigt Schwere der Demenz	Antidementivum	Abgesetzt nach Entlassung
	Erstmals angesetzt		Einnahmedauer vor Klinikaufenthalt
4	Klinik Schwere Demenz	Memantin	sofort
	Hausarzt 2010	Erstverordnung Memantin	2 Jahre
11	Klinik Mittelschwere Demenz	Donepezil	1 Jahr und 4 Monate
	Hausarzt	Erstverordnung Donepezil	Ca. 8 Monate
13	Klinik Mittelschwere Demenz	Memantin	4 Wochen
	Hausarzt	Erstverordnung Memantin	4 Wochen
15	Klinik Dosis hochgesetzt Mittelschwere Demenz	Donepezil 10mg	Nach wenigen Tagen (reduziert) und <u>nach 4 Monaten</u> endgültig abgesetzt
	Hausarzt	Erstverordnung Donepezil 5 mg	Ca. > 8 Monate
21	Klinik Schwere Demenz	Memantin	2 Jahre
	Hausarzt	Erstverordnung Memantin	2 Jahre

Das Absetzen des Antidementivums fand auch bei den Folgeverordnungen zwischen sofort und zwei Jahren statt.

3.3.3. Einnahmedauer insgesamt

Von den 20 Patientenfällen wurde das Antidementivum bei 10 Patienten zeitnah zur Entlassung abgesetzt, bei weiteren fünf Patienten innerhalb von fünf Monaten nach Entlassung. Lediglich fünf Patienten hatten das Antidementivum über das erste Jahr nach Entlassung hinaus.

Berücksichtigt man, dass es sich in fünf Fällen um eine Folgeverordnung handelte und die eine gedachte Erstverordnung (Patient Nr. 17) sich kurz vor dem Klinikaufenthalt abspielte, ergibt sich folgendes Bild der gesamten Einnahmedauer der Antidementiva:

Von den 20 Patientenfällen wurde das Antidementivum bei 8 Patienten zeitnah zur Erstverordnung abgesetzt, bei weiteren fünf Patienten im ersten Jahr nach der Erstverordnung. 7 Patienten hatten das Antidementivum über das erste Jahr nach Erstverordnung hinaus.

3.4. Initiative für das Absetzen, Kommunikationswege

Überblick: Die Initiative zum Absetzen des Antidementivums wurde in 7 Fällen vom Hausarzt ergriffen, in vier Fällen von den Angehörigen, in einem Fall von Patientin und Angehörigem und in zwei Fällen explizit von Angehörigen und Hausarzt gemeinsam. Bei zwei Patienten war der Neurologe Initiator. In vier Fällen konnte kein Initiator ausgemacht werden.

3.4.1. Hausarzt

Am häufigsten, d.h. konkret in 7 der 20 Fälle, wurde das Absetzen durch den Hausarzt initiiert. In allen diesen Fällen wurde das Absetzen eher nicht kommuniziert. In fünf Fällen gab es zur Nicht-Kommunikation seitens des Hausarztes keinen nennenswerten Grund (Fälle Nr. 3, 5, 11, 17, 19), in zwei Fällen wurde die Nicht-Kommunikation begründet (Fälle Nr. 1, 6)

Eine Begründung war, dass sowohl der Patient als auch die Angehörigen mit der Information rund um dieses Medikament eher überfordert wären und letztendlich der Arzt dafür die Verantwortung trägt (Fall Nr. 1).

In einem zweiten Fall langte dem Angehörigen, dass der Hausarzt die Entscheidung traf und hierzu keine Informationen weiter gab.

Interview 6So, Code: Angehörige\Informiertheit\Wissen um Absetzen\Nicht

I: Hat er (der Hausarzt) mit Ihnen darüber gesprochen, dass die (Ärzte in Klinik) dieses Medikament angesetzt hatten und dass er das jetzt wieder absetzen möchte?

So: Sah er wohl...keine Veranlassung drin...bezogen auf das Alter und...

I: Das haben Sie besprochen?

So: Nein...nein, er hat das gelesen und sagt, Ach das tut doch nicht not und...das....

I: Das hat er gesagt, in diesem Fall tut das nicht not?

So: Ja...das ist so, wenn Mutter sitzt hier am Tisch, denn setzt sich der Arzt mit seinem Koffer dahin und, wenn er denn irgendwas hat, das hat er denn gelesen und er liest und man hört...man lässt den Mann ja auch in Ruhe und dann sagt, ja ach nö, Veranlassung, ach nö nein braucht nicht, ja. Und dann brauch` ich ja nicht großartig nachfragen.

Legende: So=Sohn, I=Interviewer

3.4.2. Angehörige

In vier Fällen (Fälle Nr. 2, 8, 9, 13) wurde das Absetzen durch Angehörige initiiert. Die Kommunikationswege waren dabei sehr unterschiedlich:

In einem Fall wandte der Angehörige sich an den behandelnden Neurologen, in einem Fall an den Hausarzt, in einem Fall an eine Pflegefachkraft im betreuenden Heim und in einem Fall an die Klinikärzte.

3.4.3. Hausarzt und Angehörige gemeinsam

In zwei Fällen (Fälle Nr. 14, 15) wurde über das Absetzen gemeinsam entschieden.

Typisch für diese Fälle war, dass die Kommunikation zwischen Hausarzt und den Angehörigen sehr eng gestaltet war.

Interview 14So, Code: Absetzen\Gründe\AZ zu schlecht, keine Wirkung mehr zu erwarten

I: Wer hat das Ihrer Meinung nach letztendlich so entschieden? Sie, als Angehöriger, oder...

So: Am Ende des Tages haben wir als Angehörige das natürlich entscheiden müssen, aber wir haben natürlich mit Frau Dr. X. (Hausärztin) gesprochen, wir haben gesagt, was muss er weiterhin haben, was nicht, macht das Sinn, was macht Sinn. Und dann haben wir das natürlich besprochen, ganz klar und am Ende des Tages haben wir gesagt, okay, wenn das so ist, dann braucht er auch keine Mittel mehr schlucken, die ihm sowieso nichts bringen.

Legende: So=Sohn, I=Interviewer

Interview 15Ha, Code: Absetzen\Letztendlich abgesetzt\Neuer Hausarzt

I: Haben Sie mit den Angehörigen mal über das Medikament gesprochen?

A: Ja, mit der Tochter.....

I: Gut, wer hat Ihrer Meinung nach dann letztendlich entschieden, das Mittel abzusetzen?

A:

I: Sie oder die Angehörigen?

A: Also das würde ich so Fifty-fifty machen. Ja, so sehe ich das.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.4.4. Ohne Initiative

In vier Fällen (Fälle Nr. 4, 7, 18, 21) fand das Absetzen ohne Initiative durch eine bestimmte Person statt. Dementsprechend gibt es auch keine bestimmbareren Kommunikationswege. Die Medikamente sind offenbar an Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen „verloren gegangen“. Die Interviewpartner konnten nur Vermutungen anstellen, aus welchem Anlass das Medikament aus der Liste verschwunden war (vgl. Kapitel 3.5. „Gründe“).

3.4.5. Neurologe

In zwei Fällen (Fälle Nr. 10, 20) wurde das Absetzen durch den Neurologen initiiert. In beiden Fällen wurde das Absetzen mit den Angehörigen direkt besprochen. Der

Hausarzt erhielt jeweils die Information im Rahmen des normalen Facharztberichtes bei Mitbehandlung. Involviert in die Entscheidung war er in beiden Fällen nicht.

Interview 10Ha, Code: Hausarzt\Kommunikation\Betreuender Neurologe-Hausarzt\Nicht

I: Hat Herr Dr. Y. (Neurologe) das mit Ihnen besprochen, dass er meint, die Medikation würde er nicht fortsetzen?

A: Nein.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 20Ha, Code: Hausarzt\Involviert Medikamente\Neurologe\Verordnung ausschließlich Neurologe

I: Können Sie in Ihrer Verordnungsliste sehen, wann Sie das das letzte Mal aufgeschrieben haben oder wann die Patientin das das letzte Mal angefordert hat?

A: Ja.....Aricept, ich bin mir jetzt gar nicht sicher, ob ich das überhaupt je verordnet hab oder es immer von Frau Dr. Y. (Neurologin) kam.

I: Ja.

A: Also...ich hoffe, ich kick Sie jetzt nicht damit raus, aber ich hab Aricept nie, nie verordnet, das war immer eine neurologische Verordnung gewesen.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.4.6. Patient

In einem Fall (Fall Nr. 12) hat der Patient durch das Berichten an den Angehörigen und dann an den Hausarzt die Initiative zum Absetzen ergriffen. Die Patientin bzw. der Angehörige wandte sich mit dem Anliegen an den Hausarzt:

Interview 12So, Code: Absetzen\Letztendlich abgesetzt\Patient selbst

So: Wir haben das wieder beim Arzt abgegeben, sie hat das zwei, drei Mal oder vier Mal genommen und sie sagt, ich kann das nicht ab, mir geht das immer schlecht danach.

I: Ist Ihnen das auch aufgefallen, dass es ihr mit dem Medikament dann schlecht ging?

So: Ja, ihr ging das...ich weiß das nicht, aber sie sagte, dass ihr, dass sie sich nicht gut fühlt und alles und dann ist sie ein bisschen gnatterig und so...

Legende: So=Sohn, I=Interviewer

3.5. Gründe für das Absetzen der Antidementiva

Von Patienten, Angehörigen und Ärzten wurden viele unterschiedliche Gründe für das Absetzen der Antidementiva genannt, pro Patient zum Teil auch mehrere. Zwischen Einschätzungen der Angehörigen und Einschätzungen der Hausärzte gab es sowohl Übereinstimmungen als auch Widersprüche. Tabelle 12 zeigt eine Übersicht über die genannten Absetzgründe:

Tabelle 12: Übersicht über die Absetzgründe von Antidementiva

Absetzgrund	Anzahl der Patientinnen/Patienten
Wirkungslosigkeit insgesamt, davon <ul style="list-style-type: none"> • beobachtete Wirkungslosigkeit im konkreten Fall • generelle Einstellung zu Antidementiva 	8, davon <ul style="list-style-type: none"> • 6 • 2
Nebenwirkungen insgesamt, davon <ul style="list-style-type: none"> • beobachtete Nebenwirkungen im konkreten Fall • Sorge vor Nebenwirkungen • generelles Absetzen aller Medikamente 	9, davon <ul style="list-style-type: none"> • 4 • 3 • 2
Falsche Indikation	5
Unklares Verschwinden aus der Medikamentenliste	4
Andere Ereignisse und Überlegungen	7
Summe der Nennungen bei 20 Patientinnen und Patienten	33

3.5.1. Wirkungslosigkeit

Der am häufigsten genannte Absetzungsgrund (bei 6 von 20 Fällen) war die beobachtete Wirkungslosigkeit der Antidementiva (Fälle Nr. 9, 13, 17, 15). Die beobachtete Wirkungslosigkeit konnte sich dabei auch auf frühere Erfahrungen mit dem Antidementivum stützen (Fälle Nr. 5, 14).

Interview 9S, Code: Angehörige\Kommunikation\Angehörige-Pflegefachkraft\Medikation AD noch nötig\Patient alt

S:und da sie also vom Geistigen her, wie soll ich das sagen....hatte das, ich hab keine Verbesserung gemerkt, gar nichts. Im Gegenteil, also das ging immer zeitweise bergab und das sind immer verschiedene Tage, die sie hat, mit oder ohne Medikament. Es sind keine, ich stelle nichts fest.

Legende: S=Schwiegertochter, I=Interviewer

Interview 13E, Code: Absetzen\Gründe\Keine Wirkung

E: Ich hab eigentlich zum Doktor gesagt, ich sage, es bringt nichts. Ob er das nun nimmt oder nicht nimmt

Legende: E=Ehepartner

Interview 13Ha, Code: Absetzen\Gründe\Nebenwirkungen/Unverträglichkeit\Muskelschmerzen

A: Er hat Nebenwirkungen gehabt und wie erwartet in der kurzen Anwendungszeit keine Besserung der demenziellen Symptomatik.

Legende: A=Hausarzt

Interview 17Ha, Code: Absetzen\Gründe\Keine Wirkung

A: Weil ich, so wie ich den Satz hier formuliere, denke, dass für mich nicht überzeugend war, dass es gewirkt hat.....

Legende: A=Hausarzt

Interview 5Ha, Code: Absetzen\Gründe\Früher schon mal ohne Erfolg gehabt

I: Das heißt September 2011 kein Ebixa mehr bekommen, weil Sie vorher bei der Patientin praktisch schon mal festgestellt haben....

A: Ich hab schon 2009 gesagt, dass das nicht funktioniert, ja.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 14Ha, Code: Absetzen\Gründe\Keine Wirkung

I: Und was war der Grund dann, es nicht wieder anzusetzen, als er wieder schlucken konnte?

A: Ich hab einfach dann, ich hab wohl zwar mal drüber nachgedacht, aber weil es eben erstens schon relativ weit fortgeschritten war und zweitens auch nicht so richtig viel Wirkung gezeigt hat, habe ich es dann irgendwie nicht gemacht, weil er halt auch nicht mehr in die Sprechstunde hätte gehen können, um das nochmal so zu überprüfen.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

In zwei weiteren Fällen (Fälle Nr. 6 und 11) erwarteten die Hausärzte keine Wirkung und verschrieben die Medikamente deshalb nicht. Folgerichtig wurde das Antidementivum bei Fall 6 sofort abgesetzt, bei Fall 11 trotz gegenteiliger Überzeugung rund 2 Jahre lang verordnet.

Interview 6Ha, Code: Absetzen\Gründe\Patient zu alt

A: Es ist aber wahrscheinlich eine generelle Einstellungssache gewesen, die Dame war damals dann 88 und damit man einen positiven Effekt erwarten kann, ist das natürlich schon recht fortgeschrittenes Alter, um davon, auch bei dieser etwas ungünstigen Kosten-Nutzen-Relation, große Vorteile zu ziehen.....

Legende: A=Hausarzt

Interview 11Ha, Code: Absetzen\Gründe\AD werden grundsätzlich abgesetzt\Grund: Keine Messungsmöglichkeit und Absetzen\Gründe\AD werden grundsätzlich abgesetzt\Grund: Budgetbelastung

A:wenn man den Eindruck hätte, dass es helfen würde, würde man es schon verschreiben.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.5.2. Nebenwirkungen

In vier Fällen (Fälle Nr. 12, 8, 13, 15) waren erlebte Nebenwirkungen ein eindeutiger Anlass, die Antidementiva abzusetzen.

Interview 12Ha, Code: Hausarzt\Wirkung AD\Unverträglichkeit\Tüddeligkeit

I: Welche Erfahrung hast Du mit diesem Medikament bei der Patientin gemacht?

A: Sehr kurzzeitige und leider überhaupt nicht erfolgreiche. Ich hatte mit dem Sohn kurze Zeit später telefonisch Kontakt und dann auch persönlich, er berichtete mir, dass seit der Einnahme des Axura, auch in der Dosis 5mg, ja eine deutlich auffällige Veränderung im Sinne von einer zunehmenden Tüddeligkeit bemerkt hat.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 8E, Code: Angehörige\Grund Absetzen,bzw. Nichtansetzen\Nebenwirkung\Rötung durch Pflaster

I: Auf der Entlassungsliste steht ein Medikament, Pflaster Exelon, welches sie jetzt nicht mehr bekommt. Warum bekommt sie das nicht mehr?

E: Weil sie, weil das immer so rot war hinten am Rücken.

Legende: E=Ehepartner, I=Interviewer

Interview 13Ha, Code: Absetzen\Gründe\Nebenwirkungen/Unverträglichkeit\Muskelschmerzen

A: Er hat Nebenwirkungen gehabt und wie erwartet in der kurzen Anwendungszeit keine Besserung der demenziellen Symptomatik.

I: Dazu war die Zeit einfach zu kurz?

A: Der hat Muskelschmerzen und Konzentrationsstörungen gekriegt, Konzentrationsstörung im weitesten Sinne.

I: Was heißt im weitesten Sinne?

A: Also er ist fahriger geworden.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 15So, Code: Absetzen\Gründe\Nebenwirkungen/Unverträglichkeit\Unruhe\Bei Aufdosierung

So: da könnte man vielleicht noch was retten und dann hatte die das bekommen, zwei Tage, aber dann war sie so hyperaktiv, also wir konnten sie hier nicht bändigen, also da war nichts zu machen, also sie wollte abends nicht zu Bett und...also das war der reinste Horror war das.....

Legende: So=Sohn

In drei weiteren Fällen führte die Sorge vor Nebenwirkungen bei hohem Alter, Komorbidität und Polymedikation, die die Patienten zum Teil selbst nicht wollten, dazu, auf die Verschreibung von Antidementiva zu verzichten (Fälle Nr. 9, 19, 1).

Interview 9S, Code: Angehörige\Kommunikation\Angehörige-Pflegefachkraft\Medikation AD noch nötig\Patient alt

S: Ich habe gefragt nach der Medikamenten...Liste und hab` gefragt, warum man einer über 90-jährigen dieses Medikament noch geben muss.

I: Okay.

S: Das war meine Aussage eigentlich. Daraufhin...denn...denn da so, das hat ja auch Nebenwirkungen.

Legende: S=Schwiegertochter, I=Interviewer

Interview 19Ha, Code: Absetzen\Gründe\Multimedikation\Patient möchte nicht so viel nehmen

I: Wurde das Medikament ambulant dann gegeben?

A: Nein.

I: Warum nicht?

A: Ich hab`s nicht dokumentiert, aber ich erinnere mich gut. Die hatte ja `ne sehr ausgedehnte kardiale Medikation schon, ist aber eigentlich ein Mensch, der eigentlich keine Tabletten nehmen möchte und in Androhung der eventuellen Nebenwirkungen, die es dann ja auch mal gibt und in Zusammenschau dessen, dass der Erfolg ja nicht herausragend ist, also wir hätten sie ja nicht neu gemacht damit, haben wir das dann nicht angesetzt bei der Masse an ohnehin schon vorhandenen Medikamenten.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 19So, Code: Absetzen\Gründe\Nebenwirkungen/Unverträglichkeit\Hausarzt abgeraten wegen möglicher NW

So: Ich habe da mit Frau X (Hausärztin) drüber gesprochen und die hat mir halt gesagt, das ist denkbar, dass man sowas gibt, aber die Nebenleistungen, Nebenwirkungen sind so...sehr umfangreich, also gravierend, dass sie das ihrem, ihrer Mutter nicht gegeben hätte und daraufhin war das für mich auch kein Thema mehr.

Legende: So=Sohn

Interview 1Ha, Code: Absetzen\Gründe\Multimedikation

I: Gut. Dann ist sie ja mit der Empfehlung Rivastigmin entlassen worden, hat sie das hinterher bekommen?

A: Ne, sie hat`s hinterher nicht bekommen, weil eine Multimedikation da war, hochgradige Unruhe, sie manches sowieso gar nicht mehr eingenommen hat und in dem Sinne ist versucht worden, ein möglichst sehr geringes Programm zu fahren... der Medikamente und darüber ist es wahrscheinlich nicht mehr gegeben worden.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Bei zwei Patienten (Fälle Nr. 11, 14) hatte sich der Allgemeinzustand im Verlauf so dramatisch verschlechtert, dass zwischenzeitlich alle Medikamente abgesetzt worden waren. Nach Verbesserung des Zustandes waren die Antidementiva nicht wieder angesetzt worden.

Interview 11Ha, Code: Absetzen\Gründe\Patient akute AZ-Verschlechterung

I: Der Patient ist in der Geriatrie in XXX gewesen und mit der Bestätigung eines Antidementivums Donepezil entlassen wurden. Ich weiß, dass das im April-Mai 2013 abgesetzt wurde. Können Sie mir darüber irgendetwas erzählen?

A: Ja, ich glaube, das kann ich so aus der Erinnerung und was ich in den Unterlagen hatte, war es so, dass wir, weil er relativ plötzlich in so eine fast präfinale Situation rutschte, gar nichts zu sich nahm, so gut wie alles abgesetzt hat, außer Analgetika und da ist das Donepezil auch mit drunter gefallen.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.5.3. Falsche Indikation

Bei fünf Patienten (Fälle Nr. 2, 19, 3, 10, 20) sahen entweder die behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte oder die Angehörigen keine Indikation für die Verordnung der Antidementiva.

Interview 2T, Code: Angehörige\Besonderheiten\Meinung falsche Indikation

T: Nee...aber die Tabletten wurden nur gegeben weil sie den Abend verwirrt war und die Ärzte sie nicht kannten und das so einfacher war, ist meine Meinung.

Legende: T=Tochter

Interview 19Ha, Code: Absetzen\Gründe\Falsche Indikation\Demenz nicht schwer genug

A:sie hatte noch einen so guten Minimental, es (Memantin) ist nur zugelassen für schwere Demenz und die hatte sie damals nicht. Kann man heute drüber diskutieren, aber damals hatte sie die nicht.

Legende: A=Hausarzt

Interview 3Ha, Code: Absetzen\Gründe\Falsche Indikation\Als Durchgangssyndrom gewertet

A: Es war so, dass er im Rahmen der Herzoperation nur ein Durchgangssyndrom hatte und wir deswegen, weil er danach wieder ganz normal war, als er bei uns war, das eher so gewertet haben, dass seine demenzielle Entwicklung, die in der Reha beschrieben wurde als... im Rahmen des postoperativen Delirs zu werten war.

Legende: A=Hausarzt

Interview 10So, Code: Absetzen\Gründe\Falsche Indikation\Feststellung durch Neurologen

So:...wir sind bei einem Neurologen gewesen, und der hat festgestellt, dass... oder war der Meinung, dass Mutter keine, was ist das denn..., Demenz oder keinen Alzheimer hat, sondern nur eine leichte Altersdemenz und aus diesem Grund hat er empfohlen, das Medikament abzusetzen.

I: Hat er das zufällig gesehen, dass sie dieses Medikament bekommt?

So: Ich habe die Medikamentenliste auch mit gehabt... das macht immer Sinn, weil damit dann der andere Arzt auch sehen kann, was sie nimmt.

Legende: So=Sohn, I=Interviewer

Interview 20T,So, Code: Absetzen\Gründe\Falsche Indikation\Feststellung durch Neurologen

T: Also die (die Neurologin) hat gesagt, das ist keine Demenz.

I: Okay.

T: Das kommt alles durch den Schlaganfall.

I: Okay.

T: Dadurch, dass das Gehirn so lange keinen Sauerstoff gekriegt hat.

I: Können Sie sich daran erinnern, ob Frau Dr. Y. (Neurologin) mit Ihnen darüber gesprochen hat? Wenn das jetzt keine Demenz ist, dann brauchen wir auch dieses Medikament nicht zu geben?

T: Nö, wir sollten das, sie sollte das `ne Zeit lang noch nehmen und dann sollte das abgesetzt werden.

Legende: T=Tochter, I=Interviewer

3.5.4. Unklares Verschwinden aus der Medikationsliste

Wie oben bereits beschrieben, erfolgte das Absetzen in vier Fällen (Fälle Nr. 4, 7, 18, 21) ohne Initiative durch eine bestimmte Person. Die Versuche, das Geschehen zu rekonstruieren werden im Folgenden dargestellt.

Im ersten Fall erfolgte die Entlassung in die Kurzzeitpflege. Trotz Listung von Memantin in der Entlassungsmedikation war das Medikament abgesetzt. Der das Heim betreuende Hausarzt hatte in den drei Wochen Kurzzeitpflege keinen Kontakt zum Patienten. Nach Entlassung nach Hause wurde der Patient wieder von seiner bekannten Hausarztpraxis betreut.

Interview 4Ha, Code: Hausarzt\Grund Absetzen, bzw. Nichtansetzen\Hausarzt-Wechsel\Kurzfristig wegen Kurzzeitpflege

I: Er (Patient) ist dann nach diesem geriatrischen Aufenthalt im yy.yy in die Kurzzeitpflege nach xxxxx gekommen und hat da das Memantin nicht mehr erhalten. Weißt Du darüber was?

A: Über die Episode in xxxxx ist mir tatsächlich gar nichts bekannt.

I: Okay.

A: Nach Aktenlage ist auch nachzuvollziehen, wie gesagt Kommunikationsprobleme, deswegen die... Einträge in der Karteikarte geben es nicht so richtig her, aber er ist nach Akutversorgung im Krankenhaus dann auch zur Kurzzeitpflege in ein Heim etwa 30 Kilometer weg von unserer Hausarztpraxis gekommen, so dass wir dort vorübergehend die hausärztliche Betreuung nicht gewährleisten können, konnten. Da hatte ein anderer Kollege, dessen Name mir nach Aktenlage jetzt gar nicht klar ist und auch nicht erinnerlich ist, die hausärztliche Versorgung vorübergehend übernommen.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Im zweiten Fall dieser Gruppe beruhte das Nichtansetzen des Antidementivums auf einem Missverständnis. Bei Empfehlung einer Demenzbehandlung erfolgte üblicherweise die Überweisung zum Neurologen durch den Hausarzt. Diese Information war bei den Angehörigen jedoch nicht angekommen.

Interview 7Ha, Code Absetzen\Gründe\Überweisung Neurologen zur Entscheidung\Empfehlung neurologische Vorstellung bei Angehörigen nicht angekommen

I: Es geht um Herrn X. Der Patient ist im yy.yy aus der Geriatrie entlassen worden mit der Empfehlung, ein Memantin zu beginnen. Können Sie mir darüber was sagen?

A: Im Nachhinein eigentlich wenig, erinnern kann ich mich daran nicht mehr. Übliches Vorgehen in solchen Fällen ist eigentlich Vorstellung der Patienten bei einem Neurologen und über diese Schiene gegebenenfalls dann neurologische Demenzbehandlung. Ich würde mal davon ausgehen, dass ich in dem Fall genauso gemacht habe oder zumindest dem Patient oder der Ehefrau das angeraten habe, weil ich es eigentlich immer so mache.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 7E, Code: Absetzen\Letztendlich abgesetzt\Missverständnis

I: Genau. Gibt es noch einen anderen Doktor, der...

E: Nein.

I: Doktor Y. (Neurologe) oder so?

E: Nein, wir haben Dr. X. (Hausarzt) und der geht ja auch ins Heim...jetzt, und betreut da die Kranken.

Legende: E=Ehepartner, I=Interviewer

Im dritten Fall erfolgte bei akuter Erkrankung die Einweisung ins Krankenhaus. Im Entlassungsbericht fehlte dann die Vormedikation des Antidementivums. Der

Hausarzt vermutete „Übertragungsprobleme“, da in der Regel die Hausmedikation durch die Klinik nicht verändert wird. Der Hausarzt hat das Medikament nicht vermisst und nicht weiterverordnet.

Interview 18Ha, Code: Absetzen\Gründe\Verloren gegangen\In stationärer Behandlung und danach

A: Die Internisten. Definitiv Krankenhaus. Ja sie (die Patientin) ist da eingewiesen worden, ... hatte `ne Urosepsis mit E. coli, guck gerade die Herzinsuffizienz, die hatte sie ja immer, dementielles Syndrom war bekannt bei ihr und sie im Grunde genommen ohne jedes Antidementivum und ohne jedes Antidepressivum wieder entlassen worden.

I: Schreiben die was dazu?

A: Nein. Oft ist das so, das muss man dazu sagen, das ist dann auch ein Übertragungsproblem. Die Patienten bringen dann Medikamente nicht unbedingt mit. Das Klinikum ändert ja nicht primär die Hausmedikation, warum soll sie`s tun, wenn es ansonsten gut läuft, und dann fällt`s immer bisschen hinten runter, dann bestellt das Heim die Medikamente, und wenn, das wissen Sie ja nun selber, wieviel Medikamente am Tag überall bestellt werden und ich geh nicht in jede Akte rein und guck, was haben sie jetzt weggenommen oder dazu gepackt, außer das sind nun Sachen aus dem kardiovaskulären Bereich, dann schau ich schon mal, was da los ist, aber da war nichts.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Im letzten Fall dieser Gruppe stoppte die Verordnung des in einem Heim untergebrachten Patienten komplett ohne Ereignis. Die Vermutungen des Hausarztes reichten von „ausgelaufen“ über „nicht nachbestellt“ bis aus Versehen „verschütt gegangen“. Die Tatsache, dass die Medikation hauptsächlich über Musterversorgung gewährleistet war, schien eine Rolle zu spielen. Der genaue Zeitpunkt des Absetzens ließ sich auch aus den Aufzeichnungen des Pflegeheimes nicht bestimmen.

Interview 21Ha, Code: Hausarzt\Zeitpunkt des Absetzens\Nicht klar\Keine Notiz von Folgeverordnung in Akte

I: Wann wurde das Medikament abgesetzt?

A: Ich finde das irgendwann nicht mehr hier in der Folgebestellung, dass wir es aktiv abgesetzt haben, entzieht sich meiner Kenntnis, kann sein, dass es irgendwann ausgelaufen ist und dann... nicht nachbestellt wurde und... also wer, ich finde es jetzt heute hier, das ist nicht mehr verordnet und ich dachte, wir hätten es bis heute noch im Köcher gehabt.

I: Okay.

A: Es wurde nicht aggressiv abgesetzt, sondern ist verschütt gegangen.

I: In diesem Fall, können Sie sehen, wann die letzte Verordnung war?

A: Ne, ich weiß gar nicht mehr, wann, ich muss im, das müsste man im Altenheim mal nachvollziehen, ich weiß es nicht. Kann sein, es ist ja auch immer so, dass wir noch bemustert haben, ich hätte, sonst hätte ich ein Rezept ausschreiben, von daher, weil ich ja nicht so Leib und Magen technisch das verordne, kann auch sein, dass das über Musterpackungen weitergelaufen ist und irgendwann sind die dann ausgelaufen oder ich weiß es, ich weiß im Moment nicht mal, warum wir das bei Frau X. irgendwann eingestellt haben.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.5.5. Absetzen aufgrund anderer Ereignisse oder Überlegungen

Weitere Gründe für das Absetzen des Antidementivums wurden nur jeweils einmal genannt. Dazu gehörte die Überforderung eines Angehörigen mit der Handhabung des Pflasters (Fall Nr. 2), das vermutete nicht vorhandene Vertrauen in den Demenztar aus dem Krankenhaus (Fall Nr. 12), Umzug ins Heim (Fall Nr. 17), das Nichtauftauchen in der Liste der Entlassmedikation (Fall Nr. 3), die Empfehlung eines Antidementivums nur im Text, die dann überlesen wurde (Fall Nr. 5), die nur mit Aufwand einzuhaltenden Handlungsrichtlinien (Fall Nr. 6) sowie schwierigste soziale Begleitumstände (Fall Nr. 4), die nach Einschätzung des Hausarztes jegliche medikamentöse Wirkung zunichtemachen würden.

Interview 2E, Code: Absetzen\Gründe\Pflasterhandhabung schwierig

E: Und warum? Weil das immer so eine Arbeit war, immer bisschen lästiger, und da habe ich zum Doktor gesagt, ob wir da nicht irgendwas anderes, nicht so Aufwendiges machen können. Das soll auch reichen.

Legende: E=Ehepartner

Interview 12So, Code: Absetzen\Gründe\Kein Vertrauen FA Demenzabteilung

So: ... ich glaub, sie (Patientin) hatte dem Arzt (Kliniker) auch nicht so vertraut. Weil der auch unbekannt war und weil es da ein bisschen durch sein Umräumen bisschen durcheinander aussah und dann denkt sie, der Arzt ist auch so. Das kann ich mir vorstellen, dass sie so die Meinung hatte und denn diese Tabletten auch nicht nehmen wollte.

Legende: So=Sohn

Interview 17Ha, Code: Absetzen\Gründe\Umzug ins Pflegeheim

A: Weil ich, so wie ich den Satz hier formuliere, denke, dass für mich nicht überzeugend war, dass es gewirkt hat und wahrscheinlich auch, weil sie jetzt im Heim war.

I: Haben Sie dann erwogen, wieder zurück auf Ebixa zu gehen?

A: (Schüttelt den Kopf)

I: Ne...da Sie dann im Heim war?

A: Ja.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 3Ha, Code: Absetzen\Gründe\Nicht in Entlassungsmedikation aufgelistet

I: Warum nicht?

A: Weil es bei der Entlassungsmedikation der Reha auch nicht im Medikamentenplan stand, sondern nur unter Therapie und Verlauf, dass es empfohlen wird und da sie es in der Reha dann nicht angesetzt haben, haben wir es dann auch nicht gegeben.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 5Ha, Code: Absetzen\Gründe\Nicht in Entlassungsmedikation aufgelistet

A: Ganz genau, ich habe es jetzt nachgeguckt. Da hat sie (Patientin) irgendwie Melperon dann bekommen, ... doch ich habe es hier.....Ganz genau, Entlassungs.....Ja, das Problem ist, dass da kein Ebixa draufsteht. Entlassungsmedikation: Pantoprazol, ASS.

I: Die schreiben das manchmal in den Absatz Empfehlung.

A: Empfehlung Hirnleistungstraining, soziale Einbindung...das steht da nicht. (Anmerkung: Im Originalbrief steht es drin)

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 6Ha, Code: Absetzen\Gründe\Kontrolluntersuchung zu aufwendig und nicht honoriert

I: Wissen Sie noch, wann Sie das abgesetzt haben?

A: Kann ich nicht mehr sagen. Ich weiß gar nicht, ob ich sie überhaupt aufgeschrieben habe, denn dazu kommt noch diese Bestimmung aus den Arzneimittelrichtlinien, dass die über bestimmte Wochenzahl nur gegeben werden dürfen, wenn man keine neurologischen oder entsprechende Kontrolluntersuchungen macht, was eigentlich eine relativ aufwändige Sache ist, erstens sich immer zu merken, wer wie viele Wochen was gekriegt hat und dann diese Untersuchungen unentgeltlich durchzuführen.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 4Ha, Code: Absetzen\Gründe\Begleitumstände schwierig\Kinder uneinsichtig über Betreuungskonzept

A: ... schon während der Begleitung der damaligen Zeit ganz klar den Verdacht äußern, dass kein Antidementivum irgendeine Chance gehabt hätte, Herrn X. irgendwie hilfreich zur Seite zu stehen, weil er von sozialer Seite her so massiven Störfaktoren ausgesetzt war, dass er einfach, muss man leider so sagen, zum Scheitern verurteilt war, eine erfolgreiche Strategie gegen diese Demenzerkrankung zu entwickeln, egal ob medikamentös oder sonst wie.

Legende: A=Hausarzt

3.6. Einstellungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu Antidementiva

Die Hausärzte wurden außer nach den Gründen des Absetzens in dem besonderen Patientenfall generell nach ihren Meinungen zu Antidementiva und deren Stellenwert in einer Demenzbehandlung gefragt.

In Kapitel 3.6.1 werden die Einstellungen der eher kritischen Mehrheit von Hausärztinnen und Hausärzten dargestellt, in Kapitel 3.6.2 die Einstellungen der eher positiv eingestellten Minderheit.

3.6.1. Kritische Einstellungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu Antidementiva

Von 17 interviewten Hausärzten beurteilten 13 den Stellenwert der Antidementiva in einer Demenzbehandlung als gering. Zwei Hausärzte dieser Gruppe äußerten sich zurückhaltend „Also so, das sind Medikamente glaube ich, deren Wirkung wir in den Einzelfällen ganz schwer beurteilen können.“ (Interview Ha 17) und „...ganz schwer den positiven Nutzen zu sehen...“ (Interview Ha 3). Die weiteren Beurteilungen reichten von „Gering...“ (Interview Ha 20), „...eher für etwas geringer.“ (Interview Ha 1), „...sehr gering.“ (Interview Ha 10), „...eher einen kleinen.“ (Interview Ha 19), „Klein, klein...“ (Interview Ha 2), über „...eigentlich eher negative Haltung.“ (Interview Ha 7), „Untergeordnet ...weil Beiwerk... flankierende Maßnahme... Versuch... sowas in der Richtung.“ (Interview Ha 11), „Die Wirkung ist beschränkt...“ (Interview Ha 13), „...ich tue mich schwer...“ (Interview Ha 21) bis hin zu „Null.“ (Interview Ha 5) und „Pfff...“ (Interview Ha 15).

Die Gründe, die die Ärzte für den geringen Stellenwert der Antidementiva in der hausärztlichen Versorgung angaben, sind vielschichtig. Sie werden im Weiteren detailliert dargestellt.

3.6.1.1. Diagnosestellung schwierig

In zwei Fällen wurde die Möglichkeit der exakten Diagnosestellung angezweifelt.

Im ersten Fall wurde darauf hingewiesen, dass die exakte Diagnose einer Demenz nur histologisch zu stellen sei.

Interview 15Ha, Code: Meinungen HA|Stellenwert gering|Diagnose schwierig

A:auch ich bin in so `nem Qualitätszirkel, ich hab also `ne große Fortbildung gemacht über Demenz und da ging`s, da war ich auch mal in Eppendorf, da ging es auch meiner Meinung nach sogar auch um dieses Donepezil. Also da haben die auch irgendwelche Versuche gemacht und wollten das, wollten irgendwo beweisen, dass es gut auch was bringt oder irgendwie auch nicht und bei wem ...skurril ist ja auch weit am Anfang, glaube ich, was ist denn das eigentlich für eine Demenz...

I: Ja richtig....

A: ...diese Alzheimerdemenz ist ja doch typischerweise die, wo die malsind aber....so richtig weiß man das ja nur, wenn man `ne, wenn man sie histologisch untersucht...

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Im zweiten Fall war die Unterscheidung Prädemenz und Demenz sowie Behandlungsbeginn ein Thema.

Interview 20Ha, Code: Meinungen HA|Stellenwert gering|Diagnose schwierig

I: Okay. Was ist grundsätzlich Ihre persönliche Meinung zu der Wirkung der Antidementiva?

A: Mmh...Gerade letzte Woche vor 14 Tagen einen Artikel gelesen, das war glaub ich `ne kanadische oder australische Studie, die nochmal...diesen Begriff glaub ich der Prädemenz, den es wohl noch gibt, arg in Frage gestellt haben und dass in der Phase eben Antidementiva wohl kaum ne Wirksamkeit nachweisen können, bzw. man eben doch festgestellt hat..., dass bei den allermeisten, also bei (...) der deutlichen Mehrheit der Patienten sich gar keine Demenz entwickelt. Und die dann zu behandeln, wäre wohl vollkommen verfrüht....

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.6.1.2. Fehlende Wirkung

Acht Mal (Interviews Ha Nr. 11, 7, 3, 20, 19, 21, 1, 15) wurde auf die Wirkungslosigkeit der Antidementiva hingewiesen. Wenn sie eine durchschlagende Wirkung hätten, hätte sich das längst „herumgesprochen“.

Interview 11Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Keine Wirkung

A: Betrifft Patienten, die beim Neurologen waren, genauso, also wir gucken uns das immer sechs Monate an und machen dann regelmäßig Visiten und gucken einfach, ob es irgendwo, sei es auch noch so subjektive Hinweise für eine Besserung unter dem Mittel gibt. Das war bisher leider in 100% der Fälle nicht der Fall und dann wird es nach sechs Monaten abgesetzt.

Legende: A=Hausarzt

Interview 7Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Keine Wirkung

A: Naja, dass, sagen wir mal, zum Beispiel von den vom Pflegepersonal in den Altersheimen da Rückmeldungen kommen wie, seit der Patient das nimmt in den letzten vier Wochen, der ist ja viel besser geworden. Das kommt nicht. Ich hab teilweise auch gezielt nachgefragt, bringt das was? Nö, sehen wir nicht.

Legende: A=Hausarzt

Interview 3Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Keine Wirkung

A: Da sie ja nur sozusagen einen Verlauf aufhalten können und nicht `ne echte Verbesserung, ist es ganz schwer, den positiven Nutzen zu sehen, weil man nie weiß, wie der Verlauf gewesen wäre ohne das Medikament. Deswegen ist es, also wir haben es ab und zu mal gehabt, dass wir beim Patienten das Gefühl hatten, dass eine Verbesserung aufgetreten ist, also eine echte Verbesserung, nicht dass es sich gehalten hat. Bei den meisten Patienten merkt man einfach nichts.

Legende: A=Hausarzt

Interview 20Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Keine Wirkung

A: Denn wenn ich Patienten hab, die eine offensichtliche Demenz haben, eine nachgewiesene Demenz, kann ich bislang nicht berichten, dass ich irgendwie eine Verbesserung sehe...

Legende: A=Hausarzt

Interview 19Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Keine Wirkung

A: Aber in der Regel halte ich das nicht lange durch, weil das dann nichts mehr bringt...Ich dann doch im Verlauf sehe, ich habe bestimmt keine Gedächtnisverbesserung, auch keine Verbesserung der Verhaltensweisen, wo ich es dann in der Regel lasse.

I: Und dann lassen Sie es wegen hauptsächlich wegen der Nebenwirkungen, die zu befürchten sind?

A: Ne, es ist ja, nicht wegen der Nebenwirkungen, mir fehlt dann die Hauptwirkung. Also mir fehlt dann eine deutliche Verbesserung des sozialen Verhaltens, der Führbarkeit, der Gedächtnisleistung, also etwas Deutliches fehlt mir, das ist alles so, kann man so interpretieren, dass da vielleicht was ist.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 21Ha, Code: Meinungen HA\ Stellenwert gering\keine Wirkung

A: ...und ich habe keinen, von dem ich sage würde, der läuft besser als ich das bei den dementen Patienten beobachte, die das nicht bekommen...

Legende: A=Hausarzt

Interview 1Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Besonderheiten

A: Ich hab ja in der Geriatrie gearbeitet und die Meinung war eigentlich eher positiv, beeinflusst allerdings glaube ich noch von dem, was...ja, letztlich an Studien auch da ist und auch an Empfehlungen da ist, der Eindruck im ambulanten Bereich ist weniger gut.

Legende: A=Hausarzt

Interview 15Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Besonderheiten\Wirksamkeit hätte sich rumgesprochen

A: ich hab das vielleicht zwei Mal damit Erfahrung beziehungsweise Nichterfahrung sammeln können..... man unterhält sich ja auch mit Kollegen und ich hab keinen gefunden, der mir gesagt hat, Mensch eigentlich ist das super.....Ich hab das ja erlebt als dies das Omeprazol eingeführt worden ist.

I: Ja...

A: Da war kein einziges Mal ein Vertreter bei mir. Das hat sich innerhalb von zwei Wochen, sag ich jetzt mal grob, unter den Ärzten rumgesprochen.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.6.1.3. Messbarkeit schwierig

Nicht ganz zu trennen von den Aussagen zur fehlenden Wirksamkeit waren die Aussagen zur Verifizierung der Wirkung (Interviews Ha Nr. 11, 21, 19, 1, 17, 7, 2, 15). Es wurden die fehlenden Messmöglichkeiten beklagt – einerseits, weil die Wirkung an sich schlecht zu messen sei, z.B. könne die Verzögerung der Verschlechterung beim einzelnen Patienten nicht gemessen werden, andererseits aufgrund von Zeitmangel in der Praxis, der eine (umfangreiche) psychometrische Testung nicht zuließe. Diese Schwierigkeiten würden zum Teil damit kompensiert, dass die Ärzte sich auf die Beobachtungen derjenigen verließen, die intensiver mit dem Patienten befasst sind.

Interview 21Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Wirkung nicht messbar

A: ..., dass wir Hausärzte nicht so begeistert davon waren, weil wir einerseits nicht so richtig fassen konnten, das macht keine Blutdrucksenkung, dass du es messen kannst oder sowas.....

Legende: A=Hausarzt

Interview 11Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Wirkung nicht messbar

A: Wir setzen eigentlich die Antidementiva immer ab. Grundsätzlich, und wir setzen auch grundsätzlich keine an, weil es überhaupt keine Messungsmöglichkeiten für diese Dinger gibt und weil sie natürlich, dass ist aber absolut sekundär, das Budget belasten, wenn man den Eindruck hätte, dass es helfen würde, würde man es schon verschreiben.

.....

A: Ne, Testungen spielen keine Rolle, das ist dann in dem Fall nicht objektiviert und das ist nur über, ja, Gespräche mit den Patienten und fremdanamnestic Angaben und eigene Eindrücke.

Legende: A=Hausarzt

Interview 19Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Wirkung nicht messbar

A: ...und wenn man dann von einer Wirkung, die nicht durchschlagend ist, ich meine, wenn ich ein Diabetesmedikament gebe, dann sehe ich, was da passiert, aber bei Antidementiva,...

Legende: A=Hausarzt

Interview 1Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Wirkung nicht messbar

A:.....das liegt sicher daran, dass man in der Regel doch es sehr schwer hat, konkret zu merken, dass sich irgendwas verändert und das soll es ja auch nicht so primär, es soll ja zumindest eher `ne Verschlechterung aufhalten, aber auch selbst das ist schwer nach zu vollziehen,... Wir haben Patienten, die Antidementiva bekommen, auch neu, sind auch durchaus Ausgewählte dabei, wo man sagt, das macht aus meiner Sicht und auch aus, ja vielleicht, rein rational betrachtet Sinn... da muss ich auch sagen, selbst da fällt es mir auch schwer, nach zu vollziehen, ob ich denen jetzt damit geholfen habe oder nicht. Es ist auch schwer, es ist wie mit den, wo Patienten man sagt, da hat ja gar nichts geholfen, wo man dann sagt, ja, kann man nicht so genau wissen, vielleicht ist es auch nur nicht schlechter geworden. Aber das macht die Sache doch etwas schwerer, nach zu vollziehen.

Legende: A=Hausarzt

Interview 1Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Verlaufsbeurteilung schwierig

A: Es fällt uns auch schwer, das ist auch ein Grund, wo ich doch glaube, dass wir zurückhaltend sind in der Therapie. Ich, meine Kollegin aber glaube ich auch, andere sicherlich auch, das ist die, die eigentlich vorgeschriebene Untersuchung oder Evaluation, Reevaluation der Patienten in doch relativ genauer Form, die oft untergeht oder so nicht möglich ist im Rahmen so einer großen Allgemeinmedizinpraxis mit vielen Notwendigkeiten, heute hätte ich vielleicht mal den, die Zeit das und das zu machen, halbe Stunde ist auch nicht mit richtig Geld hinterlegt und dann kommt irgendwas dazwischen, Notfallbesuche und dann ist das schon wieder eingegangen und da, das eigentliche Erforderliche, um die Patienten zu behandeln,.....

Legende: A=Hausarzt

Interview 7Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Verlaufsbeurteilung schwierig

I: Hat der Grund, es grundsätzlich beim Neurologen machen zu lassen, auch was damit zu tun, dass diese Testung verhältnismäßig aufwendig ist und in den Praxisablauf hier schwer zu integrieren?

A: Ja, ganz genau.

I: Hat auch damit zu tun?

A: Und für die Aufwändigkeit nicht entsprechend honoriert wird.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 17Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Wirkung nicht messbar

A: Also wir haben, ich habe keine Möglichkeiten, das irgendwie auszutesten oder Tests im Verlauf zu machen. Das sind so für mich Entscheidungskriterien (...), was kann es ihm nützen zur Bewältigung des Alltags.

I: Und wenn Sie sagen, keine Möglichkeiten zum Austesten, dann betrifft das die üblichen Tests?

A: Also wir haben keine Möglichkeiten oder machen das nicht.

I: Auch die Kapazitäten einfach nicht frei?

A: Zum Beispiel.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 2Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Verlaufsbeurteilung schwierig

A: Nee die Mittel, also Test...Testbatterien, die man hätte, Fragebögen, die wir hätten, das ist alles, das ist eine liebevolle Kleinarbeit, in der man sowas verifizieren könnte, wenn man die Zeit hätte. Also für mich ...sind die Instrumentarien so grob, grobe Beobachtungen, das muss ausreichen. Genauso wie, wenn ich jemanden Puls taste, dann kann ich eben in 15 Sekunden sagen, wirkt der Betablocker oder nicht und das, solche, solche, auch objektivierbaren Möglichkeiten hab ich bei dieser, in dieser Medikamentengruppe nicht.

Legende: A=Hausarzt

Interview 7Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Wirkung nicht messbar

A: Und dann ist es natürlich schwierig für uns, das überhaupt zu beurteilen, finde ich jedenfalls... ne? So dass ich mich da viel auch auf die Beobachtungen der Leute verlasse, die, die einfach mehr Umgang mit dem Patienten haben, aber dass da mal jetzt positive Rückmeldungen kommen, das ist also eher selten.

Legende: A=Hausarzt

Interview 15Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Verlaufsbeurteilung schwierig

A: Das Problem für mich ist auch immer die Beobachtung. Also so ich ziehe dann immer die, so Krankengymnastinnen, weil die sind ganz plietsch und haben relativ engen Kontakt...und können ganz gut beurteilen, ob sich der Zustand irgendwie bessert, wenn die so zweimal die Woche kommen...

I: Ja genau...

A: So...ich selbst kann das nicht leisten.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.6.1.4. Nicht überzeugende Studienlage

Zwei Hausärzte (Interviews Ha Nr. 21 und 17) kamen auf die für sie nicht überzeugende Studienlage zu Antidementiva zu sprechen.

Interview 21Ha, Code: Meinungen, Code: HA\Stellenwert gering\Keine Wirkung

A: Meine persönliche Meinung zu Antidementiva ist, dass die Studienlage sehr dünn ausgelegt ist, also die Studien, die mehr anfänglich, als das dann aggressiv auf den Markt kam, beworben wurde, waren`s dann so inhaltlich die Ausrichtung, dass die Heimpatienten statt drei Inkontinenzvorlagen nur noch eine brauchten am Tag... und da den Benefit zu erkennen, das, da tat ich mich schwer dann und ich habe keinen, von dem ich sage würde, der läuft besser als ich das bei den dementen Patienten beobachte, die das nicht bekommen.

.....

A: und dann noch mit der Studienlage, dass, dass es langsam schlechter werden soll, ist ja auch nicht so spannend, also.

Legende: A=Hausarzt

Interview 17Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Wirkung nicht messbar

A: Also so, das sind Medikamente glaube ich, deren Wirkung wir in den Einzelfällen ganz schwer beurteilen können. Dann braucht man größere Studien, mehr Patienten, um sagen zu können, das wirkt gut oder nicht gut. Aber wir verschreiben das, wir machen das und können das, das kann ich aber nicht, ich habe keine Kriterien, wem das nun helfen wird oder nicht helfen wird, das hat ja wohl auch keiner.

Legende: A=Hausarzt

3.6.1.5. Zeitpunkt Absetzen unklar

Einmal wurde explizit auf den unklaren Zeitpunkt des Absetzens hingewiesen.

Interview 3Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Zeitpunkt Absetzen schwierig

A:und dann hat man eben auch immer das Problem, wann man es wieder absetzen soll

Legende: A=Hausarzt

3.6.1.6. Andere Maßnahmen wichtiger

Drei Mal (Interviews Ha Nr. 5, 15, 19) wurden andere Maßnahmen bei Demenzerkrankten als wichtiger eingestuft als die Gabe von Antidementiva.

Interview 5Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Behandlungsschema Demenz\Basisdiagnostik\Somatische Erkrankungen ausschließen und häusliche Versorgung kümmern

I: Haben Sie bei Demenzerkrankten eine bestimmte Leitlinie im Kopf oder ein eigenes Schema, wie Sie Demenzerkrankte behandeln?

A: Ich mach` mir immer nur Sorgen um die häusliche Versorgung und wie es weitergeht. Und ich bemühe mich, dass die `nen ordentlichen Blutdruck haben, ich bemühe mich, dass sie nicht zufällig `nen Herzschrittmacher brauchen und nur deshalb einen Aussetzer haben und ich gucke, dass sie nicht in einer Hypothyreose sind, das wäre jetzt auch nicht so, aber ansonsten ...mache ich mir eigentlich mehr so Sorgen (...) um die Familie und ich hab `nen Gräuel von Pflegeheimen, das möchte ich ja schon mal gar nicht.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 15Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Behandlungsschema Demenz\Basisdiagnostik\Um häusliche Versorgung kümmern

I: Benutzen Sie zur Behandlung Demenzkranker Leitlinien?

A: Nein. So eigentlich nicht. Wir sehen zu, dass die natürlich `ne ...Patientenverfügung rechtzeitig kriegen, und dann ist das so, dass ich schon auch mit den Angehörigen spreche dahingehend, dass ich ihnen sag, wie sowas ausgehen kann. Und dass es eben ganz wichtig ist sie zu verabschieden, wenn die nicht mehr ruhig werden Das fällt ja manchen sehr, sehr schwer ..., wenn die ein Haus haben und `n Haushalt und so, dann den Angehörigen ins Heim geben...aber das ist ja für beide ... also dann nicht zu leisten.

I: ...gut das heißt, Sie haben so eine grundsätzliche eigene Leitlinie in der Behandlung im Kopf?

A: Ja, doch das würde ich sagen.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 19Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Andere Sachen wichtiger

A:und ich glaube, dass die sozialen Maßnahmen viel wichtiger sind, also viel wichtiger muss es sein, dass A die Medikamentengabe gesichert wird, dass die Krankenkassen da konsequent mitspielen und nicht wie bei genau dieser genannten Patientin die Krankenkassen Ärger machen von wegen die wollen die Medikamentengabe, dass das gesehen wird, nicht bezahlen, aber sie nimmt sie nicht, wenn sie nur in der Schippe sind, ja... und die Kinder sind alle drei berufstätig, die Schwiegertochter auch, wie sollen die das alles schaffen? Und da gibt es dann manchmal Probleme, was mich dann so ärgert.

Legende: A=Hausarzt

3.6.1.7. Kosten der Antidementiva

In sechs Interviews kamen die Hausärzte auf die Kosten der Antidementiva zu sprechen (Interviews Ha Nr. 7, 1, 21, 11, 20, 15). Die Kosten einer Antidementiva-Gabe wurden immer in Relation zu anderen Aspekten, insbesondere der als gering erlebten Wirksamkeit genannt. Durch die Verfügbarkeit der Substanzen als Generikum war der Kostendruck zwar geringer geworden, doch ohne eine überzeugende Wirksamkeit des Präparates wurde es dennoch nicht häufiger verordnet. Keiner der interviewten Hausärzte hatte wegen einer hohen Antidementiva-Verordnung einen Regress erlebt. Wobei zu berücksichtigen ist, dass in der Regel ein Regress nicht für einzelne Substanzen, sondern für hohe Arzneimittelverschreibungen insgesamt verhängt wird.

Interview 7Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\zu teuer

I: Gut, das wäre jetzt meine Frage gewesen, geht es um das Krankheitsbild selbst oder hat es auch was mit Kosten zu tun der Antidementiva?

A: Ja auch, natürlich, die sind ja jetzt günstiger geworden, da sind ja Generika billig geworden jetzt, aber... vor ein paar Jahren, Axura oder, oder hier... Exelon, hoch teure Präparate. Klar spielt das auch eine Rolle. Ganz klar, wie immer, bei jeglichen Verordnungen sind teure Präparate immer erstmal so ein bisschen, geht man erstmal so ein bisschen in Habachtstellung, ist klar ne?... Das spielt mit Sicherheit eine Rolle. Auf der anderen Seite würde ich die auch nicht mehr so unters Volk streuen, wenn sie 10 Cent kosten würden. Also, in gewisser Weise auch davon überzeugt sein, dass es in irgendeiner Weise auch was bringt, aber auch das ist.. weiß ich nicht.

Legende: A=Hausarzt

Interview 1 Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\zu teuer

A: ...auch in Anbetracht der Kosten, die zwar jetzt in den letzten Jahren ja doch gesunken sind, aber immerhin noch da sind, ist durchaus, glaube ich, für viele eine Zurückhaltung, da so relativ teure Medikamente mit einem gefühlt geringen Nutzen zu verschreiben, das ist glaube ich der Grund...oder ein wichtiger Grund, ja.

Legende: A=Hausarzt

Interview 21 Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\zu teuer

... es ist ja dieser Spagat, den wir da machen als Ärzte..(..).. der will das nicht, weil es ja relativ kostenintensiv ist, ich meine, es sind ja Substanzen nun auch frei geworden, von daher ist es ja nicht mehr ganz so dramatisch. Aber das war sicherlich auch eine Zeit lang der Inhalt dessen, dass wir Hausärzte nicht so begeistert davon waren, weil wir es einerseits nicht so richtig fassen konnten, das macht keine Blutdrucksenkung, dass du es messen kannst oder sowas und gleichzeitig war es relativ teuer.

Legende: A=Hausarzt

Interview 11Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\zu teuer

A: ... und weil sie natürlich, dass ist aber absolut sekundär, das Budget belasten, wenn man den Eindruck hätte, dass es helfen würde, würde man es schon verschreiben.

Legende: A=Hausarzt

Interview 20Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Diagnose schwierig

I: Okay. Was ist grundsätzlich Ihre persönliche Meinung zu der Wirkung der Antidementiva?

A: und wenn Sie mit dem Argument kommen, also damit verhindere ich vielleicht über vier bis sechs Monate eine Pflegebedürftigkeit, dann denke ich auch so ein bisschen an die Kosten, obwohl die ja jetzt mittlerweile durch den generischen Einsatz auch günstiger geworden sind.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 15Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Besonderheiten\Wirksamkeit hätte sich rumgesprochen

A: Und so vorenthalten wegen den Preisen, ich mein die sind ja die sind `ne Sauerei, aber das kommt für mich auch überhaupt nicht in Frage. Hab ich kein Problem mit.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.6.1.8. Kritische Einstellung zur Pharmaindustrie

Fünf Ärzte machten sehr kritische Aussagen zur Pharmaindustrie und zur Vermarktung der Antidementiva (Interviews Ha Nr. 2, 5, 15, 19, 21). Der Markt für Antidementiva sei riesig, ihr Nutzen wurde darauf reduziert, dass die Pharmaindustrie damit Geld verdienen würde. Aus diesem Grund wurde die Studienlage angezweifelt und die aggressive Werbung kritisiert. Auch wurde kritisiert, dass durch die Werbung bei den Beteiligten unberechtigte Hoffnungen geschürt würden.

Interview 2Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Aussagen Pharmaindustrie

A: Das ist natürlich ärgerlich, das ist ärgerlich, das macht einen auch sehr, sehr skeptisch gegenüber diesen Medikamenten, dass das solche Moneymaker sind, muss man wirklich sagen. Oder Moneymaker gewesen sind auch auf jeden Fall, das macht man auch sehr, sehr kritisch und da frage ich mich auch, sind die Studien alle so gut, dass man ihnen, ihnen glauben kann.

Legende: A=Hausarzt

Interview 5Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Aussagen Pharmaindustrie

I: Okay. Die Frage haben Sie mir schon fast beantwortet. Welchen Stellenwert haben Antidementiva Ihrer Erfahrung nach in einer Demenzbehandlung?

A: Null. Geld verdienen für die Pharmaindustrie, auf jeden Fall.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 15Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\ Aussagen Pharmaindustrie

I: Okay, was ist grundsätzlich Ihre persönliche Meinung zur Wirkung der Antidementiva?

A: Ja also sehr, sehr bedingt. Das muss ich so sagen, es ist natürlich ein gigantisches Geschäft, ähnlich wie Insulin bei Diabetikern und die bleiben dement bis zum Ende...und am liebsten sollte man das ja doch ungefähr bis zum Ende geben.

Legende: A=Hausarzt

Interview 19Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Aussagen Pharmaindustrie

I: Welchen Stellenwert haben Antidementiva Ihrer Meinung nach grundsätzlich in der Behandlung Demenzerkrankter?

A: Ich würde sagen, von der Pharmaindustrie gehyped einen größeren, nach meiner Erfahrung eher einen kleinen.

.....

A: Also ich glaube, dass durch den Druck der Pharmaindustrie da bei den Patienten oder vor allem bei den Angehörigen, die leiden ja meist mehr als die Patienten, eine enorme Hoffnung wach gehalten wird, die sich dann überhaupt nicht im Alltag zeigt, also so nach dem Motto, jetzt gibst du Oma `ne Tablette und dann hält sie nochmal zwei Jahre durch und wir haben keinen Ärger mit ihr.

Legende: A=Hausarzt

3.6.1.9. Angst vor dem Alter

Zweimal (Interviews Ha Nr. 5, 20) wurde darauf hingewiesen, dass die Angst vor der Zunahme der Vergesslichkeit im Alter eine Rolle dabei spielt, dass es diese Medikamentengruppe gibt.

Einmal wurde die Angst vor „Tüddeligkeit“ beschrieben.

Interview 5Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Besonderheiten\Angst Alter

A: Ich würde es nicht nehmen. Wenn ich jetzt merke oder mein Mann wird tüddelig, ich glaub` bis jetzt an das alles nicht. Ich glaube, dass das ein Riesenmarkt ist, wo ganz viel Geld mit verdient wird und natürlich wollen wir alle nicht tüddelig werden, na klar. Und jetzt muss man irgendwas auf den Markt bringen, dass man auf keinen Fall Alzheimer kriegt, das kaufen dann erstmal alle.

Legende: A=Hausarzt

Ein anderes Mal wurde die Angst, im Alter „die Kontrolle, den Geist, den Sinn“ zu verlieren, beschrieben.

Interview 20Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Besonderheiten\Angst Alter

I: Gut. Gibt es rundum Antidementiva noch irgendetwas, was jetzt nicht zur Sprache gekommen ist?

A: Na, Sie werden ja auch häufig gefragt von den Patienten was man (...) machen kann....ich denke es ist auch in der (...) Bevölkerung eine große Verunsicherung, also es ist eine Angst im Alter...die Kontrolle, den Geist, den Sinn zu verlieren. Und sehr früh werden wir dann auch angesprochen, also wenn Alltagsvergesslichkeit dann auftritt, bin ich auf dem Weg in die Demenz und da bieten wir dann zum Beispiel diese Tests an und außer den Antidementiva gibt es dann ja eben auch diese andere Gruppe noch, Ginkgopräparate und dergleichen, die dann angeboten werden

Legende: A=Hausarzt

**3.6.1.10. Verschreibungsdruck und indikationsgerechte
Verordnung**

Zweimal (Interviews Ha Nr. 2 und 21) wurde vom Verschreibungsdruck berichtet, einmal im Ärger, einmal eher neutral. Dem gegenüber stand die Aussage eines Hausarztes, dass er nur indikationsgemäß verordnen würde (Interview Ha Nr. 19). Das könne ggf. dazu führen, dass er bei falscher Indikation das Medikament absetzen würde.

Interview 2Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Getrieben zur Verordnung

A: Ich sehe mich immer wieder als Allgemeinmediziner, dass da in der Not von mir pharmakologische Therapie erwartet wird, die aber die Medizin meines Erachtens nicht in der Qualität, zumindest nicht in der Qualität, wie es, wie man sich es ja auch selber wünscht als Arzt, geboten wird und dass das dann dazu führt, dass man trotzdem zu diesen schlechten, schlecht wirksamen Medikamenten greift, also man wird dazu getrieben. Man wird auch dazu getrieben durch, ja, durch die Geriatrie und hier sind es jetzt, haben sie jetzt die Neurologen angesetzt, aber meistens ist es ja die geriatrische Abteilung, die das macht.

Legende: A=Hausarzt

**Interview 21Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Behandlungsschema
Demenz\Beginn der Behandlung\Auf Anfrage der Angehörigen\Will ja nicht als
Leistungsverweigerer gelten**

I: Ich glaube, die (Tochter) hat mal mit einer Sozialarbeiterin über das Thema gesprochen. Und dann kam sozusagen die Anfrage an Sie, können wir das tun?

A: Können, kann Mutti mal das haben und dann kriegt Mutti das natürlich.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 19Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Behandlungsschema Demenz\Unterscheidung beginnende und schwere Demenz

A: Meine Leitlinie im Kopf unterscheidet erst mal ganz stark zwischen beginnender Demenz und schwerer Demenz, auch auf Grund des Regressdrucks, den wir ja immer noch haben, es `muss ja zulassungskonform verordnet werden. Grundsätzlich ist es ja nur zugelassen für Alzheimer Demenz, sowohl Ebixa, als auch andere, was ja von vielen Stellen völlig übersehen wird, die nicht unter dem Regressdruck stehen. Da passe ich genau auf, wenn ich da eine vaskuläre Demenz sehe, verschreibe ich es grundsätzlich nicht, das sehe ich nicht ein, so versuchsweise, wir können es ja mal ausprobieren, das können die entsprechenden Kollegen ja gerne machen, aber ich tue es nicht. Meine innere Leitlinie ist dann eben immer noch wenig Leitlinien, sondern mehr gefühlt bei bestimmten Verhaltensänderungen, so Rivastigmin zum Beispiel dann auch gerne bei Beginn der Demenz mit Gedächtnisstörungen, aber ich hab das noch nie gesehen, dass es was hilft.

Legende: A=Hausarzt

3.6.1.11. Zu geringes eigenes Fachwissen

Dreimal wurde das eigene Fachwissen als zu gering eingestuft.

Interview 17Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Besonderheiten\zu wenig Ahnung

I: Gut. Gibt`s noch irgendwas zu dem Thema Antidementiva von Ihrer Seite aus, was Sie noch sagen möchten?

A: Nee, also ein Teil ist ja ohne so gravierende Nebenwirkungen. Von mir aus kann das jede Menge Leute kriegen, ich fühle mich oft überfordert, wer das alles kriegen darf.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 7Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Behandlungsschema Demenz\Grundsätzlich Überweisung Neurologen\Grund: Fehlendes Fachwissen

A: Ich stelle selber eigentlich nicht ein.

I: Okay.

A: Dafür verstehe ich auch zu wenig davon.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 13Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert gering\Besonderheiten\zu wenig Ahnung

A: Die Wirkung ist beschränkt und man muss frühzeitig anfangen. Also jemand, der mit einer fortgeschrittenen Demenz kommt, versprech ich mir nichts mehr von. Aber auch da, ich bin ja nicht Fachmann für, ich bin halt Internist.....

Legende: A=Hausarzt

3.6.2. Positive Einstellungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu Antidementiva

In vier Fällen waren die Äußerungen auf die Frage nach dem Stellenwert der

Antidementiva positiv. Von „Ist hoch. Definitiv. Absolut. Ja, es wird viel zu wenig verordnet“ (Interview Ha 18), über „Also ich finde zumindest, dass man es immer nochmal probieren kann, so viele haben ja doch einen positiven Effekt....“ (Interview Ha 14) und „Es gibt keinen Grund, sie zu verteufeln, weder volkswirtschaftlich, noch individuell gesehen, es gibt auch keinen Grund, sie in den Himmel zu loben, man soll sie im richtigen Stellenwert sehen“ (Interview Ha 12) bis „gewissen Stellenwert“ (Interview Ha 6). Der vorhandene Stellenwert der Antidementiva in der Behandlung wurde vorwiegend über eine erlebte Wirksamkeit begründet, insbesondere des Wirkstoffes Memantin, der zum Teil auch über den Indikationsbereich der mittelschweren bis schweren Alzheimerdemenz eingesetzt wird. Ein Arzt (Interview Ha Nr. 19), der den Stellenwert von Antidementiva eher als gering einsah, machte eine positive Einschränkung im Hinblick auf Memantin.

3.6.2.1. Positiv erlebte Wirkung der Antidementiva

Ein Kollege antwortete sehr differenziert. Er wies darauf hin, dass insbesondere die Tatsache, dass ein Antidementivum kein „Wundermittel“ sei, vorher mit den Beteiligten kommuniziert werden müsse. Über starke Wirkungen wurde nur vereinzelt berichtet, es überwogen Schilderungen von graduellen Veränderungen.

Interview 12Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Besonderheiten

I: Okay. Was ist grundsätzlich Deine Meinung zur Wirkung der Antidementiva?

A: Sie müssen mit Vorsicht genossen werden, auch vor dem Hintergrund der Laiendiskussion innerhalb der Patientengruppe. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass ein medikamentöses Wundermittel zur Verfügung stünde, was die Uhr zurückdrehen kann. Es ist bekannt, dass kein Antidementivum eine Verbesserung der kognitiven Leistung erbringen kann, auch wenn ja die Domino-Studie zumindest behauptet zu berichten, dass unter der Kombination von Memantine und...was war's, Donepezil zumindest eine vorübergehende Besserung in neuropsychologischen Testungen dokumentiert sein könnte. Wenn man diese Voraussetzung auch im Aufklärungsgespräch mit betroffenen Patienten und vor allem deren Angehörigen ganz ausdrücklich in den Vordergrund stellt, gibt es durchaus Situationen, in denen ein Antidementivum hilfreich sein kann, sowohl die aggressiven meines Erachtens aggressiveren und unverträglicheren Cholinantagonisten, wobei die transdermale Applikation die Unverträglichkeiten deutlich abmildert, so dass das Rivastigminpflaster durchaus eine Bereicherung der Antidementiva, als eine Bereicherung zu betrachten ist, die sicherlich mitunter Erfolge haben können, auch im Frühstadium einer Demenz den Verlauf zu verlangsamen. Besonders gerne setze ich Memantine im mittleren bis fortgeschrittenen Stadium der Demenz ein, wenn die Alltagsleistungen deutlich relevante Einbrüche zeigen und durchaus auch eine Tendenz zur Eigengefährdung dadurch bedingt besteht.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 12Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Besonderheiten

A: Ich kann von einem Fall berichten, wo ich die Hauptwirkung des Memantine in adäquater Aufdosierung, im Wochentag jeweils 5 mg bis zur Zieldosis 20 mg, so beeindruckend bestätigt gefunden hab, dass ich es wiederum bereut habe. Es war ein Pflegeheimbewohner, der im Rahmen seiner Demenz so hilflos geworden war, dass er sein Zimmer nicht mehr wieder fand, trotz eines in...sehr großen Druckbuchstaben versehenen Schildes an der Tür, da hab ich dann die Indikation gesehen, ihm doch versucht mit Memantine zu helfen. Das hat so super hingehauen, dass er sich soweit strukturiert hat, dass er sein Zimmer zielsicher wiedergefunden hat und sich zumindest phasenweise leider auch daran erinnert hat, dass er vor seiner Demenz ein äußerst misstrauischer Mensch gewesen ist, der Ärzte nicht ausstehen konnte und Tabletten erst recht nicht ausstehen konnte, so dass er sich im Verlauf der weiteren Episode geweigert hat, sämtliche Medikamente einschließlich des Axura und einem halben Dutzend kardial bedeutsamer Medikamente einzunehmen. Diese Wirkung war leider zu gut, aber das kann man guten Gewissens als Hauptwirkung und nicht als Nebenwirkung bezeichnen.

Legende: A=Hausarzt

Interview 14Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Wirkung positiv

I: Okay. Welchen Stellenwert haben insgesamt die Antidementiva in einer kompletten Demenzbehandlung?

A: Also ich finde zumindestens, dass man es immer nochmal probieren kann, so viele haben ja doch einen positiven Effekt, dass sie eben im Umgang, manche, finde ich, werden dadurch ruhiger und ...kommen so oder die Angehörigen schildern das halt auch oft, dass das so Gespräche noch ein bisschen möglich sind und, und dass sie doch wieder besser im Alltag zurechtkommen. Das höre ich öfter.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 14Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Eigene Erfahrungen positiv

I: Was ist grundsätzlich Deine persönliche Meinung zur Wirkung von Antidementiva?

A: Ich habe eigentlich positive Erfahrungen damit gemacht, grade so im Anfangsstadium, dass... hab halt auch ganz persönliche Erfahrung, weil mein Schwiegervater halt `ne Demenz hat und eben auch Memantine kriegt und ich hab schon den Eindruck, dass das auch doch ein bisschen..also... ganz gut gewirkt hat.

I: Okay. Dieses ganz gut wirken, an was machst Du das fest?

A: Dass er im Alltag einfach besser zurecht kam oder kommt, also er, sie sind, er ist in seinem Haus geblieben und sie haben jetzt so eine Pflegekraft und ...er hat sich eine ganze Zeit sehr zurückgezogen so von Gesprächen und das ist, fand ich, ein bisschen besser geworden und auch dass er, er telefoniert sogar ab und zu jetzt wieder so mit uns.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Ein weiterer Kollege berichtete über das Einsetzen und positiver Wirkung von Ebixa bei „generalisierter Encephalopathie“ und nicht bei Alzheimer-Demenz. Seine

Beschreibung der „generalisierten Encephalopathie“ deckt sich am ehesten mit dem Begriff der Prädemenz oder mit der (nicht pathologischen) Altersvergesslichkeit.

Interview 18Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Besonderheiten

I: Gut. Was ist grundsätzlich Ihre persönliche Meinung oder Erfahrung zu Antidementiva?

A: Gut.

I: Ja...

A: Ja, früher Einsatz gute Wirkung, keine Frage. Bei Alzheimer so gut wie gar nicht, das bringt definitiv nichts, aber wenn ich so meine geriatrischen Patienten habe, die auch noch allein zu Hause leben, die häufig von den Kindern bisschen überwacht werden, die mir dann primär sagen, dass Mutti so'n bisschen tüddelt oder so, mal was vergisst oder was nicht hin bekommt, dann funktioniert das unheimlich gut.

I: Und welches nehmen Sie dann?

A: Ebixa nehme ich ganz gerne ne, das ist ähm eigentlich so der Klassiker, den wir hier einsetzen und mit dem komme ich eigentlich ganz gut klar.....

I: Gibt es aus Ihrer Sicht eine Patientengruppe, die am ehesten von der Einnahme profitieren?

A: Ja ja klar...Patienten quasi mit so `ner generalisierten Encephalopathie, cerebrovaskulär, ganz minimal, möglichst kein Schlaganfall in der Vorgeschichte, die einfach insgesamt bisschen langsamer werden vom Kopf und wie gesagt mal vergessen den Herd auszumachen oder den Schlüssel verlegen verlieren, wie auch immer, und da klappt das ganz wunderbar.

I: Das heißt der Stellenwert der Antidementiva in einer kompletten Demenzbehandlung?

A: Ist hoch. Definitiv. Absolut. Ja, es wird viel zu wenig verordnet, wegen des Preises denke ich.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviwer

Doch auch dieser überzeugte Arzt machte an anderen Stellen Einschränkungen im Hinblick auf die Wirksamkeit.

Interview 18Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Behandlungsschema Demenz\Grundsätzlich Absetzen wenn Patient im Pflegeheim

A: Und ich nehm`s weg, wenn ich dann merke, dass es tatsächlich zu schlimm wird, die Patienten also quasi gar nicht mehr allein leben können, also auch ins Pflegeheim müssen, da entsprechend kontrolliert werden müssen, dann sedieren wir eigentlich mehr im Großen und Ganzen, als dass wir da sagen, wir machen das jetzt weiter. Dafür ist das auch zu teuer, weil sie es nur so durchlaufen lassen, passiert ja nichts mehr, du siehst es definitiv und ich merk`s auch daran, wenn ich es absetzte, also ich besuch die Leute alle zwei Wochen in den Pflegeheimen routinemäßig, und ich weiß, was ich abgesetzt habe und es sind ja nicht 10 auf einmal, das ist dann mal einer, und ich seh ja ob er dann schlechter oder besser wird und da ändert sich dann meistens so gut wie nichts.

Legende: A=Hausarzt

Interview 19Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Persönliche Meinung AD\Durchaus hilfreich\Verhaltensänderungen möglich bei Ebixa

A: Also... wenn überhaupt, dann halt ich was von Ebixa Memantine. Man muss das mal versuchen, man findet ja manchmal ganz erstaunliche vor allem Verhaltensänderungen, gar nicht so Gedächtnisänderungen, sondern Verhaltensänderungen. Sind ja auch zugelassen für die mittelschwere bis schwere Demenz, wo das Gedächtnis ja eher weniger schon das Problem ist, sondern die Verhaltensveränderung. Da gibt es ganz erstaunliche Veränderungen. Ich habe mal einen Patienten erlebt, der lag nur im Bett und sagte, ich kann nicht, ich kann nicht, ich kann nicht, der bekam eine Tablette, der stand auf und sagte, ich muss, ich muss, ich muss und wurde danach auf einmal ganz fit. Das kann es geben, deshalb ich versuch`s mal, aber in der Regel halte ich das nicht lange durch, weil das dann nichts mehr bringt.

Legende: A=Hausarzt

Ein weiterer Kollege führte für seine Einschätzung keine expliziten Argumente an. Insgesamt seien die Antidementiva ein „Entwicklungsbeginn“ und es werden noch andere effektivere Substanzen folgen.

Interview 6Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Besonderheiten

I: Welchen Stellenwert haben Antidementiva Ihrer Erfahrung nach in einer kompletten Demenzbehandlung?

A: Sie haben sicherlich einen gewissen Stellenwert... darin, dass es ein Entwicklungsbeginn ist. Es wird sicherlich in absehbarer Zeit Sachen geben, die effektiver sind. Nun ist es auch gut, dass man das macht, auch wenn man an die eigene Karriere denkt, aber im Moment ist es eben noch nicht so der Durchbruch. Also ist meine Meinung, persönlich aber auch ein bisschen eben zusammengetragen aus Veröffentlichungen und aus Medienberichten.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.6.2.2. Weitere Anmerkungen der von der Wirksamkeit eher überzeugten Ärzte

Die vier Ärztinnen und Ärzte, die den Antidementiva durchaus einen Stellenwert in der Behandlung der Demenz einräumten, äußerten sich insgesamt positiver, trotzdem durchaus kritisch zu den oben dargestellten Themen wie Kosten oder Messbarkeit von Veränderungen.

Interview 18Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\nicht zu teuer

I: Und wenn Sie sagen teuer, haben Sie selbst mal einen Regress erlebt oder kenne Sie jemanden?

A: Nein deswegen noch nie. Nein, nein, ich komm immer mit meinem, das liegt natürlich an der großen Patientenzahl, ich hab viele Verdünner drin, aber ich schmeiß da auch nicht mit rum, also ich guck schon bringt es was, bringt es nichts, und man hat ja teilweise auch Probleme mit den Angehörigen, wenn man`s wieder absetzen möchte. Weil die sagen natürlich auch, wie können Sie das denn jetzt wieder wegnehmen, dann beuge ich mich dem gerne, dann geben wir das eben weiter, nein so schlimm ist es nicht. Also das wäre nie ein Grund das jetzt nicht zu geben, so teuer ist es dann doch nicht, das geht schon.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 6Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Besonderheiten

A: Die Entwicklung muss voranschreiten, die Preise müssen besser werden, die Arzneimittelrichtlinien müssen vereinfacht werden und der Aufwand, der damit zu betreiben ist für den Arzt, der es verordnet, muss entweder vergütet oder erlassen werden.

Legende: A=Hausarzt

Als Kritik wurde geäußert, dass die Antidementiva nicht immer aufdosiert werden, und damit im subtherapeutischen Bereich auch nicht wirken (Interviews Ha Nr. 12, 14).

Interview 12Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Besonderheiten

A: ...solange man eben die Zieldosis 20 mg bei Memantine, beziehungsweise eben auch die nötigen Aufdosierungsschritte bei den Cholinantagonisten berücksichtigt und eben nicht im subtherapeutischen Bereich verbleibt, ist mir doch mehr als einmal bei Wechsel der hausärztlichen Betreuung im Pflegeheim aufgefallen, dass die dann seit `nem halben Jahr mit Axura 5mg da rumtickern, da fasse ich mir echt an Kopf. Das ist Geldverschwendung.

Legende. A=Hausarzt

Interview 14Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Eigene Erfahrungen positiv

A: ... also, eine ganze Zeit war da das Problem, dass es nicht aufdosiert wurde. Er lief auf 10 mg weiter und jetzt, wo er die 20 mg kriegt, habe ich den Eindruck, dass es besser geworden ist.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Weiter wurde bemängelt, dass insbesondere die Ehepartner oft erst zu spät den Hausarzt wegen der Demenzproblematik kontaktieren.

Interview 6Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen\Diagnosestellung zu spät

A: Sind meistens ja Ehepaare und die... ja gut. Man erfährt auch nicht von allen alles, das ist es ja auch, manchmal kommen die denn ja und sagen, jetzt ist das schon die ganze Zeit so schlecht, was können wir denn jetzt machen. Dann können sie nicht mehr viel aufhalten. Und die Patientinnen oder Patienten werden dann auch im Hause häufig behalten, auch aus Angst, dass was passiert, dass wenn sie spazieren gehen, wenn sie alleine unterwegs sind, ein Unfall eintreten könnte und so, dass dann die Partner sagen, gut du bleibst jetzt schön im Haus, bis es ihnen dann doch mal viel oder zu viel wird und dann kommt der Partner und sagt, hier, jetzt ist das so und so.

Legend: A=Hausarzt

Wichtig ist schließlich noch der Hinweis, dass die pharmakologische Behandlung auch bei den von ihr eher überzeugten Ärzten nur ein Standbein der kompletten Therapie darstellt.

Interview 12Ha, Code: Meinungen HA\Stellenwert einen gewissen

I: Gut. Welchen Stellenwert haben Antidementiva in der kompletten Demenzbehandlung?

A: Sicherlich nicht die Nummer eins und dann kommt lange nichts mehr. Wie gesagt also, es gibt keinen Grund sie zu verteufeln, weder volkswirtschaftlich, noch individuell gesehen, es gibt auch keinen Grund sie in den Himmel zu loben, man soll sie im richtigen Stellenwert sehen. Mit Abstand führend ist eine validierende, liebevolle Betreuung, sei es durch die Angehörigen oder, wenn das zu viel ist, durch Angehörige plus ambulanten Pflegedienst oder eben Pflegeheim. Wichtig, also mit mindestens gleichwertig wie die pharmakologische Therapie ist eben auch die therapeutische...Option mit, sei es banal, Gedächtnistraining oder wenn es auch nur Kreuzworträtsel ist. Eine Patientin von mir hat jahrelang Kreuzworträtsel allerbest ausgefüllt, aber hat sich außerhalb ihres eigenen Zimmers komplett sofort verlaufen. Auch eben dann richtig ergotherapeutisch, psychisch-funktionell hirnleistungstrainingsmäßig, da ist eine Menge drin, das ist mindestens genauso wichtig und wird sehr viel kritischer auch in der Finanzierung und Genehmigung betrachtet. Antidementivum kriege ich kein Ärger für, wenn ich das aufschreibe, wenn ich es nicht übertreibe von der Statistik. Ergotherapie, vier Mal 10 (Anmerkung: Verordnung von vier Mal 10 Anwendungen) psychisch-funktionell, vier Mal 10 (Anmerkung: Verordnung von vier Mal 10 Anwendungen) Hirnleistungstraining, ich weiß genau, was dann für Aussagen über unser Heilmittelbudget kommen, ich tu`s trotzdem.

Legende: A=Hausarzt

3.6.3. Profitierende Patientengruppe

Alle Hausärztinnen und Hausärzte wurden explizit gefragt, welche Patientengruppe von der Gabe eines Antidementivums profitiert. Die Antworten waren sehr vielfältig, in vier Fällen gab es keine Präferenz.

Im Folgenden sind die Antworten der 13 Ärztinnen und Ärzte, die Präferenzen benannten, nach ihrer Häufigkeit sortiert dargestellt.

3.6.3.1. Frühstadium Demenz

Sechs Ärztinnen und Ärzte (beachte: Interview Ha Nr. 4 und Nr. 12 ist die gleiche Person) gaben an, dass Patienten im frühen Stadium einer Demenz am ehesten profitieren würden (Interviews Ha Nr. 4, 6, 11, 12, 13, 14, 18).

Interview 14Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Nicht fortgeschrittene Demenz

I: Gibt es aus Deiner Sicht eine Patientengruppe, die am ehesten von der Einnahme von Antidementiva profitiert?

A: Frühstadium....ja.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 4Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Frühzeitiger Beginn nach Diagnosestellung

I: Gibt es aus Deiner Sicht eine Patientengruppe, die am ehesten von einer Einnahme eines Antidementivum profitiert?

A: Also zu Memantine würde ich das, würde mir da so eher erst nichts einfallen, was Alter, Geschlecht, zugehörige Sozialschicht oder wie auch immer das politisch korrekt formuliert... oder sonstige Persönlichkeitsmerkmale betrifft. Bei den Cholinantagonisten ist schon eine Selektionstendenz auf Grund der Indikation beginnende, frühzeitige medikamentöse Intervention.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.6.3.2. Jüngere Patienten

Dazu passend wurden zweimal (Interviews Ha Nr. 7, 21) eher die jüngeren Patienten als profitierende Gruppe beschrieben.

Interview 21Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Jüngere Patienten\mit Aggressionszuständen

I: Gibt es gleichwohl aus Ihrer Sicht eine Patientengruppe, die vielleicht am ehesten von einem Antidementiv profitiert, hinsichtlich Geschlecht, Alter, Versorgung, Status, Intelligenz?

A: Wenn es jetzt `ne Alzheimerdemenz ist bei jungen, jüngeren Patienten, dass ja häufig sehr tragisch ist, also wenn jemand mit, was weiß ich, mit Anfang 50 oder Mitte 50 oder 60 von mir aus auch, dann eine Demenzproblematik entwickelt

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.6.3.3. Gut betreute und eher zu Hause lebende Patienten

Der Hinweis, dass gut betreute Patienten eher von einer Antidementiva-Gabe profitieren, kam drei Mal (Interviews Ha Nr. 1, 15, 17). Auch bei Patienten, die noch zu Hause leben, sahen die Ärzte eher die Möglichkeit, dass die Patienten von einer Behandlung mit Antidementiva profitieren würden (Interviews Ha Nr. 11, 18), wobei das auch anders gesehen wurde, weil bei allein lebenden Patienten die Einnahme nicht immer gewährleistet sei (Interview Ha Nr. 1).

Interview 1Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Gut betreute Patienten

I: Gibt es aus Ihrer Sicht oder können Sie es zusammenfassen eine Patientengruppe, die am ehesten von der Einnahme von Antidementiva profitiert?

A: Also bei Demenz sind das sicher zumindest Patienten, die insgesamt besser betreut sind, auch im anderen Bereich besser versorgt sind, das heißt also nicht nur einfach Tabletten einnehmen, sondern auch eben mobilisiert werden, die kognitiv so zu sagen mobilisiert werden, das heißt noch soweit aktive Angehörige haben oder sogar auch im Pflegeheim wohnen, wo ein Ansprechen ja da ist... weniger Patienten, die alleine, noch alleine vielleicht grade irgendwie leben, wo ab und zu mal jemand kommt, weil schon da auch die Einnahme unsicherer und ungesichert ist... ja.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 15Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Gut betreute Patienten zu Hause

I: ...Gibt es auch Ihrer Sicht oder aus Ihrer Erfahrung eine Patientengruppe, die am ehesten von der Einnahme von Antidementiva profitiert? Geschlecht, Alter, Versorgung, Status, Intelligenz?

A: Wo ich Erfolg hatte, das war ein Patient, der extrem ...gleichmäßig von seiner Frau versorgt wurde. Der also wie auf Schienen lief. Und der hat das gekriegt und das war damals noch wie dieses Amantadin und da hatte die Frau und auch ich doch gleich so den Eindruck, das hat die Lage so ein bisschen gebessert. Der war auch so ein bisschen aggressiv und so, das war ganz gut, aber `ne Zeitlang, dann war das wieder völlig weg, da war nichts mehr von der Wirkung übrig. Ich würde mal so so schätzen, vielleicht zwei, drei Monate.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 17Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Gut betreute Patienten zu Hause

A: Wir geben das mal, nicht oft, das sind aber in der Regel Leute, die so Zuhause leben und wo wir, wo ich sehe, dass da....Potenzial zur, Potenzial da ist und vor allen Dingen, wo es etwas bewirken kann, was den Alltag leichter macht.....

Legende: A=Hausarzt

3.6.3.4. Weitere Gruppen von Menschen, die von Antidementiva profitieren könnten

Im Weiteren gab es einzelne Nennungen, z.B. Menschen mit Aggressionszuständen (Interview Ha Nr. 21) oder Menschen mit einem vorhersehbaren progredienten Verlauf (Interview Ha Nr. 6).

Zwei der eher positiv zu Antidementiva eingestellten Ärzte gingen auch auf die Diagnosen ein, für die Antidementiva eher geeignet seien. Ein Arzt war der Auffassung, dass die genaue Diagnose keine Rolle spielt (Interview Ha Nr. 12), ein anderer sah vor allem die Patienten mit vaskulärer Demenz als potentielle Profiteure von Antidementiva (Interview Ha Nr. 18). Schließlich merkte einer der Ärzte an (Interview Ha Nr. 20), dass die Gabe von Antidementiva hauptsächlich die Angehörigen beruhigen würde und diese eine veränderte Einstellung zu dem dementen Patienten bekämen, wovon alle Beteiligten profitieren könnten.

Interview 12Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Vaskuläre und Alzheimer-Demenz

I: Gibt es aus Deiner Sicht eine Patientengruppe, die am ehesten von der Einnahme von Antidementiva profitiert? Stichworte wie Geschlecht, Alter, Versorgung, Status, Intelligenz...

A: Ja. Wie ja auch den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften zu entnehmen, spielt es tatsächlich keine Geige, was für eine Diagnose auf dem Zettel steht, ob es sich um eine primär vaskuläre Demenz im Sinne eines Morbus Binswanger handelt oder eine Demenz vom Alzheimer-Typ. Vorsicht muss man bei den Sonderformen, ich sage mal frontotemporale Demenz oder Levy-Körperchen, da kann das gewaltig nach hinten losgehen, die auch damit einzusortieren, aber so in dem Alzheimer-Plus-Komplex, also...das grobe Ganze, vaskuläre plus Alzheimer-Typ Demenz, da macht es der Erfahrung und den Studien nach letztlich keine Geige, was das Potenzial dieser beiden Medikamentengruppen betrifft.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

Interview 18Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Generalisierte Enzephalopathie

I: Gibt es aus Ihrer Sicht eine Patientengruppe, die am ehesten von der Einnahme profitiert?

A: Ja, ja klar...Patienten quasi mit so `ner generalisierter Enzephalopathie, cerebrovaskulär, ganz minimal, möglichst kein Schlaganfall in der Vorgeschichte, die einfach insgesamt bisschen langsamer werden vom Kopf und wie gesagt mal vergessen, den Herd auszumachen oder den Schlüssel verlegen, verlieren, wie auch immer, und da klappt das ganz wunderbar Bei Alzheimer so gut wie gar nicht, das bringt definitiv nichts.

Legende: A=Hausarzt

Interview 20Ha, Code: Hausarzt\Aussagen Demenz allgemein\Patientengruppe die profitiert\Die Angehörigen

A: Also, ich glaube die Antidementiva helfen am meisten den Angehörigen.

I: Mmh okay. Im Sinne von...

A: Es ist eine Beruhigung oder vielleicht äh es ist da eine positive Erwartung, die äh die Angehörigen dann an die Wirksamkeit des Medikaments haben und sagen wir mal solche Einstellungsveränderungen bewirken ja häufig auch wirklich, dass vielleicht diese dementen Erscheinungen anders wahrgenommen werden von den Angehörigen.

Legende: A=Hausarzt, I=Interviewer

3.7. Äußerungen der interviewten Patientinnen und Patienten

Der informative Gehalt der 9 Patienteninterviews war eher gering. Dies erklärt sich aus der Fragestellung. So war in manchen Fällen die Demenz bei Entlassung schon fortgeschritten und zum Zeitpunkt der Befragung deutlich fortgeschritten.

Eine Patientin wusste von der Substanzgruppe, weil sie früher als Altenpflegerin gearbeitet hatte.

Interview 1P, Code: Informiertheit\Patient

I: Wissen Sie, dass es Medikamente bei dieser Erkrankung, bei Vergesslichkeit gibt?

P: Ja, ich habe 14 Jahre im Altenheim gearbeitet, daher weiß ich das.

I: Okay, wissen Sie auch, wie diese Medikamente wirken und was die tun sollen?

P: Nein.

Legende: P=Patient, I=Interviewer

Alle anderen befragten Patientinnen und Patienten wussten zum Zeitpunkt der Befragung nicht, dass es Antidementiva gibt.

Keiner der Patientinnen und Patienten war zum Zeitpunkt der Befragung bewusst, dass sie mal ein Antidementivum erhalten hatten.

4. Diskussion

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt übersichtlichshalber in der Reihenfolge ihrer Darstellung im Kapitel Ergebnisse.

4.1. Zusammensetzung der Stichprobe

Von insgesamt 284 aus der Klinik für Geriatrie entlassenen Patientinnen und Patienten mit Demenzdiagnose wurden 62 mit einem Antidementivum entlassen, d.h. rund 22%. Die Demenzdiagnosen der Patientinnen und Patienten, die kein Antidementivum bei Entlassung erhielten, wurden nicht näher betrachtet. Gleichwohl scheint die Zahl von 22% gering und passt zum Ergebnis von van den Bussche et al., dass im Inzidenzjahr 72,6% aller Patienten mit Demenz keine Antidementiva verordnet werden (van den Bussche et al., 2011a), wobei nicht alle Patientinnen und Patienten in unserer Studie eine inzidente Demenz aufwiesen.

Von insgesamt 38 entlassenen Patientinnen und Patienten mit Demenzdiagnose aus der Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie wurden 28 Patientinnen und Patienten mit einem Antidementivum entlassen, d.h. rund 74%. Ein Vergleich mit der Klinik für Geriatrie ist nicht möglich, da es sich bei den Patientinnen und Patienten, die in die Demenzabteilung überwiesen werden, um eine hochselektierte Gruppe handelt. Auf der anderen Seite könnte gerade im Vergleich dies ein Hinweis darauf sein, dass – ähnlich wie im ambulanten Bereich - in den nicht Demenz-spezifischen Fachabteilungen der Krankenhäuser der Stellenwert einer medikamentösen, antidementiven Therapie gering ist.

Von den 62 Patientinnen und Patienten, die aus der Klinik für Geriatrie mit einem Antidementivum oder mit der Empfehlung eines Antidementivums entlassen wurden, hatten nach den ersten 12 Monaten 27 das Antidementivum nicht abgesetzt, d.h. rund 44%.

Von den 28 Patientinnen und Patienten, die aus der Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie entlassen wurden, hatten nach den ersten 12 Monaten 13 das Antidementivum nicht abgesetzt, d.h. rund 46%.

Die Absetzrate von über 50% passt grob zur internationalen Literatur (zusammenfassende Betrachtung bei van den Bussche et al., 2011a; einzelne Studien: Gadzhanova et al., 2010; Herrmann et al., 2009; Umegaki et al., 2005 für einen Zeitraum von 24 Monaten). Es gibt aber auch Länder, in denen die Absetzrate von Cholinesteraseinhibitoren sehr viel geringer ist, wie z.B. in Finnland, wo sie innerhalb eines Jahres nur 20% betrug und die Hälfte dieser 20% später doch wieder Antidementiva erhielt (Taipale et al., 2014). Auf der anderen Seite berichten Ahn et al. aus Korea eine Absetzrate von 76% (Ahn et al., 2015). Neben kulturellen Unterschieden und den großen Unterschieden in der Organisation des Gesundheitswesens und dementsprechend den Zuständigkeiten für Patientinnen und Patienten mit Demenz, spielt sicher der Zeitaspekt eine große Rolle. So nimmt in Deutschland der Einsatz von Cholinesteraseinhibitoren und Memantin seit ihrer Einführung kontinuierlich zu: Cholinesteraseinhibitoren von 22 Millionen definierten Tagesdosen (DDD) im Jahre 2004 auf 57 Millionen DDD im Jahre 2013, Memantin von 13 Millionen DDD im Jahre 2004 auf 31 Millionen DDD im Jahre 2013 (Schwabe und Paffrath, 2014).

4.2. Verordnete Antidementiva

In fünf Fällen entsprach die Verordnung bzw. die Empfehlung der Klinik nicht der Zulassung der Antidementiva bzw. nicht den Empfehlungen der Leitlinie der DGPPN/DGN zum damaligen Zeitpunkt. In zwei der fünf Fälle spielte das eine Rolle beim Absetzen.

Diese Fälle unterstreichen, dass nicht leitliniengerechte Verordnungen vorkommen (van den Bussche et al., 2011a).

Gemeinsam mit dem Befund, dass der Stellenwert der Antidementiva in der (allgemeinen) stationären Versorgung ähnlich gering zu sein scheint wie in der ambulanten Versorgung, bedarf es, wie von van den Bussche et al. gefordert, einer „vermehrten Aufmerksamkeit im Hinblick auf Fragen der Praktikabilität und Umsetzung von Leitlinien“ (van den Bussche et al., 2011b).

4.3. Einnahmedauer

In fast der Hälfte der Fälle wurde das Antidementivum sehr zeitnah und in insgesamt 3/4 der Fälle im ersten Jahr nach Verordnung abgesetzt. Dies deckt sich zwar mit internationalen quantitativen Studien, doch ist beim Vergleich Vorsicht geboten, da es sich bei unserer Studie um eine qualitative Studie mit nur geringer Fallzahl handelt.

4.4. Initiative für das Absetzen und Kommunikationswege

Am häufigsten initiierte der Hausarzt das Absetzen oder war mit den Angehörigen gemeinsam in die Beendigung der Medikation involviert. Dies ist auf die Bedeutung des Hausarztes als Koordinator der ambulanten Versorgung seiner Patientinnen und

Patienten zurück zu führen. So bestätigt eine Studie von van den Bussche et al. (2011c), dass rund um das Auftreten der Demenzerkrankung der Hausarzt weiter in fast allen Fällen involviert ist. Das vom Hausarzt initiierte Absetzen wurde in keinem Fall kommuniziert. Einmal hielt der Hausarzt den Patienten und die Angehörige für überfordert, mit den Informationen umzugehen, einmal verlangte der Angehörige keine Erklärung. Dies sind zwei typische Situationen in einer Hausarztpraxis.

In den Fällen, in denen das Absetzen gemeinsam von dem Hausarzt und den Angehörigen initiiert wurde, war die Kommunikation intensiv. Eine gemeinsame Entscheidung ist auch nur so möglich.

Initiierten die Angehörigen das Absetzen, ging es meist um das Auftreten von Nebenwirkungen. Das Anliegen wurde direkt oder vermittelt über die Pflege an den in der Situation zuständigen Arzt kommuniziert.

Erfolgte das Absetzen ohne wirkliche Initiative einer Person, fand darüber naturgemäß auch keine Kommunikation statt.

Zweimal wurde das Absetzen durch den Neurologen initiiert. In beiden Fällen erfolgte die Kommunikation darüber ausführlich mit den Angehörigen. Der Hausarzt wurde über den üblichen Facharztbericht informiert. Ein persönlicher Austausch zwischen Neurologen und Hausarzt fand nicht statt. Dass die Kommunikation zwischen Gebietsärzten und Hausärzten bei Änderung der Diagnose oder Therapie verbesserungsbedürftig ist, ist in der Literatur beschrieben (van den Bussche et al., 2011c).

Nur einmal hat der Patient das Absetzen initiiert. Dies wundert nicht, da das Krankheitsbild der Demenz es mit sich bringt, dass andere sich kümmern müssen.

4.5. Gründe für das Absetzen

In der vorliegenden Studie zeigten sich viele unterschiedliche Gründe und Konstellationen, die zum Absetzen des Antidementivums geführt hatten: Beobachtete und angenommene Wirkungslosigkeit, beobachtete und befürchtete Nebenwirkungen, Unterschiede in der Diagnose- und Indikationsstellung zwischen stationär und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten, Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme sowie individuelle, patientenbezogene Überlegungen, wie generelles Absetzen der Medikation bei schlechtem Allgemeinzustand oder schwierigste soziale Umstände. Die mit dieser Studie vorliegende Rekonstruktion der Umstände des medikamentösen Therapieabbruchs ermöglicht ein tieferes Verständnis der Umstände als dies mit Hilfe der Analyse von Routinedaten erfolgen kann, weil viele Aspekte in Routinedaten bzw. in großen Studien nicht abgebildet sind. Andererseits erlauben die geringen Fallzahlen der vorliegenden qualitativen Studie keine Aussage über Faktoren, die mit einem erhöhten oder erniedrigten Risiko des Therapieabbruchs von Antidementiva einhergehen. Daher stellen Daten aus Studien mit großen Fallzahlen eine Ergänzung zu den Befunden dieser Studie dar und werden in die Diskussion einbezogen.

Der weiteren Diskussion muss ferner vorangestellt werden, dass es kaum Studien zu Faktoren gibt, die mit dem Absetzen von Memantin assoziiert sind. Die Mehrheit der Studien befasst sich mit Cholinesteraseinhibitoren.

4.5.1. Wirkungslosigkeit

Insgesamt wurde eine beobachtete Wirkungslosigkeit häufig als Grund für das Absetzen genannt. Oft erfolgte die Nennung allerdings in Kombination mit anderen Gründen. Es scheint, als ob die Wirkungslosigkeit den anderen Grund gewichtiger macht.

Wirkungslosigkeit wird auch in der Literatur häufig als Grund für das Absetzen von Antidementiva genannt. In einer kanadischen Studie wurden die Entscheidungen eines Gremiums analysiert, welches die Wirksamkeit von AChEI bei Patienten einer Langzeitpflegeeinrichtung überprüfte. Bei einem Drittel der betrachteten Patientinnen und Patienten wurde von dem Gremium das Absetzen empfohlen. Gründe waren meist insuffiziente Wirkung auf Kognition, Aktivitäten des täglichen Lebens oder Verhalten (Lee et al., 2007).

Neben der beobachteten Wirkungslosigkeit spielen die angenommene Wirkungslosigkeit und die schwierige Messbarkeit einer Wirkung eine wichtige Rolle bei Entscheidungen hinsichtlich der medikamentösen Demenztherapie. Die Diskussion der Einstellungen der Hausärztinnen und Hausärzte hierzu folgt weiter unten (Kapitel 4.6.1.)

4.5.2. Nebenwirkungen

Das Auftreten von Nebenwirkungen ist ein leicht nachvollziehbarer Grund für das Absetzen, ebenso wie die Verschlechterung des Allgemeinzustandes, so dass eine orale Medikation insgesamt nicht mehr möglich ist. Kommuniziert wurden auftretende Nebenwirkungen meist von den Angehörigen, was angesichts ihres intensiven Kontakts mit den an Demenz Erkrankten nicht verwundert. Die Sorge vor Nebenwirkungen wurde fast genauso häufig genannt wie tatsächlich beobachtete Nebenwirkungen.

Das Auftreten von Nebenwirkungen ist ein in der Literatur häufig angegebener Grund für ein Absetzen von Antidementiva. In den RCTs zu Cholinesteraseinhibitoren wird vorwiegend über gastrointestinale Probleme (Durchfall, Übelkeit, Erbrechen), Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe und Harnwegsinfekte berichtet (Zusammenstellung in Kaduszkiewicz et al., 2005). Bei Gardette et al. (2010) war der Therapieabbruch unter anderem mit Gewichtsverlust assoziiert. 2009 berichteten Gill et al. über erhöhte Raten von Synkopen, Bradycardie, Einsatz des Herzschrittmachers und Hüftfrakturen bei Patienten unter der Therapie von Cholinesteraseinhibitoren.

Antizipierte Nebenwirkungen hängen eng mit dem Alter, Multimorbidität und Polypharmakotherapie zusammen.

In größeren Studien zeigten sich fortgeschrittenes Lebensalter (Pariante et al., 2010), die Einnahme anderer Psychopharmaka (Suh et al., 2005) und der begleitende

Gebrauch von Anticholinergika (Gardette et al., 2010) positiv mit dem Therapieabbruch von Cholinesteraseinhibitoren assoziiert. Auch die Art der Administrierung, die Vormedikation mit einem Antidementivum und die Wahl des Medikaments scheinen für die Aufrechterhaltung der Therapie mit Cholinesteraseinhibitoren bedeutsam zu sein (Herrmann et al., 2009). Hinsichtlich des Wirkstoffes scheint das Risiko des Therapieabbruchs bei Rivastigmin gegenüber Memantin und Donepezil größer zu sein (Bohlken et al., 2015; Haider et al., 2014;), bei Kröger im Vergleich zu Galantamin (Kröger et al., 2010).

In der Studie von Pariente et al. (2010) war das Abbruchrisiko geringer, wenn die Patientinnen und Patienten bei Initiierung der Cholinesteraseinhibitortherapie Antidepressiva einnahmen.

Nimmt man an, dass die Verordnung von Antidementiva ähnlichen Regeln und Überlegungen folgt wie das Absetzen, lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit einer deutschen Studie von van den Bussche et al. (2011a) vergleichen. In dieser Analyse von Krankenkassen-Routinedaten zeigten sich zunehmendes Alter und Multimorbidität mit einer verringerten Wahrscheinlichkeit einer Verordnung assoziiert.

Die Nennung von Nebenwirkungen als Absetzgrund erfolgte häufig in Kombination mit anderen Gründen, vor allem mit der erwarteten geringen Wirkung als Ausdruck einer Nutzen/Schaden-Abwägung. Bei Polypharmakotherapie und dem Versuch, die Anzahl der Medikamente möglichst gering zu halten scheint das Antidementivum am ehesten entbehrbar. Dieses Ergebnis wurde auch in einer qualitativen Dissertation an der Universität Hamburg beschrieben, in der die Strategien niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte bei der Reduktion von Polypharmazie bei alten, multimorbiden Patienten untersucht wurden (Dresse, 2014). Hoffmann et al. fanden diesen Zusammenhang auch in Krankenkassen-Routinedaten: Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität werden weniger Antidementiva verordnet (Hoffmann et al., 2011).

4.5.3. Falsche Indikation

Bei einem Viertel der 20 Patientinnen und Patienten wurden die Antidementiva von Seiten der Klinik nicht gemäß der Zulassung verordnet. Diese Fälle unterstreichen, dass nicht leitliniengerechte Verordnungen vorkommen (van den Bussche et al., 2011a).

Dies mag der Tatsache geschuldet sein, dass es keinen pathognomonischen Nachweis einer Demenzerkrankung vom Alzheimerstyp zu Lebzeiten gibt. Die Diagnosestellung ist eine Mischung aus Testung, Ausschluss anderer Ursachen für eine Kognitionsstörung und Beobachtung des Verlaufs. Auch spielen hier – angesichts nicht gut messbarer Wirksamkeit der Medikamente – persönliche Vorlieben der behandelnden Ärzte für das eine oder andere Medikament eine Rolle. Dies zeigt sich auch in den Interviews mit den Hausärztinnen und Hausärzten, die eine eher positive Einstellung zu den Antidementiva hatten. Sie assoziierten das

Positive jedoch eher mit dem Wirkstoff Memantin – unabhängig von der Ätiologie der Demenz.

4.5.4. Unklares Verschwinden aus der Medikationsliste

Zweimal verschwand das Antidementivum ohne klaren Grund an der Schnittstelle ambulante-stationäre Betreuung. In einem Fall war es offensichtlich ein Übertragungsproblem, dass die Klinik nichts von dem Antidementivum wusste und insofern auch ohne Auflistung von diesem wieder entlassen hat. Damit hat der Hausarzt dieses aus dem Blick verloren und bei den Anfragen des Heimes auch nicht vermisst „.....das wissen Sie ja nun selber, wieviel Medikamente am Tag überall bestellt werden und ich geh nicht in jede Akte rein und guck, was haben sie jetzt weggenommen oder dazu gepackt, außer das sind nun Sachen aus dem kardiovaskulären Bereich, dann schau ich schon mal, was da los ist,“ (Interview Ha Nr. 18).

Diese Schnittstellenproblematik ist in der Literatur beschrieben (Gardette et al., 2008 und Mansour et al., 2010). Sie ist einerseits Ausdruck fehlender Standards bei der Medikamentenkontrolle, andererseits zeigt das Zitat auch, dass ein Antidementivum einen nicht so hohen Stellenwert hat wie kardiovaskuläre Medikamente. Der einheitliche, patientenbezogene Medikationsplan, der im Rahmen des E-Health-Gesetzes vom Dezember 2015 eingeführt wird, soll zumindest im Hinblick auf den ersten Aspekt Verbesserungen bringen, indem jeder Patient mit einem aktuellen Plan ausgestattet werden soll, der für alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte sofort verfügbar und veränderbar ist (Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 54 2015). Auf diesem Medikationsplan sollen idealerweise auch Therapieversuche und –abbrüche dokumentiert werden, damit nicht (von anderen Ärzten) Therapien begonnen werden, die früher schon einmal wegen ausbleibender Wirkung oder aufgrund von Nebenwirkungen gestoppt wurden.

Eine intensivere persönliche Kommunikation zwischen den Ärztinnen und Ärzten der unterschiedlichen Sektoren wird aber auch ein perfekt eingeführter Medikationsplan nicht überflüssig machen. Insofern sind auch hier Anstrengungen notwendig, um diese Kommunikation zu verbessern.

In dem anderen Fall war das Absetzen mit einem zeitweiligen Arztwechsel (durch Entlassung in die Kurzzeitpflege) korreliert. Auch das ist in der Literatur beschrieben (Umegaki et al., 2005) und sollte mit der Einführung des Medikationsplanes als Problem in den Hintergrund treten.

In einem Fall zeigte sich schlicht ein Missverständnis. Das übliche Procedere eines Hausarztes, den Patienten bei Demenz neurologisch anzubinden, wurde wohl nicht nachdrücklich formuliert und von den Angehörigen nicht verstanden. Daher wurde der Patient neurologisch nicht mitbetreut und daher wurde auch kein Antidementivum angesetzt.

4.5.5. Absetzen aufgrund anderer Ereignisse oder Überlegungen

Es gibt einen Hinweis auf die schlechte Handhabung des Pflasters. Hier ist sicherlich daran zu denken, dass wenn sich der Ehepartner um die Versorgung kümmert, auch

dieser in der Regel in einem fortgeschrittenen Lebensalter ist und eine einfache Handhabung braucht.

Auch gab es einen Bericht einer Ehefrau, dass die Vorstellung des Patienten in der Demenzabteilung nicht angenehm war und wahrscheinlich deswegen auch nicht wieder stattfinden sollte. Dies könnte bedeuten, dass generell bei der Betreuung von Demenzpatienten der Hausarzt in allen Belangen eine wichtige Rolle spielt, da dieser meist die vertrauteste ärztliche Bezugsperson ist.

Die Medikation zu beenden, als die Patientin ins Pflegeheim kam, erfolgte im Zusammenhang mit der Nennung der fehlenden Wirkung. Der Übergang in ein Pflegeheim sollte laut Herrmann et al. (2010) kein Grund für das Absetzen sein. Angesichts fehlender Kriterien für die Beendigung der medikamentösen Therapie bei Demenz verwundert es allerdings nicht, wenn Ärztinnen und Ärzte eigene Strategien entwickeln.

Einmal verwies der Hausarzt auf die schwierigen Begleitumstände. Das unterstreicht, dass die Gabe von Antidementiva nur im Gesamtkontext Sinn macht, wie in den Leitlinien gefordert. In einer Studie zur Verschreibung von Antidementiva zeigten Cooper et al., dass Hauseigentümer vier Mal wahrscheinlicher Cholinesteraseinhibitoren verschrieben bekommen als Mieter (Cooper et al., 2010). Möglicherweise ist dies ein Hinweis auf bessere Begleitumstände.

Die in der Literatur und in der vorliegenden Studie genannten Gründe für das Absetzen von Antidementiva sind in Tabelle 13 zusammengestellt.

Tabelle 13: In der Literatur und der vorliegenden Studie angegebene Gründe für das Absetzen von Antidementiva

Insuffiziente Wirkung bzw. Unwirksamkeit^{1,5} (beobachtet oder angenommen)

Zu geringe Dosierung erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Absetzen²

Auftreten von Nebenwirkungen^{2,6}

Gewichtsverlust³

gastrointestinal¹

Weitere medikationsbezogene Gründe

Sorge vor Nebenwirkungen

Einnahme von ZNS-Medikation⁸

Einnahme von Anticholinergika^{3,9}

Einnahme von Rivastigmin^{10,11}

Zustand des Patienten

Ausgeprägte Demenz¹ bzw. Verschlechterung des Krankheitsbildes²

Verschlechterung des Allgemeinzustands

Einweisung ins Krankenhaus³

Leben im Pflegeheim bzw. Hospiz⁴

Hohes Alter⁷

Depression¹⁴

Von Patient oder Angehörigen nicht mehr gewünscht¹²

Gesundheitsversorgung

Keine pflegerische Betreuung erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Absetzen²

Geringer Kontakt zum Arzt⁸

Arztwechsel¹

Budgetäre Gründe¹³

¹Umegaki et al., 2005; ²Frankfort et al., 2005; ³Gardette et al., 2008; ⁴Mansour et al., 2010; ⁵Lee et al., 2007; ⁶Gill et al., 2009; ⁷Pariente et al., 2010; ⁸Suh et al., 2005; ⁹Gardette et al., 2010; ¹⁰Bohlken et al., 2015 und Haider et al., 2014; ¹¹Kröger et al., 2010; ¹²Herrmann et al., 2010; ¹³Haupt et al., 2004; ¹⁴DiMatteo et al., 2000

4.6. Meinungen der Hausärzte

Aus einem eigenen Gefühl heraus, durch kollegiale Gespräche mit anderen Hausärzten und auch auf Basis der Literatur bestand bei der Verfasserin dieser Arbeit die Auffassung, dass Antidementiva bei den Ärzten keinen hohen Stellenwert haben. Daher wurden die Hausärzte hiernach explizit gefragt. Dass die generelle Einstellung zu einer Medikamentengruppe das Verschreibungsverhalten beeinflusst, ist leicht nachvollziehbar (Jeschke et al., 2011).

Die von den Ärztinnen und Ärzten dargelegten Einstellungen und Überlegungen werden - angelehnt an die Strukturierung im Ergebnisteil - im Weiteren detailliert diskutiert.

4.6.1. Stellenwert von Antidementiva in der Behandlung von Demenzkranken

Die Mehrheit der Ärzte (dreizehn von siebzehn) räumte den Antidementiva keinen bis einen geringen Stellenwert in der Behandlung der Demenzerkrankung ein. Es wurde nie ausschließlich ein Grund hierfür genannt, sondern mehrere Anmerkungen gemacht, die weiter unten sortiert kommentiert werden.

Die wenigen Hausärzte, die den Antidementiva explizit eine Bedeutung zusprachen, konnten – in drei von vier Fällen - positive Beispiele für eine konkrete erfolgreiche Behandlung benennen.

In der Literatur gibt es insgesamt zu diesem Thema nur wenige Arbeiten. Dass der Glaube des Arztes an das verordnete Mittel Einfluss auf die beobachtete Wirksamkeit hat, ist beschrieben (Jeschke et al., 2011). Melchinger und Machleidt interpretierten die Ergebnisse einer Interviewstudie von 2005 dahingehend, dass insgesamt die Hausärzte wenig Glauben an die Wirksamkeit der Antidementiva haben und die Wirkung von Antidementiva eher skeptisch beurteilen, dieses aber intuitiv (Melchinger und Machleidt 2005). 2007 nahm Melchinger dann erneut Stellung zu den chronischen Versorgungsdefiziten bei Demenzkranken. Er kam zu dem Schluss, dass durch Zweifel an der Wirksamkeit, gerade in der frühen Erkrankungsphase, Ärzte auf die Behandlung mit Antidementiva eher verzichteten. Der „Glaube“ an die Wirksamkeit der Antidementiva sei gering und würde durch eine medikamentenkritische Berichterstattung in den Medien unterstützt (Melchinger 2007).

Eine andere Studie kam zu einem anderen Ergebnis. Hausärzte in Niedersachsen wurden 1993 und 2001 nach ihrer Bereitschaft zu und ihren Erwartungen an die antidementive Behandlung in einem frühen Stadium der Alzheimerdemenz befragt. Hier zeigte sich ein Anstieg der Bereitschaft Cholinesteraseinhibitoren zu geben und man wertete die Ergebnisse dahingehend, dass der Glaube an einen Nutzen dieser Substanzen über die Jahre größer geworden ist (Maeck 2008).

Melchinger interpretierte seine Ergebnisse noch ein Stück weiter, indem er beschrieb, dass auch andere Maßnahmen in der Demenzbehandlung von den Hausärzten ausblieben, so dass insgesamt das Thema Demenz ausgeblendet erscheint (Melchinger 2007). Ähnlich wird dies von Pentzek et al. 2005 formuliert. Hier kamen die Autoren zu dem Schluss, dass die Demenzerkrankung bei Ärzten in gewisser Weise tabuisiert wird. Mögliche Gründe hierfür werden diskutiert. Auf Grund von fehlender Therapie verunsichert die Diagnose und ist damit keine gute Grundlage für die Arzt-Patienten Beziehung (Kaduszkiewicz und van den Bussche 2005). Auch die Aufklärung ist angstbesetzt, da ohne Therapie der Arzt hilflos erscheint und an Ansehen beim Patienten verliert (Pentzek et al., 2005).

Die Hausärzte, die den Antidementiva eine Bedeutung zusprachen, kommentierten die angenommene Wirksamkeit. So wurde darauf hingewiesen, dass die Tatsache, dass Antidementiva keine „Wunderpille“ (Interview Ha Nr. 4) seien, kommuniziert werden müsse. Damit sei von vornherein auch für die Angehörigen klar, dass es um

Besserungen von lediglich Teilbereichen ginge. Auch machten zwei von den vier Hausärzten auf die nötige Aufdosierung aufmerksam. Dass eine ineffektive Dosierung mit einem Abbruch oder Wechsel der Therapie korreliert, ist beschrieben (Gardette et al., 2008).

Ansonsten machten auch die Hausärzte, die den Antidementiva explizit eine Bedeutung zusprachen, kritische Anmerkungen, die sich nicht von der Kritik der anderen Hausärzte dieser Arbeit unterschieden und im Folgenden mit besprochen werden.

Diagnosestellung schwierig: In der vorliegenden Arbeit wurde dieses Argument zweimal genannt. Einmal ging es um die Schwierigkeit des sicheren Nachweises einer Demenz. Dies bestätigt ein Ergebnis einer Interviewstudie von Kaduszkiewicz und van den Bussche (2005), dass unter anderem ein Hindernis auf dem Weg zur frühen Diagnose der Demenz die unklaren diagnostischen Kriterien sind. Zu Lebzeiten gibt es keinen sicheren Nachweis, sondern die Diagnostik soll erfolgen wie in der Leitlinie beschrieben. Weiter besteht Unsicherheit, welches Kriterium für einen Behandlungsbeginn genommen werden soll und um die Begrifflichkeit Prädemenz, bzw. Mild Cognitive Impairment. Auch dieses ist in den Leitlinien formuliert und es gibt „keine Evidenz für eine wirksame Pharmakotherapie zur Risikoreduktion des Übergangs von MCI zu einer Demenz“ (S3-Leitlinien DGPPN und DGN 2015) und die medikamentöse Therapie ist laut Loy und Schneider auch nicht zu empfehlen (Loy und Schneider 2006).

Fehlende Wirkung: Fehlende Wirkung wurde als Argument verhältnismäßig häufig angegeben (insgesamt acht Mal). Das Aufhalten einer Verschlechterung der Demenz wird nicht als Wirkung interpretiert. Auch die Hausärzte, die positive Beispiele einer Wirkung berichten konnten und den Antidementiva einen Stellenwert gaben, machten die Wirkung an beobachtbaren Veränderungen im Alltag oder fühlbarer Kognitionsverbesserung fest.

Hierzu haben sich Melchinger und Machleidt (2005) geäußert. Die Erwartung an eine sichtbare Veränderung bei Medikamentengabe sei groß und ein Aufhalten der Erkrankung würde nicht als Erfolg wahrgenommen.

Messbarkeit schwierig: Genauso häufig (insgesamt acht Mal) wurde die Messbarkeit der Wirkung kritisiert. Der Wunsch nach messbaren Parametern und einfacher praxisnaher Bewertung ist groß. Auch herrscht Verunsicherung, wer die eventuellen Veränderungen beobachten und registrieren soll und wie diese dem Antidementivum zugeordnet werden können. Dass die Maßnahmen zur Therapiekontrolle und die Definition von Therapieerfolgskriterien beim Einzelnen nicht standardisiert sind, ist in der Leitlinie formuliert (S3-Leitlinie DGPPN und DGN 2015).

Auch kamen von den Hausärztinnen und Hausärzten Hinweise, dass die Kapazitäten in Hausarztpraxen aus Zeitgründen und wegen unvorhergesehener Anforderungen zur Quantifizierung und Testung nicht vorhanden sind und auch nicht vergütet werden. Diese zeitliche Beschränkung in der Praxis und die aufwendige Testung als

Problem, ist in der Literatur beschrieben (Pentzek et al., 2005; Melchinger und Machleidt, 2005), so dass die Hausärzte ein Testinstrument meist nicht vorrätig haben (Melchinger und Machleidt 2005). Vermutlich ist davon auszugehen, dass hier in den letzten Jahren eine Entwicklung stattgefunden hat, da z. B. im Rahmen des Geriatrischen Assessments in den Hausarztpraxen eine kognitive Testung zwischenzeitlich vorgeschrieben war.

Nicht überzeugende Studienlage: Zwei Hausärzten langte die Studienlage nicht. Eine weitergehende Diskussion der Studienlage hätte den Interviewrahmen allerdings überschritten, so dass hierzu keine näheren Angaben gemacht werden können.

Zeitpunkt Absetzen unklar: Einmal wurde kritisiert, dass der Zeitpunkt des Absetzens unklar ist.

Hier ist ebenfalls in den Leitlinien schon diskutiert, dass die Dauer der Behandlung nicht standardisiert festgelegt ist. Auch Haupt beschreibt, dass es keine evidenzbasierten Kriterien für Substanzwechsel und Abbruch gibt (Haupt 2010) und Herrmann et al. fordern, dass wir Kriterien brauchen, wann nach langer Gabe Antidementiva abzusetzen sind (Herrmann et al., 2011).

Andere Maßnahmen wichtiger: Dreimal wurde darauf hingewiesen, dass andere Dinge bei einer Demenzerkrankung wichtiger seien als die Versorgung mit Antidementiva, insbesondere da es sich häufig um multimorbide Patientinnen und Patienten handelt mit sowieso schon zahlreichen Medikamenten. Es wurde das Kümern um die häusliche Versorgung, soziale Faktoren allgemein und durch den aktuellen Fall getriggert die Gewährleistung der Medikamentengabe durch einen Pflegedienst mit Kostenübernahme seitens der Krankenkasse erwähnt.

Es bedarf keiner Diskussion, dass die genannten Punkte wichtig sind. Auch in der Leitlinie wird vom „Gesamtkontext“ gesprochen.

Kosten der Antidementiva: Häufiger (sechs Mal) prägte dieser Punkt die Meinung über Antidementiva. Dieses Argument wurde grundsätzlich nur in Zusammenschau mit dem geringen Nutzen oder der nicht fassbaren Wirkung angeführt, am ehesten im Sinne einer Nutzen/Kosten-Abwägung. Die Angst vor den Kosten und die Sorge um Regressforderungen werden von mehreren Autoren beschrieben (Bussche et al., 2011a; Pentzek et al., 2005; Melchinger und Machleidt, 2005). Keiner der befragten Hausärzte hatte tatsächlich wegen Antidementiva einen Regress erlebt oder kannte einen solchen Kollegen. Dies beschreiben auch van den Bussche et al. (2011a) und Melchinger (2007).

Es scheint, dass das Thema Kosten in der (akademischen) Diskussion um Antidementiva als wichtiger betrachtet wird als in der Realität vorhanden. Vielleicht ist dies auch Ausdruck der Verwirrung um die Kosten generell. So merkt Melchinger (2007) an, dass es unsinnig sei, dass die Therapiekosten zu Lasten der Krankenkasse gehen, die hinausgeschobene Pflegebedürftigkeit dagegen Einsparungen der Pflegekasse brächte. Knapp et al. (2012) bewerten nach Sichtung der Literatur zur Fragestellung Kosteneffizienz von verschiedenen

Demenzbehandlungen die pharmakologische Behandlung als insgesamt kosteneinsparend.

Eventuell ist die Erwähnung der Kosten auch ein Hinweis darauf, dass trotz Generika nach wie vor die Preise der Originale die Wahrnehmung der Kosten prägen.

Kritische Einstellung zur Pharmaindustrie: Dies spielte bei fünf Hausärzten eine Rolle. Die benutzten Begrifflichkeiten wie „Moneymaker“, „Riesenmarkt“, „gigantisches Geschäft“, von der Pharmafirma „gehyped“ enthalten sicherlich eine Wertung der Pharmazeutischen Industrie und deren Arbeitsweise der Vermarktung. Es wurde angeführt, dass Studien aus diesem Grund skeptisch zu betrachten seien, dass der Nutzen der Antidementiva sich auf das Geld verdienen für die Pharmaindustrie reduziere und dass das Geschäft darin bestünde, dass wir alle nicht würden älter werden wollen und Antidementiva vom Prinzip her bis zum Lebensende gegeben werden sollten. Bei Angehörigen würden falsche Hoffnungen der Behandelbarkeit geweckt. Dass die Aussagen der pharmazeutischen Industrie hinsichtlich der Wirkung eher als euphemistische Werbebotschaften wahrgenommen werden, ist beschrieben (Melchinger und Machleidt 2005).

Der Hinweis, dass ein gut wirksames Mittel eigentlich keiner Bewerbung bedarf, sondern sich das unter Kollegen zügig rumsprechen würde, ist interessant.

Angst vor dem Alter: Zweimal wurde darauf hingewiesen, dass durch unsere Einstellung zum Abbau von kognitiven Fähigkeiten im Alter, generell die Aufmerksamkeit für Produkte, die hier ansetzen, stiege. Durch die diskutierte Möglichkeit, hier auch frühzeitig zu testen, würden Erwartungen in der Bevölkerung geschürt.

Auch hierzu äußert sich lediglich Melchinger (2007). Die Symptome würden eher dem Alter zugeschrieben und damit von den Hausärzten als nicht behandelbar gewertet. Die durch die Leitlinie vorgegebenen Unterscheidungskriterien scheinen nicht bekannt zu sein oder nicht wahrgenommen zu werden.

Verschreibungsdruck und indikationsgerechte Verordnung: Zwei Hausärzte fühlten sich verpflichtet, die Demenz pharmakologisch zu therapieren. Ein anderer ließ sich bewusst nicht treiben, sondern ließ sich lediglich durch die genaue Indikation leiten.

Der Treiber war einmal die begonnene Verschreibung in der Geriatrie. Hierzu passt, dass ein anderer Hausarzt (Interview Ha Nr. 1) berichtete, dass er als beschäftigter Arzt in der Geriatrie, eine bessere Meinung von Antidementiva hatte als jetzt als niedergelassener Hausarzt. Dies ist vielleicht ein Hinweis darauf, dass nicht die Indikation, sondern der Verlauf die Meinung der Ärzte zu Antidementiva prägt. Das andere Mal war der Treiber der Wunsch nach Antidementiva von Angehörigen. Die Herausforderungen der Dreiecksbeziehung Arzt-Patient-Angehöriger sind in der Literatur beschrieben (Pentzek et al., 2005).

Zu geringes eigenes Fachwissen: Drei Mal wurde das eigene Fachwissen für bestimmte Beurteilungen als zu gering eingestuft. Vielleicht unterstreichen diese

Aussagen alle in dieser Arbeit genannten Schwierigkeiten, so dass die Diagnostik und die Behandlung der Demenz bewusst den Neurologen überlassen werden.

Melchinger und Machleidt interpretieren ihre Interviewstudie 2005 dahingehend, dass Hausärzte in der Behandlung der Demenz ein geringeres fundiertes Fachwissen haben als die Gruppe der betreuenden Neurologen (Melchinger und Machleidt, 2005). Vielleicht zeigt diese vor Jahren getroffene Aussage aber auch nur, dass zumindest 2005 die pharmakologische Behandlung der Demenz viel in den Händen der Neurologen war. Zumindest bei den für diese Arbeit interviewten Fällen war der Hausarzt meistens in die Behandlung involviert. Unterstützen kann man sicherlich die Forderung nach praxiserprobten Leitlinien (Melchinger und Machleidt 2005). Hier ist die DEGAM zu erwähnen, die sich deutlich kürzer und für Hausärzte klarer fasst als die DGPPN/DGN (Demenz Leitlinie Nr. 12 der DEGAM 2008).

Tabelle 14: In der Literatur und der vorliegenden Studie beschriebene Aspekte, die die Meinung der Hausärzte über Antidementiva prägen

Demenzspezifisch:

Thema Demenz scheint tabuisiert¹
Diagnostischen Kriterien unklar⁷
Angst vor dem Alter, so dass normale Alterserscheinungen möglichst medikamentös behandelt werden sollen
Symptome werden eher dem Alter zugeschrieben¹
Nicht-medikamentöse Maßnahmen wichtiger

Antidementivaspezifisch:

Der Glaube an die Wirksamkeit ist gering^{1,2}
- die Beurteilung der Wirksamkeit erfolgt eher intuitiv²
- dies hat Einfluss auf die beobachtete Wirksamkeit⁴
Fehlende beobachtbare Wirkung
Erwartete Wirkung: „Verbesserte Kognition“²
„Keine Verschlechterung“ wird nicht als Erfolg wahrgenommen²
Messbarkeit der Wirkung schwierig
Angst vor mit der Medikation verbundenem Aufwand
- Keine kognitive Testung vorrätig²
- kognitive Testungen als zu aufwendig empfunden^{2,3}
Zeitpunkt des Absetzens der Medikation unklar⁵
Nicht überzeugende Studienlage
Sorge vor Kosten^{2,3,6}
Verschreibungsdruck und indikationsgerechte Verordnung
Schwierige Konstellation Arzt-Patient-Angehörige³

Anderes:

Kritische Einstellung gegenüber der Pharmaindustrie
- Nutzen (leichtere Alltagsgestaltung, Entlastung der Angehörigen und Aufschiebung der Pflegebedürftigkeit) werden als euphemistische Werbebotschaften gewertet.²
Zu geringes eigenes Fachwissen
Hausärzte haben weniger demenzspezifisches Fachwissen als Neurologen²

¹Melchinger 2007; ²Melchinger und Machleidt, 2005; ³Pentzek et al., 2005; ⁴Jeschke et al., 2011; ⁵Haupt 2010; ⁶Bussche et al., 2011a; ⁷Kaduskiewicz und Bussche 2005

4.6.2. Profitierende Patientengruppe

Häufig wurde hier leitliniengetreu das Frühstadium der Demenz genannt.

Zwei Mal erfolgte die Nennung, dass jüngere Patienten am ehesten von einer medikamentösen Behandlung profitieren. Dieser Punkt lässt sich wahrscheinlich am ehesten im Kontext mit Frühstadium werten.

Öfter kam das Argument, dass gut betreute Patienten, egal ob zu Hause oder im Heim profitierten. Ob häuslich oder im Heim versorgte Patienten, bei denen die Medikamenteneinnahme gewährleistet ist, am meisten profitieren, ist unklar.

Zwei der eher positiv zu Antidementiva eingestellten Ärzte gingen auch auf die Diagnose ein, für die Antidementiva am ehesten geeignet seien. Ein Arzt war der Auffassung, dass die genaue Diagnose keine Rolle spielt, ein anderer sah vor allem die Patienten mit vaskulärer Demenz als potentielle Profiteure von Antidementiva. Schließlich merkte einer der Ärzte an (Interview Ha Nr. 20), dass die Gabe von Antidementiva hauptsächlich die Angehörigen beruhigen würde und diese eine veränderte Einstellung zu dem dementen Patienten bekämen, wovon alle Beteiligten profitieren könnten.

Betrachtet man die Zulassungen, stellt man fest, dass keines der Medikamente für die vaskuläre Demenz zugelassen ist, auch nicht für die gemischte Form. In den S3-Leitlinien der DGPPN/DGN werden Off-Label-Empfehlungen sowohl für die vaskuläre als auch für die gemischte Form der Demenz gemacht. Diese Empfehlungen sind zahlreich. Basierend auf diesen Unklarheiten entwickeln Hausärzte offenbar ganz eigene Konzepte, für welche Patientengruppen die Antidementiva indiziert bzw. geeignet sind.

4.7. Äußerungen der interviewten Patientinnen und Patienten

Dass der Informationsgehalt der Patienteninterviews insgesamt sehr spärlich sein würde, war vorauszusehen.

4.8. Stärken und Schwächen der Studie

Der methodische Ansatz dieser Studie, das Absetzen von Antidementiva aus Patienten- und Angehörigenperspektive sowie aus der Perspektive der Hausärzte zu analysieren, verspricht einen Mehrwert im Sinne des Aufdeckens von unterschiedlichen Perspektiven auf einen definierten Prozess. Im Ergebnis hat dieses Vorgehen zwar unterschiedliche Auffassungen über den Absetzvorgang beim einzelnen Patienten offengelegt, was jedoch nicht weiter verwunderte, weil Kommunikation über den Absetzvorgang häufig nicht stattgefunden hatte. Daher wurden die unterschiedlichen Auffassungen über den Absetzvorgang bei einzelnen Patienten nicht weiter analysiert. Die Interviews mit den Patientinnen und Patienten brachten keinerlei neue Erkenntnisse, weil diese sich aufgrund ihrer Erkrankung nicht erinnern konnten.

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um eine qualitative Studie mit geringer Fallzahl. Die Stärke besteht darin, dass nur so das Sammeln der vielfältigen Aspekte

des Problems möglich ist. In den oben ausgeführten Betrachtungen zeigt sich, dass die genutzte Stichprobe in vielen Punkten (verwendete Antidementiva, Einnahmedauer, Diagnosen, Erst- und Folgeverordnungen, Merkmalskombinationen) im Sinne der Studie außerordentlich heterogen ist.

4.9. Schlussfolgerung

Dies ist die erste qualitative Studie für Deutschland, welche das Absetzen von Antidementiva untersucht hat. Die Gründe für das Absetzen sind erwartungsgemäß vielfältig. Erlebte und erwartete Nebenwirkungen, erlebte und erwartete Wirkungslosigkeit der Antidementiva, Unklarheit über die Diagnose und dementsprechend Unsicherheit bezüglich der korrekten Indikation sowie Multimorbidität und Polypharmazie spielen als Absetzgründe eine große Rolle. Patientinnen und Patienten mit diesen Absetzgründen würden in Studien, die lediglich prüfen, ob alle Menschen mit Demenz ein Antidementivum erhalten, als „unterversorgt“ gelten. Im Sinne einer realistischen Beschreibung der medikamentösen Versorgung von Menschen mit Demenz wäre der nächste Forschungsschritt eine quantitative Analyse der Prävalenzen der einzelnen Gründe für ein Absetzen bzw. Nicht-Ansetzen der Antidementiva.

Bei den Absetzwegen fällt auf, dass das Absetzen vielfach nicht kommuniziert wurde. Auch wenn als Begründung für Nicht-Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten (bzw. deren Angehörigen) häufig Zeitmangel aufgeführt wird – und nachvollziehbar ist – sollten dennoch Maßnahmen ergriffen werden, um die Kommunikation zu verbessern. Der mit dem E-Health-Gesetz eingeführte Medikationsplan könnte ein Mittel sein, um die Kommunikation über Medikamente zu intensivieren. Wichtig scheinen aber auch Maßnahmen auf organisatorischer Ebene, die nicht originär ärztliche Aufgaben auf andere Berufsgruppen (zurück)verteilen, damit sich Ärztinnen und Ärzte intensiver ihren Patientinnen und Patienten widmen können.

Bei den Antidementiva zeigt sich nach wie vor eine Skepsis (nicht nur) der Hausärzte bezüglich ihrer Wirkung in Relation zu Kosten, (potenziellen) Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten und Erkrankungen. Diese Skepsis basiert auf der klinisch nicht überzeugenden Wirksamkeit dieser Medikamentengruppe, weshalb sie nicht nur abgesetzt, sondern häufig gar nicht erst angesetzt werden. Hier wäre zu untersuchen, ob mehr Aufklärung zu allen genannten Punkten wie dem Behandlungsbeginn, der Abgrenzung zum normalen Alterungsprozess, der zu erwartenden Wirkung, standardisierten Verlaufskontrollen und Hinweisen zum Zeitpunkt des Absetzens die skeptische Meinung der Hausärzte nachhaltig ändern könnten und ob das Einfluss hätte auf die Häufigkeit der Verordnung und des Absetzens. Weiter scheint eine deutlichere Darstellung der vorhandenen Studien zu Antidementiva und deren Aussagewert sowie klarere Aussagen zu den Kosten von Nöten. Hier könnte die DEGAM eine große Rolle spielen, die insgesamt ihre Leitlinien enger an den Bedürfnissen der Hausärzte formuliert.

Weiterhin bedarf es Studien, die die Auswirkungen des Absetzens des Antidementivum untersuchen, d.h. ob und ggf. wie sich der Zustand des

Demenzerkrankten ändert. So berichteten Familienangehörige in einer Studie von Shega et al. (2009) über Verschlechterungen des Zustandes, als das Antidementivum bei fortgeschrittener Demenz abgesetzt wurde.

Mehr Aufklärung wird höchstwahrscheinlich keine grundlegenden Veränderungen des Einsatzes der Antidementiva bewirken. Ärzte und Patienten warten auf Medikamente, die deutliche und sichtbare Verbesserungen der Situation der Patienten bewirken. Neue, überzeugend wirksame Medikamente sind nicht in Sicht. Hier ist nach wie vor die Grundlagenforschung gefragt, neue therapeutische Konzepte und Wirkstoffe zu entwickeln.

5. Zusammenfassung

Aus der Literatur ist bekannt, dass die Versorgung mit Antidementiva bei Demenzerkrankten spärlich ausfällt. Dies setzt sich zusammen aus einer gering angesetzten Rate von Verordnungen bei der Diagnosestellung und dem oft zügigen Absetzen bei bestehender Medikation. Unser Forschungsinteresse galt dem zweiten Anteil dieser Aussage. Konkrete Fragen waren dabei: Wer sind die Akteure des Absetzens und aus welchen Gründen wird abgesetzt. Dafür wurden im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie Patienten ausgesucht, die während eines stationären Aufenthaltes mit einem Antidementivum versorgt worden waren und bei denen dieses im ambulanten Verlauf wieder abgesetzt wurde. Als mögliche Akteure für das Absetzen wurden die Patienten, die Angehörigen und die Hausärzte interviewt.

Am häufigsten initiierte der behandelnde Hausarzt das Absetzen. Die Angehörigen waren als alleinige Initiatoren und als in den Absetzprozess Involvierte eine deutlich wahrnehmbare Gruppe. Am dritthäufigsten war eine Konstellation, bei der kein bewusster Initiator ausgemacht werden konnte, gefolgt vom Neurologen als Initiator. Der Patient selbst war nur einmal als Akteur in das Absetzen aktiv involviert.

Die Beteiligten gaben meist mehr als einen Absetzgrund an. Nebenwirkungen und Wirkungslosigkeit waren die am häufigsten angegebenen Gründe. Diese wurden oft auch nur als Befürchtung oder Sorge angegeben. Nicht immer folgten die ambulant behandelnden Ärzte (Hausärzte und Neurologen) und manchmal auch die Angehörigen der gestellten Demenzdiagnose der Klinik und das Antidementivum wurde wegen falscher Indikation wieder abgesetzt. In mehreren Fällen wurde die Medikation von keinem Beteiligten bewusst abgesetzt. Hier handelte es sich entweder um Übertragungsprobleme der Medikation bei Übergang in ein Krankenhaus oder Pflegeheim, einmal um ein Missverständnis zwischen Hausarzt und Angehörigen und einmal wurde die Medikation komplett ohne nachvollziehbares Ereignis beendet. Weitere genannten Gründe für das Absetzen waren Einzelnennungen: Pflasterhandhabung schwierig für den Angehörigen, Verordnung des Antidementivum als Botschaft im Entlassungsbrief, die beim Hausarzt nicht ankam, Verlegung des Patienten in ein Pflegeheim, kein Vertrauen des Patienten zur Demenzabteilung, in der das Medikament angesetzt worden war, Verordnungsrichtlinien, die laut Hausarzt als nicht einhaltbar bewertet wurden und soziale Begleitumstände des Patienten, die vom Hausarzt als zu schlecht bewertet wurden.

Dreiviertel der interviewten Hausärzte gaben den Stellenwert der Antidementiva in einer Demenzbehandlung als eher gering an. Der Unterschied zu den Hausärzten, die den Antidementiva durchaus einen Stellenwert in der Behandlung gewährten, war, dass diese positive Beispiele für Wirkungen nennen konnten und sich eher bewusst waren, dass die Wirkung der Antidementiva nur eingeschränkt sei.

Auch hier prägte nicht ein Punkt die Meinungsbildung, sondern es wurden immer mehrere angegeben.

Am häufigsten prägte allerdings die Wirkungslosigkeit im Sinne einer fehlenden Verbesserung der Kognition und eines positiven Einflusses auf die Bewältigung des Alltags die Meinung der Hausärzte. Das Aufhalten der Demenzprogredienz reicht den meisten Hausärzten als Wirkung nicht. Weitere Kritikpunkte waren die schwierige Messbarkeit des Verlaufes, der nötige Aufwand hierfür und der unklare Zeitpunkt des Absetzens sowie Unsicherheiten bezüglich der indikationsgerechten Verordnung.

Die Arzneikosten wurden öfter genannt, allerdings immer im Zusammenhang mit fehlender Wirkung. Die Studienlage zur Wirkung der Antidementiva wurde angezweifelt und die Pharmaindustrie als Treiber für die Vermarktung der Antidementiva kritisiert. Öfter wurde das eigene Fachwissen zu Antidementiva als zu gering eingestuft, und ein Kollege formulierte einen gefühlten Verschreibungsdruck von Seiten der Klinik (Geriatric).

Da der Hausarzt beim Absetzen eine zentrale Rolle zu spielen scheint und seine Meinung zu Antidementiva im großen Stile von Schwierigkeiten in der Handhabung der Antidementiva geprägt ist, scheinen einfachere, klarere Aussagen zu Behandlungsbeginn, Wirkungserwartungen und Verlaufskontrollen von Nöten. Ob und ggf. wie sich das Absetzen der Antidementiva auf den Patienten auswirkt sollte in großen, randomisierten, kontrollierten Studien untersucht werden. Auch ist weiterhin die Grundlagenforschung gefragt, neue therapeutische Konzepte und Wirkstoffe zu entwickeln, die deutliche und sichtbare Verbesserungen der Situation der Patienten bewirken.

6. Summary

It is well established in literature that the supply of anti-dementia medication is rarely given. This circumstance results out of low rate of drug administration by the time of diagnosis and the early withdrawal of the existing anti-dementia medication. Our research interest concerned the second part of the claim. Specific questions were: Who are the actors of settling the anti-dementia medication and for which reasons. In a qualitative interview study, patients were selected, who had been supplied with an anti-dementia drug during a hospital stay, which was canceled in the outpatient history. Possible actors for discontinuation, patients, relatives and the general practitioners were interviewed.

Although in most cases the responsible general practitioner established the discontinuation of the medication, also the relatives of the patient established the withdrawal on their own or had a huge influence on the withdrawal. In the third most common case of withdrawal no initiator was to be determined. Sometimes the neurologist initiated the discontinuation of the medication. Only in one case the patient was involved in the withdrawal on his own.

Often the involved persons mentioned more than one reason for the withdrawal. Adverse drug effects and ineffectiveness were most frequently mentioned as reasons for discontinuation, often just mentioned as fear or concern. The responsible doctors, who treated the patient on an outpatient basis, and the relatives not always followed the demand of the diagnosis of dementia and in the following the anti-dementia medication had been discontinued due to false indication. In several cases the discontinuation was not knowingly introduced by any persons involved. In this case it is possible that transfer problems occurred due to a change of treatment locations. In one case a misunderstanding between the general practitioner and the relatives resulted in the discontinuation of the medication. In another case the reason for the withdrawal could not be determined. Other cited reasons for discontinuation were only mentioned once: Problems in handling of plasters by relatives; the drug administration recommended in the dismissal report, which not had been registered by the general practitioner; the patients moving to a nursing home; no trust in the dementia department, which ordered the anti-dementia medication; prescription guidelines, which were evaluated to be unachievable by the general practitioner; and by the general practitioner poor-marked social circumstances of the patient.

Three out of four general practitioners rated the importance of anti-dementia medication in dementia treatment as rather low. In contrast, doctors, who rated the importance of anti-dementia medication as high, could mention positive examples and were rather aware of the limited effect of anti-dementia medication.

In all cases, more than one reason formed the opinion of the general practitioners.

In most cases, the doctor's opinion resulted out of the ineffectiveness of the medication, showing in a lack of improvement of the cognition or positive influence on the everyday life of the patient. Often the interception of the dementia-progression doesn't satisfy the doctors enough to accept the effect of the medication. Further, the

difficult measurability of the development, the effort required and the unclear time of withdrawal and uncertainties regarding the indication-appropriate treatment were criticized.

Often the high cost of medicaments was mentioned but always in regard to the ineffectiveness. Furthermore, the doctors doubt the validity of available studies regarding anti-dementia medication and criticized the marketing of medication by the pharmaceutical industries. Some doctors admitted to having too little expertise about anti-dementia medication. One doctor mentioned, that he experienced a certain pressure to prescribe an anti-dementia medication by the geriatric clinic.

Due to the central role of the general practitioner in the decision to discontinue the medication of anti-dementia drugs and the significant influence by the difficulties in handling anti-dementia medication on the practitioner's opinion, simple and clear statements for the beginning of the treatment, expectations of effect and progress monitoring seem necessary. The impact of the discontinuation of the medication on the patients should be researched in big, randomised and controlled studies. In addition, basic research is necessary as well to develop new therapeutic concepts and ingredients to significantly improve the situation of patients.

7. Abkürzungsverzeichnis

A	Angehöriger
AChEI	Acetylcholinesteraseinhibitor
AD	Antidementiva
ASS	Acetylsalicylsäure
Aufl.	Auflage
AZ	Allgemeinzustand
bzw.	beziehungsweise
CholEI	Cholinesteraseinhibitoren
Co	Code
d. h.	das heißt
DDD	defined daily dose
Dem Tect	Demenz Detection
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik und Nervenheilkunde
e. V.	eingetragener Verein
et al.	und andere
ggf.	gegebenenfalls
Ha	Hausarzt
HJ	Halbjahr
I	Interviewer
ICD	Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMST	Mini-Mental Status-Test
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
n. Chr.	nach Christus
NMDA	N-Methyl-D-Aspartat
NW	Nebenwirkung
p.	page

pp.	pages
Pat-Co	Patienten-Code
RCT	Randomized Controlled Trial, randomisierte kontrollierte Studie
S	Schwiegertochter
S.	Seite
So	Sohn
T	Tochter
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
vgl.	vergleiche
Vol.	Volumen
z. B.	zum Beispiel
ZNS	Zentralnervensystem

8. Literatur

1. Ahn SH, Choi NK, Kim YJ, Seong JM, Shin JY, Jung SY, Park BJ (2015): Drug persistency of cholesterinesterase inhibitors for patients with dementia of Alzheimer type in Korea. Arch Pharm Res 2015, (38) 6, pp. 1255-62
2. Aly F, Hellmann G, Möller H (2012): Spezifikation für einen patientenbezogenen Medikationsplan. Koordinierungsgruppe zur Umsetzung und Fortschreibung des Aktionsplanes zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Version 1.3 mit Korrekturen vom 12.12.2012
3. Alzheimer A (1907): Verhandlungen psychiatrischer Vereine, Verein südwestdeutscher Irrenärzte, S. 146-148
4. Becker-Brüser W, Buchheister U, Halbekath J, Halm A, Juche A, Kochen M, Maxen A von, Mühlhauser I, Pohlmann M, Schenk S, Siewczynski R, Wille H, Wirth B (2012): Arznei-telegramm, Korrespondenz Jahrgang 43, S. 54-55, Juni 2012 http://www.arznei-telegramm.de/html/2012_06/1206054_01.html (04.06.2015)
5. Berg C, Milmeister M (2007): Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodierverfahren der Grounded Theory Methodology. Historical Social Research, Supplement 2007, Issue 19, pp. 182-210
6. Bertaux D (1981): Biography and society: the life history approach in the social sciences. Beverly Hills/London, Sage 1981, pp. 29-45
7. Bohlken J, Selke G, Bussche van den H (2011): Antidementivaverordnungen in Stadt und Land – Ein Vergleich zwischen Ballungszentren und Flächenstaaten in Deutschland. Psychiat Prax 2011; 38: 232–236
8. Bohlken J, Schulz M, Rapp MA, Bätzing-Feigenbaum J (2015): Pharmacotherapy of dementia in Germany: Results from a nationwide claims database. European Neuropsychopharmacology 2015, Vol. 25 (12), pp. 2333-8
9. Bundesgesetzblatt (2015): Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze. Vom 21. Dezember 2015, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 54, § 31a http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2408.pdf%27%5D__1464177531953 (20.05.2016)
10. Bussche van den H, Kaduszkiewicz H, Koller D, Eisele M, Steinmann S, Glaeske G, Wiese B (2011a): Anti-dementia drug prescription sources and patterns after the diagnosis of dementia in Germany: Results of a claims data based one year follow-up. Int Clin Psychopharmacol 2011, 26 <http://www.egms.de/static/en/meetings/fom2011/11fom030.shtml> (20.01.2014)

11. Bussche van den H, Kaduszkiewicz H, Koller D, Eisele M (2011b): Die Verschreibung von Antidementiva im ersten Jahr nach der Demenzdiagnose – Ein Vergleich des Verschreibungsverhaltens von Hausärzten und Nervenärzten. Forum Medizin 21, 45. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Zusammenarbeit mit der Deutschen, Österreichischen und Südtiroler Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin 22.09. - 24.09.2011, Salzburg, Österreich
12. Bussche van den H, Wiese B, Koller D, Eisele M, Kaduszkiewicz H, Maier W, Glaeske G, Steinmann S, Wegscheider K, Schön G (2011c): Specialist involvement and referral patterns in ambulatory medical care for patients with dementia in Germany: results of a claims data based case-control study. BMC Health Services Research 2011 11:148
13. Bussche van den H, Kaduszkiewicz H (2005): Verschreibungsmuster und Wirksamkeitsvermutung von Antidementiva. Ein Vergleich von Hausärzten, niedergelassenen Neurologen und Psychiatern. Nervenheilkunde 6/2005; 24: 485-92
14. Cooper C, Blanchard M, Selwood A, Livingston G (2010): Antidementia drugs: Prescription by level of cognitive impairment or by socio-economic group? Aging & Mental Health 2010, Vol. 14(1), pp. 85-89
15. Cusi C, Cantisani E, Celani M, Incorvaia B, Righetti E, Candelise L (2007). Neuroepidemiology 2007, Vol. 28(2), p. 116-117
16. Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (2012) Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenzen. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (07.10.2015)
17. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000): Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Arch Intern Med 160: 2101-2107
18. Ebert D (1999): Alzheimer Info, Merz Website. Psychiatrie systematisch 1999, Uni-Med Verlag, Bremen, 3. Auflage. <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/formen/> (18.10.2015)
19. Demenz. DEGAM Leitlinie Nr. 12 (2008). Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
20. Demenz. DEGAM Leitlinie Nr. 12, Methodische Ergänzungen zur Leitlinienentwicklung sowie um Umgang mit Ergebnissen im Prozess des 10-Stufenplans (2008)
21. Dresing T, Pehl T (2011): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 3. Auflage. Marburg. Quelle: www.audiotranskription.de/praxisbuch (29.10.2012)

22. Dresse S (2014): Strategien niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte bei der Reduktion von Polypharmazie bei alten, multimorbiden Patienten. Dissertation , Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät Hamburg, <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2014/6882/pdf/Dissertation.pdf> (23.08.2015)
23. Eisele M, Bussche van den H, Koller D, Wiese B, Kaduszkiewicz H, Maier W, Glaeske G, Steinmann S, Wegscheider K, Schön G (2010): Utilization Patterns of Ambulatory Medical Care before and after the Diagnosis of Dementia in Germany – Results of a Case-Control Study.“ *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;29:475–483
24. Flick U, Kardoff von E, Keupp H, Rosenstiel von L, Wolff S (1995): *Handbuch der qualitativen Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage. Psychologie Verlagsunion. Weinheim
25. Frankfort SV, Appels BA, de Boer A, Tulner LR, van Campen JP, Koks CH, Beijnen JH (2005): Discontinuation of rivastigmine in routine clinical practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005, Vol. 20(12), pp. 1167-1171
26. Friedrichs J (1973): *Methoden empirischer Sozialforschung*. Reinbek, Rowohlt 1973
27. Förstl H (2003): *Antidementiva*. 1. Auflage. Urban und Fischer Verlag, München, Jena, ISBN 3-437-23280-0
28. Gadzhanova S, Roughead L, Mackson J (2010): Anticholinesterase duration in the Australian veteran population. *Aust New Zeal J Psychiatr*. 44 (5): 469-474
29. Gardette V, Andrieu S, Lapeyre-Mestre M, Coley N, Cantet C, Ousset PJ, Grand A, Monstaustruc JL, Vellas B (2008): Predicted Factors of Discontinuation and Switch of Cholinesterase Inhibitors in Community-Dwelling Patients with Alzheimer's Disease: A 2-year Prospective, Multicentre, Cohort Study. *Int Psychogeriatr*. 2008 Aug; 20 (4), pp. 800-806
30. Gauthier S, Emre M, Farlow M, Bullock R, Grossberg G, Pottkin S (2003): Strategies for continued successful treatment of Alzheimer`s disease: switching cholinesterase inhibitors. *Current Medical Research and Opinion* 2003, Vol. 19(8), pp. 707-714
31. Gill SS, Anderson GM, Fischer HD, Bell CM, Li P, Normand SL, Rochon PA (2009): Syncope and its consequences in patients with dementia receiving cholinesterase inhibitors: a population-based cohort study. *Arch Intern Med* Vol. 169 (9), pp. 867-873
32. Glaser B, Strauss A (1998): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern, Huber 1998
33. Gogol M, Lüttje D, Werner H (2007): Stellungnahme zum Vorbericht des IQWiG „Cholinesterasehemmer bei Alzheimerdemenz“. *Z Gerontol Geriatr* 2007 (40): 192–194 2007

34. Grass-Kapanke B, Kunczik T, Gutzmann H (2008): Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor – DIAS -. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e. V. Band 7, 1. Auflage 2008, Berlin
35. Haider B, Schmidt R, Schweiger C, Forstner T, Labek A, Lampl C (2014): Medication Adherence in Patients with Dementia: An Austrian Cohort Study. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2014, Vol. 28 (2), pp. 128-133
36. Haupt M, Rosenfeld S, Stobbe G (2004): Die ambulante Versorgung von Patienten mit Alzheimer-Demenz. Zwei exemplarische Studien zum ärztlichen Verordnungsverhalten. *MMW-Fortschr. Med. Originalien II/2004* (146. Jg.), 51-56
37. Haupt M (2010): Antidementiva – Indikation und Anwendungsdauer. *Psychopharmakotherapie* 17. Jahrgang, Heft 1, 2010
38. Harnischmacher U, Ihle P, Schickling O. Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen und deren Umsetzungen von Patienteneinwilligungserklärungen bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von pseudonymisierten Patientendaten in der medizinischen Forschung. Projekt DS 3.8 der Arbeitsgruppe „Datenschutz und Sicherheit“ in der Telematikplattform für medizinische Forschungsnetze. Köln, April 2003. S. 113-115
39. Helfferich C (2011): Die Qualität qualitativer Daten. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011
40. Herrmann N, Binder C, Dalziel W, Smyth S, Canacho F (2009). Persistence with cholinesterase inhibitor therapy for dementia. *Drugs Aging* 26 (5), pp. 403–407
41. Herrmann N, Black S, Li A, Lanctôt K (2010): Discontinuing cholinesterase inhibitors: results of a survey of Canadian dementia experts. *International Psychogeriatrics* (2011), 23:4, 539–545°C International Psychogeriatric Association 2010
42. Höffler D, Lasek R, Berthold H (2004): Arzneiverordnungen in der Praxis. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2004. [http://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/Demenz.pdf/\\$FILE/Demenz.pdf](http://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/Demenz.pdf/$FILE/Demenz.pdf) (11.10.2015)
43. Hoffmann F, Kaduszkiewicz H, Glaeske G, van den Busche H, Koller D (2014): Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. *Aging Clinical and Experimental Research* 2014, Vol. 26(5), pp. 555-559
44. Hoffmann F, van den Busche H, Wiese B, Schön G, Koller D, Eisele M, Glaeske G, Scherer M, Kaduszkiewicz H (2011): Impact of geriatric comorbidity and polypharmacy on cholinesterase inhibitors prescribing in dementia. *BMC Psychiatry* 2011, Vol. 11, p. 190

45. Hopf C (1978): Die Pseudoexploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 7, Heft 2, April 1978, S. 97-115, F. Enke Verlag Stuttgart
46. Howard R, McShane R, Lindsay J, Ritchie C, Baldwin A, Barber R, Burns A, Denning T, Findlay D, Holmes C, Hughes A, Jacoby R, Jones R, Jones R, McKeith I, Macharouthu A, O'Brien J, Passmore P, Sheehan B, Juszcak E, Katona C, Hills R, Knapp M, Ballard C, Brown R, Banerjee S, Onions C, Griffin M, Adams J, Gray R, Johnson T, Bentham P, Phillips P (2012): Donepezil and Memantine for Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. The New England Journal of Medicine 2012; 366, pp. 893-903. Massachusetts Medical Society
47. IQWiG Berichte (2007): Nr. 17, Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz, Abschlussbericht, Auftrag A05-19A, Version 1.0, Stand: 07.02.2007
48. IQWiG Berichte (2009): Nr. 59, Memantin bei Alzheimer Demenz, Abschlussbericht, Auftrag A05-19C Version 1.0 Stand: 08.07.2009
49. IQWiG Berichte (2012): Nr. 118, Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz: Ergänzungsauftrag Rivastigmin-Pflaster und Galantamin, Abschlussbericht, Auftrag: A09-05 Version: 1.0 Stand: 03.02.2012
50. Jeschke E, Ostermann T, Vollmar H, Tabali M, Schad F, Matthes H (2011): Prescribing patterns in dementia: a multicenter observational study in a German network of CAM physicians. BMC Neurology 2011, 11:99
51. Kaduszkiewicz H, van den Bussche H (2005): Behandlung von Patienten mit Hirnleistungsstörungen und Demenzen. Möglichkeiten und Grenzen – Sichtweisen von Hausärzten. Med Welt 2005; 56; 65-8
52. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt H-P, van den Bussche H (2005): Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: Systematic review of randomized clinical trials. BMJ 2005; 331: 321-327
53. Kaufmann JC (1999): Das verstehende Interview. Aus dem Französischen übersetzt von Daniela Böhmler. UVK Universitätsverlag Konstanz 1999
54. Kelle U, Kluge S (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2010
55. Knapp M, Lemmi V, Romeo R (2012): Dementia care costs and outcomes: a systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry 2013, Vol. 28(6), pp. 551-561
56. Kröger E, Marum R, Souverein P, Egberts T (2010): Discontinuation of Cholinesterase Inhibitor Treatment and Determinants thereof in the Netherlands: Drugs and Aging 2010, Vol. 47 (8), pp. 663-675
57. Kuckartz U (2014): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Beltz, Juventa 2014

58. Langer W (2000): IV Methoden der empirischen Sozialforschung I, Vorlesung SoSe 2000. <http://www.soziologie.uni-halle.de/langer/pdf/meth1/inhalten.pdf> (06.02.2016)
59. Lee J, Monette J, Sourial N, Monette M, Bergman H (2007): The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2007, Vol. 8(4), pp. 243-7
60. Legewie H (2004): 11. Vorlesung Qualitative Forschung und der Ansatz der Grounded Theory, Vorlesungsskript (letzte Aktualisierung 18.08.2006) online im Internet, http://www.tu-berlin.de/fak8/ifg/psychologie/legewie/VL-Skripte/Dokumente/Vorlesung_11.pdf (11.01.2015)
61. Lisch R, Kriz J (1978): Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse: Bestandsaufnahme und Kritik. Reinbek, Rowohlt 1978
62. Loy C, Schneider L (2006): Galantamine for Alzheimer`s disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD001747 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437436> (11.03.2015)
63. Maeck L, Haak S, Knoblauch A, Stoppe G (2008): Primary care physicians' attitudes related to cognition enhancers in early dementia: a representative eight-year follow-up study in Lower Saxony, Germany. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008, Vol.23(4), pp. 415-21
64. Maier W, Jessen F, Schneider F, Deuschl G, Spottke A, Reichmann H und andere (2010): Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz, Interdisziplinäre S3 Praxisleitlinien. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
65. Majic T, Pluta J, Mell T, Aichberger M, Treusch Y, Gutzmann H, Heinz A, Rapp M (2010): Pharmakotherapie von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenz. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(18): 320-7
66. Mansour D, Wong R, Kuskowski M, Dysken M (2010): Discontinuation of Acetylcholinesterase Inhibitor Treatment in the Nursing Home. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2011, Vol. 9(5), pp 345-350
67. Mauskopf J, Paramore C, Lee W C, Snyder E (2005): Drug Persistency Patterns for Patients Treated With Rivastigmine or Donepezil in Usual Care Settings, *Journal of Managed Care Pharmacy* 2005;11(3):231-39
68. Mayring P (2010): Qualitative Inhaltsanalyse, 11. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel
69. MaxQDA 11 (2014): Referenzhandbuch MAXQDA für Windows, VERBI Software, Consult, Sozialforschung, GmbH Berlin (v1.2)
70. Melchinger H (2007): Demenzerkrankungen: Chronische Versorgungsdefizite. *Dtsch Arztebl* 2007; 104(47): A-3236 / B-2847 / C-2747, Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum Psychologische Medizin, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Hannover

71. Melchinger H, Machleidt W (2005): Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken: Analyse der Ist-Situation und Ansätze für Qualifizierungsmaßnahmen. *Nervenheilkunde* 2005, 24: 493–98
72. Melchinger H, Machleidt W (2005): Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? Ergebnisse einer Interviewstudie. *Z Allg Med* 2005, 81, S. 191-196. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York
73. Miles M, Huberman A (1994): *Qualitative Data Analysis. An expanded sourcebook*, 2. Edition. Sage Publications, Thousand Oaks, London
74. Möller H-J, Graeber M B (1998): The case described by Alois Alzheimer in 1911 Historical and conceptual perspectives based on the clinical record and neurohistological sections, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (1998) 248 : 111–122, Springerverlag
75. NICE Guidance (2011): Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer`s disease, Technology appraisal guidance. Puhlised: 23 March 2011, nice.org.uk/guidance/ta217 (07.11.2015)
76. Pariente A, Fourrier-Réglat A, Bazin F., Ducruet, T, Dartigues J, Dragomir A, Perreault S, Moore S, Moride Y (2012): Effect of treatment gaps in elderly patients with dementia treated with cholinesterase inhibitors. *Neurology* 78 March 27, 2012, Seiten 957-963
77. Pariente A, Pinet M, Moride Y, Merlière Y, Moore N, Fourrier-Réglat A (2010): Factors associated with persistence of cholinesterase inhibitor treatments in the elderly. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2010, Vol. 19 (7), pp. 680-686
78. Park H-E, Park I-S, Oh Y-S, Yang D-W, Lee K-S, Choi H-S, Ahn K-J, Kim J-S (2015): Subcortical wither matter hyperintensities within the cholinergic pathways of patients with dementia and parkinsonism. *Journal of the Neurological Sciences* 2015, Vol. 353 (1-2), pp. 44-48
79. Pentzek M, Fuchs A, Abholz H (2005): Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. *Nervenheilkunde* 2005, 24, 499-506
80. Piechotta G (2008): *Das Vergessen erleben*. 3. Unveränderte Auflage 2014, Mabuse-Verlag Frankfurt am Main, ISBN 978-3-9838304-70-9, S. 48
81. Reichertz J (2013): *Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Über die Entdeckung des Neuen*. 2. Auflage. Springer Fachmedien Wiesbaden 2003, 2013
82. Riepe M, Sieber C, Frölich L, Haupt M (2008): Therapiekontrolle mit Struktur. *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105(41): A 2155-6
83. Rote Liste (2013): Rote Liste Service GmbH, Frankfurt am Main. <http://online.rote-liste.de/> (21.01.2016)

84. Rustemeyer R (1992): Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse: Eine Einführung am Beispiel der Analyse von Interviewtexten. Münster, Aschendorff 1992
85. Rychlik R (2007): Gutachten über die Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland. Für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. Institut für Empirische Gesundheitsökonomie, Mai 2007
86. Saldana J (2009): The Coding Manual for Qualitative Researchers. Sage Publications Ltd., London
87. Schatzmann L, Strauss A (1973): Field Research: Strategies for a Natural Sociology. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall 1973
88. Schreier M (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten [59 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 15(1), Art. 18
89. Schulze J, Glaeske G, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H, Koller D, Wiese B, Hoffmann F (2013): Prescribing of antipsychotic drugs in patients with dementia: a comparison with age-matched and sex-matched non-demented controls, Pharmacoepidemiol Drug Saf., Dec. 2013, 22:1308-16
90. Schwabe U, Paffrath D (2014): Antidementiva. Arzneiverordnungs-Report 2014: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014, S. 382
91. Shega JW, Ellner L, Lau DT, Maxwell TL (2009): Cholinesterase Inhibitor and N-Methyl-D-Aspartic Acid Receptor Antagonist Use in Older Adults with End-Stage Dementia: A Survey of Hospice Medical Directors. Journal of palliative medicine 2009, Vol. 12 (9), pp. 779-783
92. Steigleder S (2008): Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring. Tectum Verlag Marburg 2008
93. Strauss, A (1987): Qualitative analysis for social scientists. University of Cambridge Press 198
94. Suh D-C, Thomas S, Valiyeva E, Arcona S, Vo L (2005): Drug Persistency of Two Cholinesterase Inhibitors, Rivastigmine versus Donepezil in Eldery Patients with Alzheimer`s Disease. Drugs Aging 2005; 22(8): 695-707
95. S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion-1. Revision, August 2015). Herausgebende Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
96. Taipale H, Tanskanen Q, Koponen M, Tolppanen A-M, Tiihonen J, Hartikainen S (2014): Antidementia drug use among community-dwelling individuals with Alzheimer's disease in Finnish: a nationwide register-based study. International Clinical Psychopharmacology 2014, Vol. 29; pp. 216-223

97. Umegaki H, Itoh A, Suzuki Y, Nabeshima T (2005): Discontinuation of donepezil for the treatment of Alzheimer`s disease in geriatric practice. *Int. J Geriatr Psychiatry*. 2005 Dec; 20 (12): 1167-71
98. Witzel A (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*, Frankfurt am Main, Campus Verlag, S. 92f
99. Wu YT, Fratiglioni L, Matthews FE, Lobo A, Breteler MM, Skoog I, Brayne C. (2016): Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. *Lancet Neurol*. 2016, Vol. 15 (1):pp. 116-24

9. Anhang

Anhang A: Verzeichnis der Abbildungen	104
Anhang B: Verzeichnis der Tabellen.....	105
Anhang C: Schweigepflichtentbindung Anderer	106
Anhang D: Einverständniserklärung Sonstige	107
Anhang E: Interviewleitfaden Patient, Angehörige.....	109
Anhang F: Interviewleitfaden Hausarzt.....	110

Anhang A: Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Einteilung Demenz-Formen	3
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Behandlung von Demenzen mit Empfehlungsgraden	6
Abbildung 3: Generierung der Stichprobe aus Entlassungen der Klinik für Geriatrie 2012.....	22
Abbildung 4: Generierung der Stichprobe aus Entlassungen der Klinik für Geriatrie 2. Halbjahr 2011	23
Abbildung 5: Generierung der Stichprobe aus Entlassungen der Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie 2012	25
Abbildung 6: Generierung der Stichprobe aus Entlassungen der Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie im 2. Halbjahr 2011	26

Anhang B: Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Merkmalskombination der Studienteilnehmer zur Wahrung des „Selektiven Sampling“.....	12
Tabelle 2: Merkmale der Studienteilnehmer, die über die Klinik für Geriatrie rekrutiert wurden	24
Tabelle 3: Merkmale der Studienteilnehmer, die über die Demenzabteilung der Klinik für Psychiatrie rekrutiert wurden	27
Tabelle 4: Merkmale aller Studienteilnehmer	28
Tabelle 5: Merkmale der Studienteilnehmer bei Entlassung	29
Tabelle 6: Durchgeführte Interviews	30
Tabelle 7: Diagnosen und verordnete Antidementiva bei leichter Demenz	31
Tabelle 8: Diagnosen und verordnete Antidementiva bei mittelschwerer Demenz	32
Tabelle 10: Dauer der Einnahme bei Erstverordnung des Antidementivums	34
Tabelle 11: Dauer der Einnahme bei Folgeverordnungen des Antidementivums	35
Tabelle 12: Übersicht über die Absetzgründe von Antidementiva.....	39
Tabelle 13: In der Literatur und der vorliegenden Studie angegebene Gründe für das Absetzen von Antidementiva.....	78
Tabelle 14: In der Literatur und der vorliegenden Studie angegebene Überlegungen, die die Meinung der Hausärzte über Antidementiva prägen	84

Anhang C: Schweigepflichtentbindung Anderer

Wissenschaftliche Untersuchung

„Warum und auf wessen Initiative werden Antidementiva in der nachstationären ambulanten Behandlung von Patienten mit Demenz abgesetzt?“

Einverständniserklärung 2

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass unten genannte Person(en) in einem Interview über Ihre Sichtweise des oben genannten Themas berichten darf / dürfen. Er / sie darf / dürfen dabei konkret über ihre Überlegungen / Erfahrungen bezüglich meiner Person berichten.

Person 1 (Name, Funktion):

— Person 2 (Name, Funktion):

Person 3 (Name, Funktion):

Ggf. zu ergänzen.

Für die in diesem Interview erhobenen Daten gelten die gleichen datenschutzrechtlichen Grundlagen, wie in der Einverständniserklärung 1 beschrieben.

—

Name des Patienten (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin

Name des Betreuers (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum und Unterschrift des Betreuers / der Betreuerin

Name des aufklärenden Arztes/der aufklärenden Ärztin (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum und Unterschrift des aufklärenden Arztes / der aufklärenden Ärztin

Anhang D: Einverständniserklärung Sonstige

Wissenschaftliche Untersuchung

„Warum und auf wessen Initiative werden Antidementiva in der nachstationären ambulanten Behandlung von Patienten mit Demenz abgesetzt?“

Einverständniserklärung Sonstige

Ich wurde über die oben genannte wissenschaftliche Untersuchung von Frau Nana Thorsen-Höllmer, Ärztin, ausreichend schriftlich und mündlich informiert.

Weiterhin bin ich mit folgendem Vorgehen einverstanden:

1. Das persönliche Interview wird auf einen Datenträger aufgezeichnet, wörtlich transkribiert, anonymisiert und wissenschaftlich ausgewertet.
2. Die im Rahmen des Forschungsprojektes gesammelten Informationen dürfen in anonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden, solange kein Rückschluss auf meine Person möglich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung erhobenen Daten sowie meine sonstigen mit dieser Untersuchung zusammenhängenden personenbezogenen Daten elektronisch aufgezeichnet werden. Es wird gewährleistet, dass meine personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Bei der Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin und die Erläuterungen zum Datenschutz erhalten habe und ich zustimme, an diesem Projekt teilzunehmen.

Ich wurde über die Studie ausreichend informiert und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Meine Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Wenn ich nicht teilnehme, werde ich keine Nachteile haben.

Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass für mich Nachteile entstehen.

Erläuterungen zum Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Ihrer Finverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde, unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie werden in Papierform und auf Datenträgern im Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) sowie auf einem Rechner des _____ aufgezeichnet und

pseudonymisiert (verschlüsselt)¹ für die Dauer von insgesamt 4 Jahren gespeichert (ein Jahr während des Projektes und drei Jahre nach Projektende).

Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung Ihrer Person auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten zu Ihnen ermöglicht, hat neben der Studienleiterin Frau PD Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz nur noch die Projektmitarbeiterin Frau Nana Thorsen-Höllmer.

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Studienleiterin und ihre Mitarbeiterin erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Sie haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie ggf. informiert zu werden.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständige Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert².

Im Falle des Widerrufs des Finverständnisses werden die bereits erhobenen Daten anonymisiert² und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Datenschutzpassus der Ethik-Kommission der Hamburger Ärztekammer in der Version 05.04.2011

Name des/der Interviewten (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum und Unterschrift des/der Interviewten

Name des aufklärenden Arztes/der aufklärenden Ärztin (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum und Unterschrift des aufklärenden Arztes / der aufklärenden Ärztin

¹ Pseudonymisierung ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG).

² Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 BDSG)

Anhang E: Interviewleitfaden Patient, Angehörige

Promotion, Version 2

Nana Thorsen-Höllmer

Interviewleitfaden für Angehörigen (bzw. Betreuer bzw. Patienten) - je nach Adressat müssen die Fragen formal angepasst werden -

Als Herr/Frau am aus dem Krankenhaus entlassen wurde, hat er/sie das Medikament noch eingenommen. Seit dem tut er/sie das nicht mehr.

1.) Können Sie mir über die Gründe für das Absetzen etwas erzählen?

Wenn „keine Ahnung“:

Wer kann am besten über die Gründe berichten?

Welche Ärzte und anderen Personen sind in die Behandlung involviert?

Wenn „nicht wirksam“:

Was an Wirkung hatten Sie erwartet?

Welche Wirkung haben Sie beobachtet? (In Bezug auf Kognition, Alltagstauglichkeit?)

Wurde die Wirkung des Medikamentes im Verlauf untersucht? Mit Hilfe von Tests oder indem Sie befragt wurden?

Wurde erwogen, eine andere Dosierung auszuprobieren oder das Medikament zu wechseln?

Wenn wegen „Nebenwirkungen“:

Welche NW sind aufgetreten und welche davon waren so schlimm, dass das Medikament abgesetzt wurde?

Wem sind die NW aufgefallen?

Hatte der Arzt nach Nebenwirkungen gefragt?

Wenn wegen „Unverträglichkeit mit anderen Medikamenten“:

Welche Probleme sind aufgetreten?

Wem sind die Probleme zuerst aufgefallen?

2.) Haben Sie die aufgetretenen Probleme mit irgendjemandem besprochen?

3.) Wer hat Ihrer Meinung nach letztendlich entschieden, dass Herr/ Frau das Medikament nicht weiter nehmen soll?

4.) Wissen Sie wozu und weshalb Herr/Frau das Medikament erhalten hatte?

5.) Gibt es aus Ihrer Sicht noch irgendetwas zu ergänzen, was bisher nicht zur Sprache gekommen ist?

Herzlichen Dank für das Gespräch und Ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen.

Anhang F: Interviewleitfaden Hausarzt

Promotion

Nana Thorsen-Höllmer

Interviewleitfaden für Hausarzt/Hausärztin

Als Herr/Frau am aus dem Krankenhaus entlassen wurde, hat er/sie das Medikament noch eingenommen.

1.) Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Medikament gemacht?

1a.) Hat irgendein Arzt bzw. eine Ärztin aus der Klinik mit Ihnen über dieses Medikament gesprochen?

Seit dem nimmt er/sie das nicht mehr.

2.) Können Sie mir über die Gründe für das Absetzen etwas erzählen?

Wenn „keine Ahnung“ (wird wahrscheinlich nicht vorkommen):

Wer kann am besten über die Gründe berichten?

Welche anderen Ärzte und Personen sind in die Behandlung involviert?

Wenn „nicht wirksam“:

Was an Wirkung hatten Sie erwartet?

Welche Wirkung haben Sie beobachtet? (In Bezug auf Kognition, Alltagstauglichkeit?)

Wurde die Wirkung des Medikamentes im Verlauf untersucht? Mit Hilfe von Tests oder Befragungen der Angehörigen oder anderer? Von wem wurde die Wirkung untersucht?

Wurde erwogen, eine andere Dosierung auszuprobieren oder das Medikament zu wechseln? Wenn ja, wer hat das erwogen?

Wenn wegen „Nebenwirkungen“:

Welche NW sind aufgetreten und welche davon waren ausschlaggebend, dass das Medikament abgesetzt wurde?

Wem sind die NW aufgefallen?

Wurde erwogen, eine andere Dosierung auszuprobieren oder das Medikament zu wechseln?

Wenn wegen „Unverträglichkeit mit anderen Medikamenten“:

Welche Probleme sind aufgetreten?

Wurde erwogen, eine andere Dosierung auszuprobieren oder das Medikament zu wechseln?

Wenn wegen negativer „Kosten/Nutzen-Bilanz“:

Haben Sie wegen der Cholinesterasehemmer Regress selbst erlebt oder bei Kollegen mitbekommen?

3.) Haben Sie die aufgetretenen Probleme mit irgendetwem besprochen?

3a.)Haben Sie mit dem Patienten mal über dieses Medikament gesprochen?

3b.)Haben Sie mit den Angehörigen mal über dieses Medikament gesprochen?

4.) Wer hat letztendlich entschieden, dass Herr/ Frau das Medikament nicht weiter nehmen soll?

5.) Was ist grundsätzlich Ihre persönliche Meinung zur Wirkung der Antidementiva?

6.) Gibt es aus Ihrer Sicht oder aus Ihrer Erfahrung eine Patientengruppe, die am ehesten von der Einnahme eines Antidementivas profitiert?

Stichworte: Geschlecht, Alter, Versorgung, Status, Intelligenz?

7.) Welchen Stellenwert haben Antidementiva Ihrer Meinung/Erfahrung nach in einer Demenzbehandlung?

8.) Wie verfahren Sie grundsätzlich in der Behandlung Ihrer Patienten mit Demenz?

9.) Nutzen Sie zur Behandlung Demenzkranker Leitlinien? Und wenn ja, welche?

10.) Gibt es aus Ihrer Sicht noch irgendetwas zu ergänzen, was bisher nicht zur Sprache gekommen ist?

Herzlichen Dank für das Gespräch und Ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen.

10. Danksagung

Ohne Unterstützung ist ein solches Projekt neben dem normalen Arbeitsalltag nicht machbar.

Dank an Herrn Prof. Dr. med. Martin Scherer vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für die Unterstützung durch seinen Lehrstuhl. Der größte Dank gebührt Frau Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz, die als Privatdozentin dieses Instituts erstens ein offenes Ohr für mein Forschungsanliegen hatte und dann zweitens die Betreuung auch als Professorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel - trotz sicherlich eigenem großen Arbeitspensum - weiter geführt hat. Das weiß ich sehr zu schätzen und freue mich über den Einblick in das wissenschaftliche Arbeiten, welchen ich dadurch erhalten habe. Es hat mein Verständnis meiner praktischen Arbeit am Patienten nachhaltig erweitert.

Danken möchte ich auch Herrn Dr. Dr. med. Ulrich Kuipers, der mir geriatrisch versiert bei der Entwicklung der Fragestellung geholfen hat. Meinen Kollegen der Praxis Dr. med. Kielholz danke ich für die Akzeptanz, dass ich über Monate einen Tag die Woche zu Hause an dieser Promotion arbeiten durfte.

Ich bedanke mich auch bei Herrn Manfred Kolb, der diese Arbeit mit einer großzügigen Kondolenz-Spende zu Ehren seiner an einer Demenz verstorbenen Ehefrau finanziell unterstützt hat.

Und zu guter Letzt danke ich meinem Sohn Jan, der rund um die Fragen zu Formatierung, verlustigen Dateien und sonstigen Computerlaunen immer ein offenes Ohr und gute Tipps hatte.

11. Lebenslauf

- In der elektronischen Version aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht verfügbar -

12. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, anders als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus 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.

Unterschrift: