

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät
Prof. em. Dr. med. T. Lichte
Institutsdirektor Prof. Dr. med. M. Herrmann MPH, MA

Möglichkeiten und Grenzen der Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis

Eine qualitative und quantitative Analyse
in Sachsen-Anhalt

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
Dr. med.
(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Stephanie Kell, geb. Papert
geboren in Dessau

Magdeburg 2019

Dokumentationsblatt

Bibliografische Beschreibung:

Kell, Stephanie

Möglichkeiten und Grenzen der Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis.
Eine qualitative und quantitative Analyse in Sachsen-Anhalt

2019, 180 Blatt, 10 Abbildungen, 27 Tabellen

Kurzreferat: In der Literatur wird beschrieben, der Hausarzt sei die erste Anlaufstelle für Betroffene einer Demenzerkrankung. Ausschluss von Differentialdiagnosen, cerebrale Bildgebung und Screeningtestverfahren werden als diagnostische Mittel genannt. In dieser Studie wurde in einem qualitativen Teil untersucht, wie Hausärzte mit Demenzerkrankung umgehen. In einem quantitativen Teil wurde das diagnostische Vorgehen, dabei insbesondere die Einstellung zu Screeningtestverfahren und die Schwierigkeiten evaluiert und das Antwortverhalten auf Verzerrung im Sinne der sozialen Erwünschtheit geprüft. Das Abweichen von Verhaltensroutinen veranlasst den Hausarzt zu einer Demenzdiagnostik. Screeningtestverfahren spielten vor allem in der quantitativen Studie eine große Rolle. Als Schwierigkeiten wurden vor allem mangelnde Zeit, unzureichende Vergütung und der therapeutische Nihilismus genannt. Ein Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit konnte nicht nachgewiesen werden. Jüngere Hausärzte führen mehr Diagnostik selbst durch und leiten eine Behandlung ein.

Schlüsselwörter: Hausärzte, Demenzdiagnostik, Stigmatisierung, Therapeutischer Nihilismus

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	7
1.1. Thema der Dissertation	7
1.2. Einführung	7
1.2.1. Rolle des Hausarztes bei der Demenzdiagnostik	8
1.2.2. Diagnostisches Vorgehen des Hausarztes	10
1.2.3. Schwierigkeiten der Hausärzte bei der Demenzdiagnostik	12
1.3. Zielstellung der Arbeit	14
2. Material und Methode	16
2.1.1. Leitfadeninterview	17
2.1.2. Durchführung	17
2.1.3. Auswertung	18
2.2. Quantitative Machbarkeitsstudie	18
2.2.1. Durchführung	18
2.2.2. Messinstrument	19
2.2.3. Datenanalysen	20
2.3. Quantitative Studie	20
2.3.1. Durchführung	20
2.3.2. Messinstrument	20
2.3.3. Datenanalysen	22
3. Ergebnisse	23
3.1. Qualitative Studie- Fokusgruppeninterviews	23
3.1.1. Operationalisierung	43
3.2. Quantitative Machbarkeitsstudie	45
3.2.1. Stichprobe	45
3.2.2. Ergebnisse der Itembewertung	46
3.2.3. Korrelationen bei der Itembewertung	49
3.2.4. Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Itembewertung	49
3.3. Quantitative Studie	51
3.3.1. Stichprobe	51
3.3.2. Ergebnisse der Itembeantwortung	54
3.3.3. Korrelationen bei der Itembeantwortung	60
3.3.4. Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Itembewertung	69
4. Diskussion	72
4.1. Qualitative Studie-Fokusgruppeninterviews	72
4.1.1. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse	72
4.1.2. Limitation der Ergebnisse	75
4.1.3. Schlussfolgerung und Ausblick	75
4.2. Quantitative Machbarkeitsstudie	76
4.2.1. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse	76
4.2.2. Limitation der Ergebnisse	77

4.2.3. Schlussfolgerung und Ausblick.....	78
4.3. Quantitative Studie.....	78
4.3.1. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse.....	78
4.3.2. Limitation der Ergebnisse	83
4.3.3. Schlussfolgerung und Ausblick.....	83
4.4. Abschließende Diskussion	85
5. Zusammenfassung.....	92
6. Literaturverzeichnis.....	94
Literatur	94
7. Abbildungsverzeichnis	101
8. Tabellenverzeichnis.....	102
9. Publikationen	103
10. Danksagung.....	104
11. Erklärungen	105
12. Curriculum Vitae.....	106
13. Anhang	107
13.1. Interviewleitfaden	107
13.2. Transkription Fokusgruppe 1	109
13.3. Transkription Fokusgruppe 2	141
13.4. Auswertung der Transkription	160
13.5. Anschreiben und Fragebogen der quantitativen Machbarkeitsstudie	162
13.6. Anschreiben und Fragebogen der quantitativen Studie	167
13.7. Weitere Tabellen der Korrelationsanalyse der quantitativen Studie.....	172

Abkürzungsverzeichnis

BB	Blutbild
BSG	Blutsenkungsgeschwindigkeit
Bzw	Beziehungsweise
CCT	Cerebrale Computertomografie
CMRT	cerebrale Magnet-Resonanz-Tomografie
CRP	C-reaktives Protein
DD	Differentialdiagnosen
DemTec	Demenz-Detection
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
et al	et alii, et aliae, et alia (und andere)
event	eventuell
Gamma-GT	Gamma-Glutamyltransferase
GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
h	Stunde
HbA1c	Glykohämoglobin
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
I	Interviewer
I	Interview 1
II	Interview 2
M	Moderator
min	Minute
MMSE/MMST	Mini-Mental-Status-Examination/-Test
MRT	Magnet-Resonanz-Tomografie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n	Anzahl
O2	Sauerstoff

S	Sprecher
SD	Standardabweichung
sek	Sekunde
Sono	Sonografie
Tab	Tabelle
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
TN	Teilnehmer
TSH	Thyreidea stimulierendes Hormon
Vit. B12	Vitamin B12 (Cobalamin)
x	Mittelwert
Z	Zeile
z.B.	zum Beispiel

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der weiblichen und männlichen Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl beiderlei Geschlecht. Um die Anonymität der interviewten Experten im qualitativen Teil zu wahren, wird bei allen empirischen Belegen das Maskulinum verwendet.

1. Einleitung

1.1. Thema der Dissertation

Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik von Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis. Eine qualitative und quantitative Analyse zu Einstellungen zu und Vorgehen bei der Diagnostik von Demenzerkrankungen von Hausärzten in Sachsen-Anhalt.

1.2. Einführung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Demenz als Syndrom einer erworbenen, chronischen und progressiv verlaufenden Erkrankung der Hirnleistung, die zur Beeinträchtigung multipler höherer kortikaler Gehirnfunktionen führt. Beeinträchtigt sind die Gedächtnisleistung, die Denkfunktionen, die Orientierungsfähigkeit, die Fähigkeit zu kalkulieren, die Lernkapazität, die Urteilsfähigkeit, die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit sowie die Fähigkeiten zur Lösung von Alltagsproblemen [1]. Die demographische Entwicklung zeigt, dass die Menschen immer älter werden und somit auch die Anzahl der Demenzkranken steigt. Diese wird sich nach Schätzungen der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung in Deutschland bei gleichbleibenden Prävalenzraten bis zum Jahr 2050 auf über 2 Millionen Patienten erhöhen [2]. Neuere Vorausberechnungen gehen sogar von 3 Millionen Patienten im Jahr 2050 in Deutschland aus [3]. Folglich steigen auch die Versorgungskosten.

Eine frühzeitige Diagnosestellung eröffnet allen Beteiligten, nämlich sowohl dem Patienten, den Angehörigen als auch die in die Behandlung Eingebundenen die Möglichkeit, sich auf die zu erwartenden Auswirkungen in Hinblick auf Lebensqualität, medizinische Behandlung und Versorgungssituation einzustellen.

In der Literatur findet man eine Übersichtsarbeit zur primärärztlichen Versorgungsforschung für Menschen mit Demenz. Thyrian veröffentlichte eine Zusammenschau der wichtigsten Projekte aktuell in Deutschland [4]. Auf die wichtigsten wird in der vorliegenden Arbeit Bezug genommen.

1.2.1. Rolle des Hausarztes bei der Demenzdiagnostik

Bei der Früherkennung einer Demenzerkrankung übernimmt der Hausarzt eine Schlüsselrolle [5]. Er kennt seinen Patientenstamm und auch deren Angehörige in den meisten Fällen über Jahre [6]. Für den Patienten ist der Hausarzt sowohl bei somatischen, als auch bei psychischen Auffälligkeiten der erste Ansprechpartner. Der Hausarzt hat die Rolle einer Vertrauens- und Koordinierungsinstanz [5]. Luck et al. führten eine Telefonumfrage in der deutschen Gesellschaft zur Einstellung bezüglich der frühen Diagnose einer Demenzerkrankung durch. Dabei zeigte sich, dass sich 88% der Teilnehmer eine frühzeitige Diagnose wünschen und dass für 62% der Befragten der Hausarzt der erste Ansprechpartner in solch einer Situation ist [7].

Es stellt sich die Frage, wie geht der Hausarzt mit dieser Rolle um? Hat er die nötigen Kenntnisse, um dieser Aufgabe gerecht zu werden? In den ersten Jahren nach dem Jahr 2000 wurde in mehreren Arbeiten der Wunsch nach Fortbildung und Leitlinien geäußert. Iliffe et al. halten Fortbildung zu diesem Thema für notwendig [8]. Auch Weyerer et al. beschreiben, dass das Wissen der Hausärzte oft unzureichend ist [9]. Laut Melchinger et al. sind sich die Hausärzte in Deutschland dessen bewusst und wünschen sich Fortbildung und auch Leitlinien [10]. Teilweise wird aber bei ähnlichen Ergebnissen die Tendenz vermutet, dass die befragten Hausärzte sozial erwünscht antworten [11]. In der Literatur finden sich Untersuchungen zur Auswirkung von Leitlinien und Fortbildungsangeboten. Eine Studie aus Großbritannien zeigt, dass pädagogische Interventionen keinen Effekt auf die dokumentierten

Diagnosen haben. Es gäbe lediglich mehr Überweisungen an Gedächtniskliniken. Im Gegensatz dazu stellten Downs et al. fest, dass sowohl eine multimediale Fortbildung, als auch praktische Workshops die Erkennungsraten für Demenz verbessern [12]. Eine Arbeitsgruppe um Vollmar in Deutschland untersuchte multimodale Schulungen für Hausärzte im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin [13]. Dort konnte ein signifikanter Wissenszuwachs nachgewiesen werden. Kaduszkiewicz et al. konnten die positiven Auswirkungen von Schulungen für Hausärzte nachweisen [14]. Sie seien in ihrer eigenen Kompetenz gestiegen, ihre positive Grundeinstellung habe zugenommen und der besondere Stellenwert von Frühdiagnose, Angehörigenarbeit und Netzwerkarbeit wurde vermittelt [13]. Zu ähnlichen Erkenntnissen kamen Laux et al. im hausarztbasierten rheinland-pfälzischem Modellprojekt "start modern"[15]. Dort wurde das Vorgehen von speziell geschulten und nicht geschulten Hausärzten bei der Demenzversorgung verglichen. Geschulte Hausärzte führen mehr Diagnostik eigenständig durch und nicht geschulte Hausärzte überweisen häufiger zum Facharzt. Geschulte Hausärzte wenden leitliniengerechte Diagnostik und Therapie konsequenter an, haben eine verstärkte Aufmerksamkeit für Frühsymptome, nutzen häufiger Laboruntersuchungen, initiieren häufiger bildgebende Untersuchungen und führen den Mini-Mental-Status häufiger durch. Die Studie von Mukadern et al. zeigte 2014, dass die Diagnoseraten für Demenzen und auch die Verordnungsraten von Antidementiva nach Veröffentlichung der "National Dementia Strategy" gestiegen sind[16, 17]. Auch eine im Anschluss durchgeführte Onlinebefragung von Hausärzten mit den Fragen aus der "National Dementia Strategy" zeigte eine positivere Einstellung und ein größeres Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bei Diagnose und Beratung des Patienten und seiner Angehörigen. Weiterhin unzufrieden waren die Teilnehmer über die lokalen Hilfsangebote. [18]

Eine australische Studie kommt ebenfalls zu dem Erkenntnis, dass kontinuierliche Fortbildungsprogramme eine effektive Methode darstellen, um Hausärzte zu schulen. [19]

Voraussetzung dafür, dass eine Demenzdiagnostik vom Hausarzt eingeleitet wird, ist jedoch, dass dieser Frühzeichen einer Demenzerkrankung bemerkt oder der Patient beziehungsweise auch Angehörige ihn damit konfrontieren. Eine irische Studie hat ergeben, dass in 58% der Fälle Gedächtnisprobleme auffällig waren, bevor eine Demenzdiagnostik eingeleitet wurde [20]. Eine Untersuchung von Ramakers et al. wies auf die Symptome fünf Jahre vor der Diagnosestellung Demenz. Erste Symptome waren auch hier kognitive Einschränkungen, hinzu kamen Gangstörungen. Auffällig waren vermehrte Hausarztbesuche in den letzten 5 Jahren vor Diagnosestellung [21]. Im Durchschnitt vergehen laut einer australischen Studie 1,9 Jahre mit Symptomen, bevor der Hausarzt wegen dieser aufgesucht wird und insgesamt 3,1 Jahre bis zur Diagnosestellung [22].

In einer weiteren Studie wird dieser Zeitraum sogar auf zwei bis zehn Jahre ausgeweitet [23].

1.2.2. Diagnostisches Vorgehen des Hausarztes

Eine weitere Frage ist, welche konkreten Instrumente besitzt der Hausarzt, um eine Demenz zu diagnostizieren? Viele nationale und internationale Studien haben sich mit dieser Frage beschäftigt. Eine Arbeit aus dem Jahr 2003 von Müller et al. vergleicht nationale und internationale Leitlinien zum Thema Demenz. Dort werden eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese und eine klinische Untersuchung empfohlen. Zu diesen empfohlenen Laboruntersuchungen gehören: Thyreoidea-stimulierendes Hormon, Vitamin B12, Lues-Serologie, HbA1c. Eine Liquor-Diagnostik sollte keine Routineuntersuchung sein. Der Mini-Mental-Status wird als Screening-Test

empfohlen und eine Bildgebung mittels cerebraler Computertomographie oder struktureller Kernspintomographie ist zur Diagnosesicherung erforderlich. Eine weitere neuro-psychologische Testung ist nur in Spezialfällen angeraten [24].

Damian et al. unterteilen die Demenzdiagnostik noch einmal in verschiedene Aufgabenbereiche, nämlich die des Hausarztes, des Facharztes und spezialisierter Gedächtnisambulanzen. Hier wird zwar auch gesagt, dass der Hausarzt eine Schlüsselrolle innehat, jedoch eine tiefergehende Differentialdiagnostik nicht von ihm erwartet wird.

Als orientierende neuro-psychologische Tests für den Hausarzt werden die Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease -Testbatterie (CERAD-Testbatterie) und der Uhrentest empfohlen [25]. In einer anderen Studie werden zusätzlich als Screeningverfahren der Demenz-Detektion (DemTec) und der Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) aufgeführt [26]. In der gleichen Publikation wird auch Wert auf eine ausführliche Medikamentenanamnese gelegt. Es gibt wenige Studien, die sich speziell mit der Verwendung von neuropsychologischen Screening-Tests befassen. Eine Arbeit von Menon et al. aus dem Jahr 2011 gibt einen Überblick über die Verwendung von Screening-Tests in Großbritannien. Dort nutzten über 90% den *Mini-Mental-Status* oder den *Abbreviated Mental Test Score* [27]. Die geriatrische Depressions-Skala zur Abgrenzung zur Depression ist hingegen sehr selten benutzt worden. In einer Untersuchung von Milne et al. zu Screeningtests wird gesagt, dass andere Tests wie „The General Practitioner Assessment of Cognition“ (GPCOG), „The Memory Impairment Screen“ (MIS) oder der „Mini-Cognitive Assessment Instrument“ (Mini-Cog) besser geeignet sind als der Mini-Mental-Status [28, 29]

Kontroverse Aussagen findet man in der Literatur zum Thema generelles Screening auf Demenz. Eine deutsche Studie aus Mecklenburg-Vorpommern

von Eichler et al. zeigt deutlich, dass durch ein Screening mit den DemTec die Diagnoserate von 40% auf 70% angestiegen ist [30]. Andererseits wird sich in vielen Studien gegen ein generelles Screening auf Demenz ausgesprochen [23, 31–34, 8, 35].

Ciblis et al. führten eine Studie zum Überweisungsverhalten für cerebrale Bildgebung bei Verdacht auf Demenz in Irland und Wales durch. Eine direkte Überweisung erfolge nur bei 48,6% in Irland und 24,3% in Wales. Es bestehe der Wunsch nach spezieller Schulung in Neuroradiologie [36].

Weitere Verfahren wie Biomarker, Positronen-Emissions-Tomografie (PET), Liquoruntersuchungen auf Beta-Amyloid oder Tau-Protein sind eher dem Facharzt vorbehalten. Auf diesem Gebiet sind immer noch weitere Studien nötig, um Genauigkeit, Sensitivität und Spezifität zu verbessern [37].

Vielfach wird die Diagnosestellung einer Demenz vom Hausarzt als Herausforderung empfunden. Der Hausarzt muss in seine eigenen diagnostischen Fähigkeiten Vertrauen haben. Er möchte zum Wohle des Patienten handeln und muss eventuell auch mit negativen Konsequenzen leben [38]. Eine qualitative Studie aus Großbritannien beschreibt die Diagnosefindung als Prozess und dass es einen Unterschied zwischen dem Erkennen und dem Diagnostizieren einer Demenz gibt [39]. In einer weiteren Untersuchung wird der Prozess der Demenzdiagnostik in 4 Phasen unterteilt: 1. die Triggerphase, 2. die krankheitsorientierte Phase, 3. die Fürsorgeorientierte Phase und 4. das Angehörigenassessment [40].

1.2.3. Schwierigkeiten der Hausärzte bei der Demenzdiagnostik

In vielen Studien wird gezeigt, dass es eine Vielzahl von Hindernissen bei der Demenzdiagnostik gibt. Eine Übersichtsarbeit von Koch et al. liefert eine gute Zusammenfassung. Genannt werden: Zeitmangel, inadäquate Vergütung, dass sich der Patient zu spät beim Hausarzt vorstellt, die eigene

diagnostische Unsicherheit des Hausarztes, die fehlenden therapeutischen Konsequenzen und ein Thema, was sich in vielen Untersuchungen wiederfindet, die Stigmatisierung des Patienten durch die Mitteilung der Diagnose „Demenz“ [41]. Auch in einer schriftlichen Befragung von Wangler et al., welche sich an Hausärzte in Rheinland-Pfalz richtete, finden sich zuvor genannte Punkte wieder [42]. Ólafsdóttir et al. stellten zudem fest, dass bei den Routine-Hausarztkonsultationen im Alter die vielen chronischen somatischen Erkrankungen in den Fokus geraten und dabei psychische oder kognitive Veränderungen in den Hintergrund treten. Zusätzlich werden vor allem leichte Demenzformen nicht erkannt und es mangelt an ausreichenden Kenntnissen bezüglich der Indikation für eine medikamentöse Therapie [6]. In einer Studie in Großbritannien wird außerdem noch die Problematik der zusätzlichen Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzerkrankten angesprochen [43]. Eine aus Deutschland stammende prospektiv beobachtende Studie von Pentzek et al. konnte herausarbeiten, dass Hausärzte vor allem bei alleinlebenden Patienten und bei sehr mild verlaufenden Fällen eine Diagnose in der Frühphase der Erkrankung verpassen. Andererseits sollen sie die Diagnose bei Patienten, die körperlich sehr eingeschränkt sind und bei Patienten mit Depressionen überschätzen. Insgesamt können Hausärzte laut dieser Studie eine dementielle Erkrankung bei ihren Patienten sehr gut ausschließen (95%), jedoch nur in 51% bei nachweislich vorliegenden Fällen bestätigen [44].

Die medikamentöse Therapie scheint eine weitere Schwierigkeit für den Hausarzt darzustellen. So belegt eine Studie zur Pharmakotherapie in Deutschland, dass insgesamt die Verordnungsrate von Antidementiva niedrig sei, jedoch bei Antipsychotika hoch, welche bei der Demenz nicht Mittel der Wahl sind, sondern im Gegenteil sogar die Mortalität erhöhen [45]. Hier stellt sich die Frage nach der Priorität in der Behandlung. Vielleicht erscheint dem Hausarzt eine symptomatische Behandlung in vielen Fällen notwendiger.

Eine weitere Studie von Ahmad et al. beschäftigt sich mit der Einstellung von Hausärzten zu einer frühen Demenzdiagnostik. Hierbei wird bei den Studienteilnehmern zwischen Ärzten unterschieden, die vor oder nach 1990 ihren Studienabschluss ablegten. Hier bestätigte sich die Hypothese, dass ältere Absolventen weniger an einen Benefit für den Patienten glauben, wenn eine Demenz frühzeitig diagnostiziert wird [46]. In einer Studie, wo es um einen Test für die Wissensabfrage zum Thema Demenz ging, konnte herausgefunden werden, dass weibliche Hausärzte grundsätzlich eine positivere Einstellung dem Thema gegenüber haben [47] .

1.3 Zielstellung der Arbeit

In der Literatur entsteht ein Widerspruch zwischen der Rolle des Hausarztes im Prozess der Diagnosestellung einer Demenz mit den diagnostischen Mitteln, welche ihm hierfür zur Verfügung stehen und dem gegenüberstehend eine Vielzahl an Barrieren, die ihn davon abhalten, Demenzen frühzeitig zu diagnostizieren. Für viele ist der Hausarzt der Arzt, welcher eine Demenz erkennen und diagnostizieren sollte. Hierfür stehen ihm theoretisch viele Instrumente zur Verfügung. Auf der anderen Seite wird eine Vielzahl an Gründen angegeben, weswegen er gerade nicht eine demenzielle Erkrankung in einem frühen Stadium erkennt, diagnostiziert und behandelt.

Ziel dieser Arbeit ist es, zu evaluieren, mit welchen Mitteln konkret der Hausarzt in Sachsen-Anhalt eine Demenz diagnostiziert. Hier soll insbesondere der Schwerpunkt auf die Verwendung von neuropsychologischen Screeningtests gelegt werden. Zudem wird untersucht, wie der Hausarzt auf Symptome einer Demenzerkrankung aufmerksam wird und welche Schwierigkeiten er mit der Diagnostik und dem Therapiemanagement hat. Die wichtige Frage soll untersucht werden, ob der Hausarzt von dem Glauben überzeugt ist, dass sein Handeln, in diesem Fall,

das Aufmerksamwerden auf kognitive Defizite und die Demenzdiagnostik, Einfluss auf das Wohl des Patienten hat. Und ob er sich von dieser Einstellung bei der Diagnostik beeinflussen lässt.

2. Material und Methode

Die Studie ist in drei Teile aufgebaut. Im ersten Teil erfolgten zwei Fokusgruppeninterviews. Aus diesen Ergebnissen konnte ein Fragebogen generiert werden, der dann nach der quantitativen Machbarkeitsstudie überarbeitet werden konnte und im dritten Studienteil an 500 Hausärzte versandt wurde. Das Studiendesign zeigt sich in Abbildung 1 und wird im Folgenden näher erläutert.

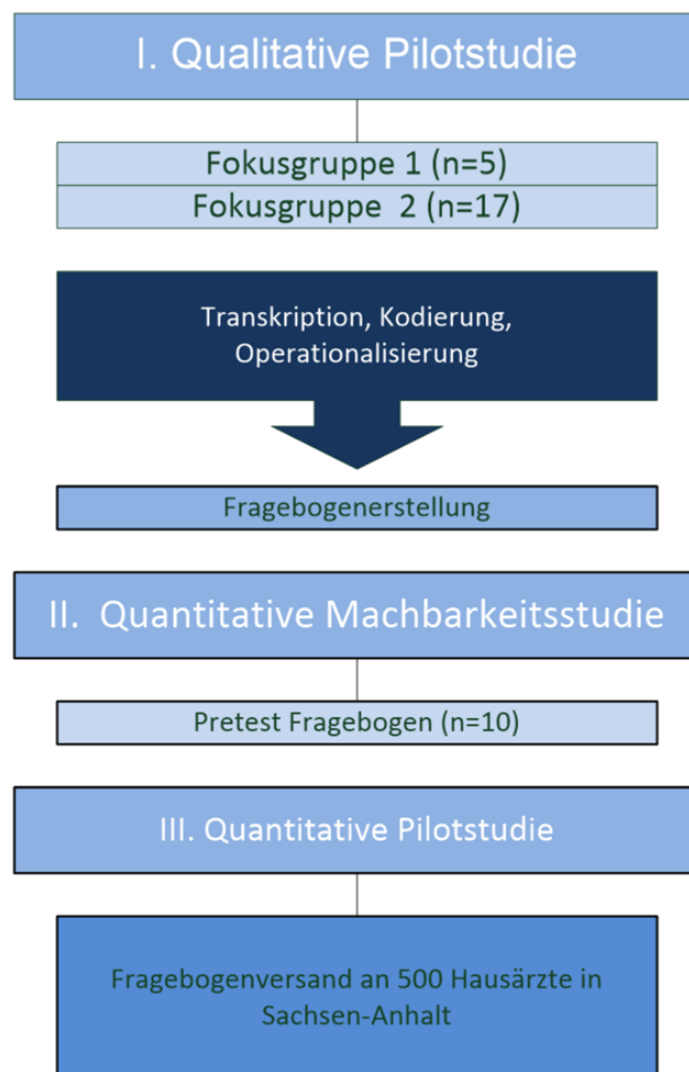


Abbildung 1: Studiendesign

2.1. Qualitative Studie- Fokusgruppeninterviews

2.1.1. Leitfadeninterview

Der erste Untersuchungsteil wurde im Design einer qualitativen Fallstudie angelegt. Die Daten wurden aus 2 fall- und interaktionsgeschichtlichen Fokusgruppeninterviews gewonnen. Hierfür wurde auf der Grundlage der Literaturrecherche ein Leitfaden entwickelt. Gefragt wurde zu den Themen Alter des Patientenklintel, Beschwerden der älteren Patienten, Hinweise für eine Demenzerkrankung beim Patienten, diagnostisches Vorgehen bei Demenzverdacht, Rolle von Leitlinien, Fortbildung und Screening. Eingeleitet wurde das Interview durch Fragen zu demografischen Daten der Interviewteilnehmer. Zunächst wurde ein Pretest durchgeführt. Dabei erfolgte mit vorgefertigtem Leitfaden ein Fokusgruppeninterview mit 10 zufällig ausgewählten internistischen Ärzten einer Klinik, welche abschließend über die Fragen des Leitfadens diskutierten. Der Leitfaden konnte somit bestätigt und die folgenden Interviews durchgeführt werden.

2.1.2. Durchführung

Befragt wurden sind Hausärzte aus 2 unterschiedlichen Qualitätszirkeln in Sachsen-Anhalt. Das erste Interview fand im April 2010 mit einer Teilnehmerzahl von 5 Hausärzten mit Niederlassung in einer Großstadt (Einwohnerzahl 200.000-250.000) statt, das zweite im November 2011 mit einer Teilnehmerzahl von 17 Hausärzten mit Niederlassung in und in der Umgebung einer Kreisstadt (Einwohnerzahl 40.000-50.000). Die Interviews dauerten zwischen 75 und 90 Minuten.

2.1.3. Auswertung

Die Fokusgruppeninterviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Auswertung der Gruppeninterviews erfolgte im Stil der „Grounded Theory“ [48]. Dies ist eine „offene und explorative“ Methode [49]. In dieser Untersuchung wurden die verschiedenen Verfahren zur Textanalyse genutzt, welche offenes, axiales und selektives Kodieren genannt werden. Zunächst wurden nahe am Text, später zunehmend abstrahierend „dem empirischen Material Begriffe beziehungsweise Codes zugeordnet“ [50]. Anschließend wurden Kategorien und Oberkategorien gefunden. Dabei wurde kontinuierlich verglichen, hinterfragt und Beziehungen zwischen den Kategorien auf den verschiedenen Ebenen beschrieben. Aus diesen Zusammenhängen der verschiedenen Kategorien wurden mit Microsoft Visio (Version 2010) Fließschemata erarbeitet, welche die Datengrundlage für den darauffolgenden Operationalisierungsprozess ergaben. Auf Basis der Operationalisierung wurden aus den theoretischen Begriffen abgeleitete Begriffe und Indikatoren für das quantitative Messinstrument, den Fragebogen entwickelt, welcher sich im Anhang Seite 164 findet.

2.2. Quantitative Machbarkeitsstudie

2.2.1. Durchführung

Der überarbeitete Fragebogen, der aus dem Operationalisierungsprozess der qualitativen Studie hervor gegangen ist, wurde im August 2012 zufällig an Hausärzte in einer Großstadt in Sachsen-Anhalt verteilt. Hierfür wurde eine Einrichtung des Kassenärztlichen Notdienstes genutzt, in welcher täglich wechselnde Hausärzte arbeiten. Die Fragebögen, die nach zwei Wochen beantwortet waren, wurden in die Auswertung eingeschlossen.

2.2.2. Messinstrument

Der Fragebogen beinhaltete sieben Fragenkomplexe, die aus der qualitativen Studie hervorgegangen sind, und ein Erhebungsfeld zu den soziodemografischen Daten der Befragten. Als Antwortmöglichkeit wurde die Likert-Skala als Intervallskala genutzt. Der erste Fragenkomplex fragte mit 5 Items nach dem Erkennen von Symptomen einer Demenz. Hier konnte in den Intervallen von „selten“ bis „oft“ geantwortet werden. Bei Fragenkomplex zwei ging es mit 6 Items um das konkrete diagnostische Vorgehen zur Bestätigung der Diagnose Demenz. Hier konnten die Befragten ebenfalls in den Intervallen „selten“ bis „oft“ antworten. Fragenkomplex drei fragte in 7 Items nach ersten Behandlungsschritten. In diesem Teil konnte wiederum in den Intervallen „selten“ bis „oft“ geantwortet werden. Bei Frage vier wurde mit 4 Items nach Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung gefragt. Hier gab es als Antwortmöglichkeit die Intervalle zwischen „stimme voll und ganz zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“. Frage fünf fragte mit 8 Items nach den persönlichen Grenzen der Demenzbehandlung der Befragten. Hier konnte ebenfalls in den Intervallen von „stimme voll und ganz zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ geantwortet werden. Die sechste Fragenkategorie zielte mit 6 Items auf die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten ab. Hier konnte mit den Intervallen von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ geantwortet werden. Diese 6 Items wurden aus ökonomischen Gründen aus der deutschen Originalskala von Lück mit insgesamt 23 Items ausgewählt [51, 52]. Frage sieben war eine offene Frage mit Antwortmöglichkeit in einem Freitextfeld. Gefragt wurde nach Verbesserungsvorschlägen für die Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis. Bei den soziodemografischen Daten wurden folgende Items abgefragt: Alter, Geschlecht, Niederlassungsjahr, Art der Praxis, Standort der Praxis und Scheinzahl/Quartal.

2.2.3. Datenanalysen

Die Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS, Version 15.0. Es erfolgten Korrelationsanalysen nach Pearson für alle Variablen untereinander und in besonderer Hinsicht in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts. Zusätzlich wurden die Aussagen der Freitextfelder in Microsoft Office Word (2010) gesammelt.

2.3. Quantitative Studie

2.3.1. Durchführung

Es wurde ein Fragebogen im Zeitraum Dezember 2012 bis Januar 2013 durch die kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalts an zufällig ausgewählte Hausärzte in Sachsen-Anhalt per Post versendet. Die Fragebögen, die nach 12 Wochen per Fax an das Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg zurückgesendet wurden, wurden in die Auswertung eingeschlossen.

2.3.2. Messinstrument

Der Fragebogen beinhaltete sieben Fragenkomplexe, die aus der qualitativen Studie hervorgegangen sind und durch die Machbarkeitsstudie modifiziert worden sind. Es gab ein Erhebungsfeld zu den soziodemografischen Daten der Befragten. Als Antwortmöglichkeit wurde die Likert-Skala als Intervallskala genutzt. Der erste Fragenkomplex fragte mit 5 Items nach dem Erkennen von Symptomen einer Demenz. Hier konnte in den Intervallen von „selten“ bis „oft“ geantwortet werden. Bei Fragenkomplex zwei ging es mit 6 Items um das konkrete diagnostische Vorgehen zur Bestätigung der

Diagnose Demenz. Hier konnten die Befragten ebenfalls in den Intervallen „selten“ bis „oft“ antworten. Ein zusätzlicher Fragenkomplex zum Thema Screeningfragebögen wurde an dritter Stelle in den Fragebogen integriert. Eine Skala mit den Intervallen von „stimme voll und ganz zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ bildete die Antwortmöglichkeit. Fragenkomplex vier fragte in 7 Items nach ersten Behandlungsschritten. In diesem Teil konnte wiederum in den Intervallen „selten“ bis „oft“ geantwortet werden. Bei Frage fünf wurde mit 4 Items nach Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung gefragt. Hier gab es als Antwortmöglichkeit die Intervalle zwischen „stimme voll und ganz zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“. Die Fragenkategorie zu den persönlichen Grenzen der Demenzbehandlung wurde herausgenommen. Die sechste Fragenkategorie zielte mit 6 Items auf die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten ab. Hier konnte mit den Intervallen von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ geantwortet werden. Diese 6 Items wurden wie schon in der quantitativen Machbarkeitsstudie aus ökonomischen Gründen aus der deutschen Originalskala von Lück mit insgesamt 23 Items ausgewählt. [51, 52]. Frage sieben war eine offene Frage mit Antwortmöglichkeit in einem Freitextfeld. Gefragt wurde nach Verbesserungsvorschlägen für die Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis. Bei den soziodemografischen Daten wurden folgende Items abgefragt: Alter, Geschlecht, Niederlassungsjahr, Art der Praxis, Standort der Praxis und Scheinzahl/Quartal. Zusätzlich wurde eine Frage zum Kontakt mit Patienten mit Alkoholproblemen eingefügt. Diese war Teil einer Studie, die parallel mit diesem Fragebogen verschickt wurde.

2.3.3. Datenanalysen

Die Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS, Version 15.0. Es erfolgten Korrelationsanalysen nach Pearson für alle Variablen untereinander und in besonderer Hinsicht in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts. Zusätzlich wurden die Aussagen der Freitextfelder in Microsoft Office Word (2010) gesammelt.

3. Ergebnisse

3.1. Qualitative Studie- Fokusgruppeninterviews

Die qualitative Studie befasste sich mit der Einstellung der Hausärzte zum Thema Demenzdiagnostik und dem konkreten diagnostischem Handeln bei Demenzverdacht.

Aus dem vorliegenden Datenmaterial (Fokusgruppeninterviews) konnten sechs Kernkategorien beziehungsweise Elemente des diagnostischen Vorgehens bei Verdacht auf Demenz erhoben werden:

- Verhaltensbeobachtung
- Sekundärinformation beschaffen
- Laborparameter / Bildgebung / Screeningtests
- Kollegen-Meinung einholen
- Medikamentöse Einstellung/ Therapie
- Schwierigkeiten

3. Ergebnisse

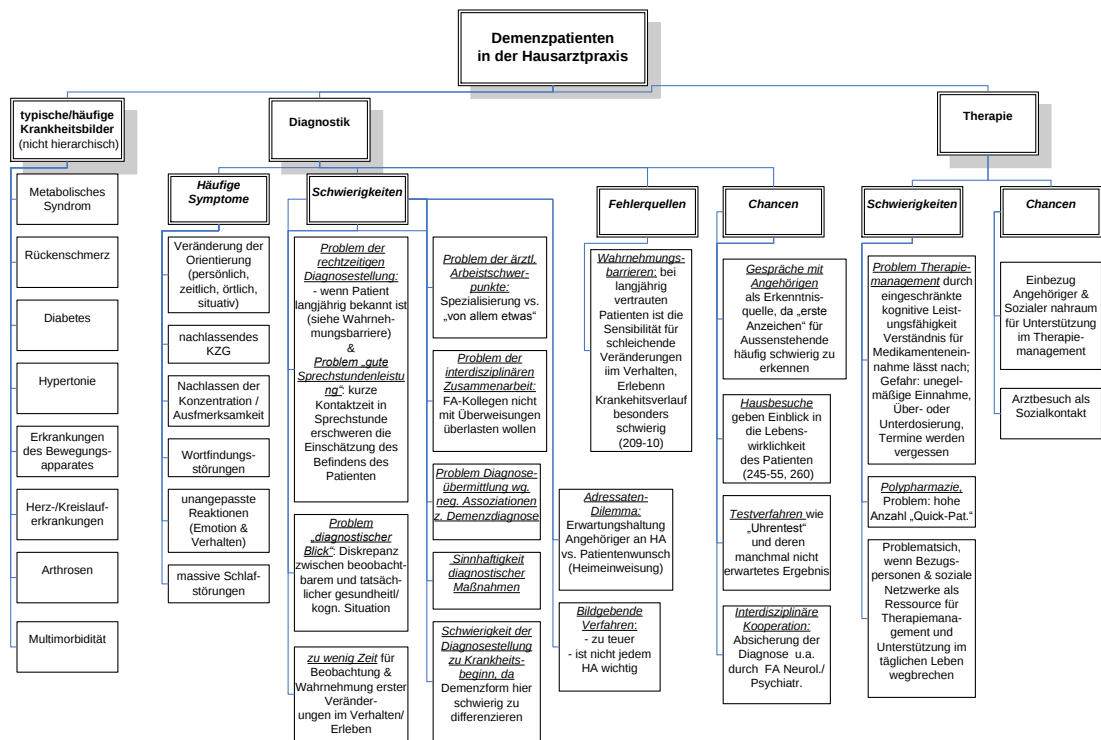


Abbildung 2: Auswertung der Fokusgruppe I: Zusammenfassung

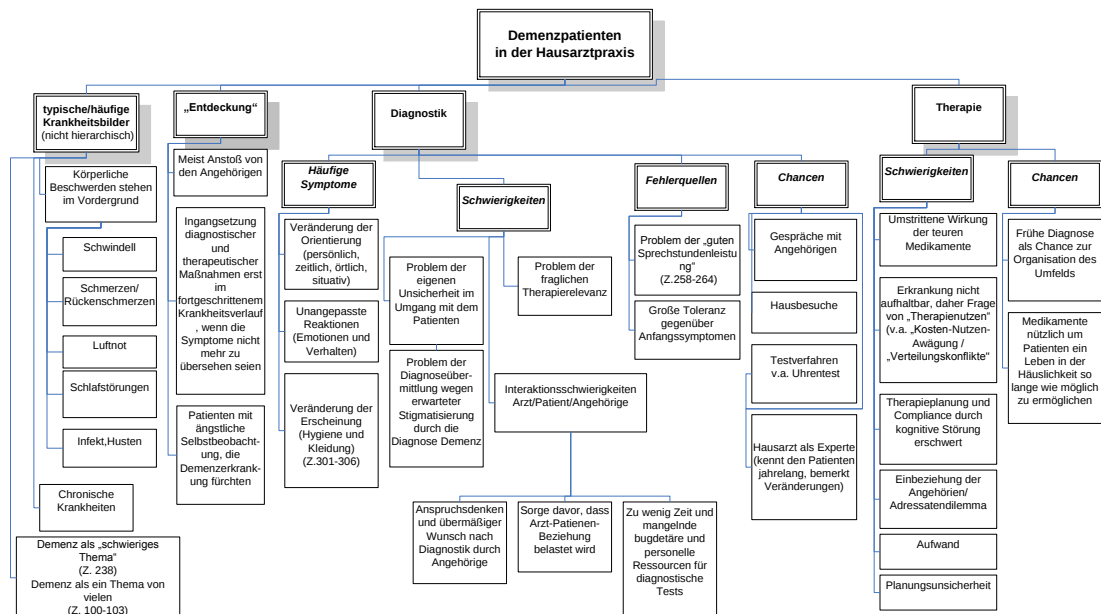


Abbildung 3: Auswertung der Fokusgruppe II: Zusammenfassung

Diese Kernkategorien werden nun im Folgenden genauer betrachtet.

„Verhaltensbeobachtung“

Die beiden Gruppendiskussionen ergaben, dass es häufig durch ein verändertes Verhalten des Patienten zu der Verdachtsdiagnose Demenz beim Hausarzt kommt. Die Aufmerksamkeit bezüglich solcher Veränderungen wird durch den Patienten selbst oder auch durch Angehörige geweckt. Natürlich nimmt der Hausarzt auch selbst in der Sprechstunde Veränderungen wahr. Die Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes spielte eine große Rolle. Sowohl Kleidung als auch das Hygieneverständnis werden in beiden Gruppendiskussionen angesprochen.

„Bei den (.) Alleinstehenden, ich weiß nicht, ich weiß nicht ob ihr euch da mal, das euch aufgefallen ist, die (.) ändern nicht, die noch nen Partner haben oder irgendwie, die sind verkehrt angezogen. Also bei mir in der Praxis. Ähm, Strümpfe, Schuhe, es passt nicht zusammen. Oder gar nichts davon an. Also Schuhe meistens, aber. Also das ist so total auffällig.“ (I Z 266-271)

„Ja, also die / passt vieles nicht zusammen, ist auch mal was verkehrt rum, es ist bekleckert, sie sind nicht ordentlich gekämmt und gepflegt und man sieht so / na ja, die sah' mal früher besser aus (.) war immer schick, oder immer ordentlich und jetzt wird se so'n bisschen / riecht auch manchmal'n bisschen strenger. Ja, die vernachlässigen sich also etwas und merken das nicht.“ (II Z 301-306)

Ein weiterer Punkt, der von den Teilnehmern der Fokusgruppen erwähnt wird ist, dass Termine nicht eingehalten werden oder Terminanlässe vom Patienten nicht wiedergegeben werden können.

„Und dann ist es grade so, wenn sie das alles nicht mehr auf die Reihe kriegen. Wenn sie nicht mehr zu Terminen kommen, wenn sie nicht mehr wissen was sie eigentlich sollten bei uns oder so.“ (I Z 189-192)

Eine Änderung des Sozialverhaltens des Patienten wird durch den Hausarzt wahrgenommen. Häufig kommt es zu unangepassten Reaktionen wie Lachen in unpassenden Situationen oder auch zu aggressivem Verhalten, wenn man die Patienten beispielsweise auf vergessene Dinge wie die Chipkarte oder das Portemonnaie anspricht:

„...und dann werden die böse. Also das ist mir aufgefallen, werden die total aggressiv. Äh, was ich denn hätte, ah, das kann ja wohl mal passieren.“ (I Z 278-280)

Eine Teilnehmerin der Gruppendiskussion berichtete von einem konkreten Fall, wo sich das Verhalten ihrer Patientin schleichend änderte:

„Hm (..) ich hatte eine, also jetzt die, da hab ich das wirklich gemerkt. Also die kam immer und brachte mir jeden, also jedes Mal, wenn sie gekommen ist, nen riesen Beutel mit. Mit Kaffee (.) Süßigkeiten (.) und ähm immer solche Sachen für die Praxis. Jedes Mal wenn sie gekommen ist. Und dieser Beutel hat sich dann nachher verändert indem da auf einmal abgepackte Wurst drin war oder irgendwelche anderen Dinge.“ (I Z 535-541)

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Hausärzte auf kognitive Defizite aufmerksam werden, wenn ihre Patienten von Verhaltensroutinen abweichen. In seltenen Fällen kommen Patienten selbst mit Beschwerden wie nachlassendes Kurzzeitgedächtnis oder Schlafstörungen zum Hausarzt. Vor allem Fokusgruppe II betont den Vorteil, dass man als Hausarzt den Patienten kennt und somit Veränderungen im Verhalten bemerkt.

Kategorie Sekundärinformationen beschaffen

Hier wird in beiden Gruppendiskussionen eine große Bedeutung den Beobachtungen bei Hausbesuchen zugeschrieben. Dort wird dann teilweise den Hausärzten der Zutritt zur Wohnung verweigert.

„Die machen erst gar nicht die Tür auf, ne (‘) man ruft vorher an / sagen extra zur Schwester: „Ruf dort mal bitte an.“ Und dann steht man an der Klingel (-) dann muss man selber noch mal die Nummer raussuchen mit dem Handy und anrufen und dann „ach ja, stimmt, sie wollten ja heute kommen“ (II Z 315-319)

„oder sie finden den Knopf nicht, womit man die Tür auf macht wenn man klingelt (,) stehen dann hilflos davor und wissen nicht, was sie damit anfangen sollen das ist auch schon vorgekommen.“ (II Z 321-323)

Des Weiteren fällt in den Wohnungen und Häusern auf, dass Sachen am falschen Platz liegen oder eine zuvor nicht bekannte Unordentlichkeit herrscht. Die Teilnehmer der Fokusgruppen können hier sehr gut von ihren Erfahrungen mit lebhaften Beispielen berichten:

„Da sieht man dann manchmal auch unsinniges Zeug (.) Papierkorb steht auf dem Tisch und Essensreste werden im Schubfach entsorgt und solche Sachen.“ (II Z 327-329)

„Es ist sehr unordentlich, sehr also wirklich. Da stehn dann noch die Weihnachtssachen, werden nicht weggeräumt, wenn schon Ostern ist.“ (I Z 259-260)

„Und einen beim Hausbesuch ähm, der dann also im Küchenschrank, da hat er dann seine Chipkarte und sein Portmonee hatte, da lag die Unterwäsche dann, also Saubere aber, die Gewaschene war einsortiert im Küchenschrank [...] Das Geschirr war unterm Bett und äh ja.“ (I Z 625-633)

Neben den Beobachtungen bei Hausbesuchen kann es zu Informationsgewinn durch Gespräche mit Angehörigen oder Nachbarn kommen.

„Meistens kommen doch die Angehörigen und sagen was: Ja also mein Mann merkt sich das nicht mehr. Oder der redet jetzt immer so komisches Zeug.“ (I Z 207-209)

„Dann hab ich mir den Nachbarn bestellt, weil sie allein lebend war. Und der Nachbar berichtete mir dann, wies dann weiterhin voran geschritten ist das ganze Geschehen.“ (I Z 544-547)

Diese Sekundärinformationen erhärten dann laut Aussagen der Hausärzte in den beiden Fokusgruppen den Verdacht auf eine Demenzerkrankung.

Kategorie Laborparameter / Bildgebung / Screeningtests

Bei der Frage nach dem eigenen diagnostischen Handeln gab es nach dem Suchen nach Sekundärinformationen neben dem Erheben eines kompletten körperlichen Status die Kategorie Laborparameter. Dort unterscheiden sich die Aussagen der beiden Fokusgruppen. In der ersten Gruppendiskussion werden folgende Laborparameter genannt, welche für die Teilnehmer relevant erscheinen: Schilddrüse, Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH), Blutbild zur Abklärung einer Anämie, Leberwerte, Blutzucker, Nierenwerte. Die Teilnehmer räumen jedoch ein, dass sie sowieso „viel Labor machen“

und im Rahmen des alle 2 Jahre stattfindenden Check-up's gewisse Laborwerte untersuchen und dies dann bei Demenzverdacht erweitern.

S3: „Der Check-up ist Cholesterin und Zucker. Das ist alles.“ S2: „Ich mach immer die Leberwerte mit. Ich mache immer die Nierenwerte mit. Ich mach ähm wo ich grade son bisschen Demenzverdacht hab TSH immer mit. Ja also und wo was Auffälliges ist, da wird dann auch öfter kontrolliert.“ (I Z 428-432)

Es geht also nicht klar hervor, ob die Teilnehmer bei Verdacht auf Demenz extra eine Blutentnahme veranlassen oder nur bei sowieso routinemäßig anstehenden Kontrollen gewisse Parameter ergänzt werden. Da hingegen wird in der zweiten Fokusgruppe ganz klar gesagt, dass sie bei Verdacht auf Demenz keine spezifischen Laborparameter untersuchen.

TN1: „Nö, da gibt es keine Laborparameter.“ TN?: „Nein, wüsste ich jedenfalls nicht.“ (II Z 435-437)

Beim Thema Bildgebung stimmen die Aussagen der beiden Fokusgruppen soweit überein, dass generell keine Bildgebung durchgeführt wird. Die Teilnehmer der zweiten Gruppendiskussion machen die Entscheidung ob eine Bildgebung veranlasst wird größtenteils vom Alter abhängig.

„Das kommt darauf an, wie alt die sind. Also wenn ich ne achtzigjährige hätte, würde ich nichts machen. Aber wenn ich bei ´ner fünfzigjährigen / das kann ja auch vorkommen. Da muss man dann schon anders reagieren, ...“ (II Z 482-484)

Die Teilnehmer der ersten Gruppendiskussion argumentiert damit, dass ihnen von außen Zwänge auferlegt werden, die sie daran hindern eine

Bildgebung zu veranlassen. Kosten werden als reglementierender Faktor genannt. Außerdem scheint es für den Hausarzt selbst im Diagnoseprozess einer Demenz nicht relevant genug zu sein, eine Computertomographie oder eine Magnetresonanztomographie des Kopfes durchzuführen. Nur wenn es mögliche weitere Indikationen oder Differentialdiagnosen gibt, wird eine Bildgebung veranlasst. Hier kommt auch das Rollenverständnis des Hausarztes zum Tragen. Ein Teilnehmer bezeichnet seine Berufsgruppe als „Lotsen“. Die Entscheidung zur Bildgebung überlassen sie eher dem Facharzt.

„..., aber aber dann würd ich das auch dem Neurologen immer überlassen. Dass der das dann aussortiert und das würde zu weit gehen. Also das würde, ich denk das wär wär bei dieser Diagnose (.) zu (.) zu zu (.) weit für uns. (I Z 451-454)

Die Auswertung beider Fokusgruppen hat ergeben dass das Thema Screeningtests eine untergeordnete Rolle spielt. Manche Teilnehmer berichten, dass Mini-Mental-Status und Uhrentest von den Medizinischen Fachangestellten in der Praxis durchgeführt werden, gehen jedoch nicht auf die Relevanz für eine Diagnosestellung ein. Eine Teilnehmerin aus Fokusgruppe I hebt sich da etwas von den anderen Teilnehmern ab. Sie berichtet:

„Wir haben so ne richtige Zeit dafür, (.) wo die einbestellt werden. Machen auch die Schwestern die Tests. Auch Mini-Mental (.) generell und den Uhrentest. Und ja, dann guck ich mir die dann in dem Fall auch ganz an den Patienten. [...] Das ist richtig ne Zeit, die dafür vorgesehen ist. [...] Und da haben wir uns jetzt dazu gezwungen. Weil ich so viel solche Patienten habe,...“ (I Z 341-352)

Bei den anderen Teilnehmern aus der ersten Fokusgruppe ist ein Geriatrisches Basis-Assessment zwar bekannt, wird aber in der eigenen Praxis nicht regelmäßig durchgeführt.

„Sodass ich (.) schon mal, interessehalber , hab ich auch mal ne Uhr raus geholt und so.“ (I Z 383-384)

Fokusgruppe II schränkt den Einsatz von Screeningtests noch weiter ein. Dies zeigt folgende Aussage, welche in der Gruppe auch einstimmig bestätigt wird:

„Uhrentest (.) reicht völlig aus.“ (II Z 349)

Als orientierende Möglichkeiten, um die Hirnleistung ihrer Patienten zu testen, gaben sie die Fragen nach der Orientierung und Kopfrechenaufgaben an. Standardisierte Testverfahren seien ihrer Meinung nach nicht erforderlich.

Kategorie Kollegen-Meinung einholen

Beim Thema Überweisung an einen Facharzt sind die Aussagen der beiden Fokusgruppen sehr unterschiedlich. Die Teilnehmer der ersten Gruppe scheinen dankbar für die Möglichkeit, Patienten mit Verdacht auf eine dementielle Erkrankung an Kollegen der Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie oder sogar in eine Klinik für Geriatrie verweisen zu können. Zum einen sehen sie es als Zeitersparnis, was folgende Aussagen belegen:

S2: „Ich schick ihn meist zum Neurologen oder zum Psychologen. Dann sollen die das machen. Ich denke, ich habs manchmal, schaff ich´s einfach

nicht. Und mach das dann, verfolge das dann nur dann hinterher. Ja, dass ich erst mal die Diagnostik machen lasse, dass die das alles abklären sollen, was se was se können und was was in ihrem Gebiet liegt. Und dann, dann beobachte ich das aber. (..) Ja.“

S3: „Geht mir genauso, weil ich´s zeitlich nicht schaffe.“ (I Z 326-333)

Als weiterer Grund, dass die Hausärzte zum Facharzt überweisen, wurde die Frage der Differentialdiagnose genannt. Für viele besteht gerade am Anfang einer dementiellen Erkrankung eine Unsicherheit bezüglich der richtigen Diagnose. Und auch hier kommt, wie schon bei der Frage nach einer cerebralen Bildgebung, wieder das Selbstbild der eigenen Berufsgruppe zur Sprache.

„Und das wollte ich eigentlich nur sagen, dass wir die Lotsen sind. Wir können das nicht alles (.) äh (.) so verfolgen dann ja. Und ich sag mal, ich nehme ungern dem Orthopäden die Arbeit weg und ungern dem Neurologen.“ (I Z 501-504)

Hier werden ganz klar die Grenzen des eigenen Handelns benannt und bei Fragestellungen, die subjektiv das eigene Wissen übersteigen, ein Kollege zu Rate gezogen. Es ist für sie eine Frage der Kompetenz. Sie möchten ihre eigene diagnostische Vermutung absichern lassen. In den Aussagen der Teilnehmer der zweiten Gruppendiskussion spielt die Möglichkeit der Überweisung an einen Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie nicht so eine große Rolle. Der Hausarzt sieht sich als Experte für den Patienten. Er kennt ihn über viele Jahre und bemerkt Veränderungen hinsichtlich eines Erkrankungsbeginns einer Demenz. Eine Überweisung zum Neurologen stellen sie aus, wenn es um die medikamentöse Therapie geht. Denn sie möchten wegen der teuren Antidementiva nicht in einen Regress geraten.

„Kann der Neurologe machen dann / also wenn jetzt ganz spezielle, teure Medikamente verordnet werden, [...] Dann schicke ich die zum Neurologen, weil wir anfechtbar sind dann nämlich als Hausärzte. [...] Regressgefahr bekommen / [...].“ (II Z 680-692)

Der Unterschied in den Aussagen wird durch angeführte Textbeispiele sehr deutlich. Fokusgruppe I ist dankbar über die Möglichkeit, bei Fachkollegen Unterstützung während des diagnostischen Vorgehens zu erhalten und Fokusgruppe II ist der Meinung, diese Unterstützung nicht zu brauchen, weil sie selbst die Experten auf diesem Gebiet sind. Nur wenn es um die finanziellen Aspekte wie die Rezeptierung eines teuren Antidementivums geht, nehmen sie die Möglichkeit einer Überweisung in Anspruch.

Kategorie Medikamentöse Einstellung/ Therapie

In dieser Kategorie geht es nicht nur allein um die medikamentöse Einstellung eines an Demenz erkrankten Patienten, sondern vielmehr lag in beiden Gruppendiskussionen der Fokus auf der Gestaltung des Umfeldes des Patienten, die Arbeit mit den Angehörigen und auch Strategien, wie das Praxisteam sich auf den Umgang mit dem Patienten einstellt. Große Schlagworte, die in beiden Gruppen gefallen sind, waren: Aufmerksamkeit, Verständnis und Geduld. Zusammenfassend wird gesagt, dass es zu einer intensiveren Betreuung kommt.

„Doch, man wird intensiver in der Betreuung.“ (II Z 1042)

Von den Teilnehmern werden konkrete Änderungen ihres Verhaltens geschildert, welche in den folgenden Auszügen geschildert werden:

„Ich gebe dann auch eher schriftliche Anweisungen und schreibe Empfehlungen und schreib das einfach auf, was ich sonst halt einfach erzähle und denke „das wird er sich schon merken““ (II Z 553-555)

„ [...] man wiederholt die Anweisungen, man gibt es schriftlich mit, man sucht den Kontakt zu den Angehörigen.“ (II Z 1047-1048)

„Ich hab son Zeichen auf der Karte, dass die Schwestern das auch wissen, dass man da nicht alles überbewertet, was der Patient macht.“ (I Z 295-297)

„Sicher bringt man mehr Verständnis auf für manche Dinge, wenn es so ne Aggressionen waren oder solche Dinge, dass man da irgendwo Konfrontationen hatte. Denk ich mal, dass man dann einfach versucht nen anderen Zugang zu finden. Wir ordnen die dann also nen bisschen anders ein dann im Ablauf. Also versuchens, nen paar jedenfalls. Ähm ansonsten (.) eigentlich. Ja und dass dass man das Gespräch noch mehr mit den Angehörigen sucht, wo ich sagen muss, bei manchen Patienten kenn ich dann oder lern ich dann erst das Umfeld kennen.“ (I Z 1191-1198)

Die geschilderten Handlungen beziehen sich auf den direkten Umgang mit dem Patienten. Die medikamentöse Therapie wird in beiden Fokusgruppen nur am Rande und auch sehr kritisch beleuchtet. Teilnehmer der ersten Gruppendiskussion beschreiben sie als „Gradwanderung“, gehen jedoch in diesem Zusammenhang nicht weiter auf die Bedeutung dieses Wortes ein. Für die Teilnehmer der Fokusgruppe II besteht die Schwierigkeit vor allem, wie bereits an anderer Stelle erläutert, diese teuren Antidementiva zu verordnen. Des Weiteren zweifeln sie die Wirksamkeit beziehungsweise den Nutzen einer medikamentösen Therapie an.

TN7: „[...] die Medikamente, die es gibt, sind teuer und ob die helfen, das ist ja auch umstritten.“

TN6: „Nee, die helfen nicht, das ist anerkannt. Es gibt nichts gegen Demenz. Eigentlich gibt's nichts.“ (II Z 661-665)

Die Aufgabe der medikamentösen Therapie wird von den Hausärzten in der zweiten Gruppendiskussion ganz klar an die fachärztlichen Kollegen weitergegeben.

„[...] ansonsten mit Medikamenten wie Axura können wir ja gar nicht aufschreiben.“ (II Z 674-675)

„Kann der Neurologe machen dann / also wenn jetzt ganz spezielle, teure Medikamente verordnet werden, [...]“ (II Z 680-681)

Die größere Bedeutung liegt für die Teilnehmer beider Fokusgruppen bei der Organisation des Umfeldes des Patienten.

„Ansonsten geht es eben darum, das zu organisieren (,) sich Hilfe in der Verwandtschaft holen, Sozialschwestern zu organisieren, die ihn überwacht / die dann auch ´n Auge hat, wie es in der Wohnung aussieht / und dann entsprechend entschieden, geht das noch zuhause oder muss man jetzt doch den Notbremse ziehen.“ (II Z 560-564)

Die Zunahme des Kontaktes zu Angehörigen wird mehrmals betont, vor allem, um auch rechtliche Sachen zu klären. Das Umfeld des Patienten rückt in den Fokus des Hausarztes, damit er seinen Patienten gut aufgehoben weiß.

Kategorie Schwierigkeiten

In beiden Fokusgruppen wurde eine Vielzahl von Schwierigkeiten beim Thema Demenzdiagnostik benannt. Es ist für die Hausärzte keine Routine wie zum Beispiel eine Diagnostik bei neu entdecktem Diabetes oder Bluthochdruck. Man kann die aufgezählten Schwierigkeiten in verschiedene Untergruppen einteilen. Einerseits gibt es die von außen auferlegten Gegebenheiten. Dabei wurden in beiden Gruppendiskussionen am häufigsten der Zeitmangel und die damit verbundenen Arbeitsbelastung genannt, was folgende Textauszüge belegen.

„Ja aber wir können da nicht aus Sprechbetrieb, also aus der Sprechstunde heraus jetzt extra noch ne Zeit, so seh ich im Moment, zur Verfügung stellen.“ (I Z 388-390)

„In erster Linie Zeitmangel“ (I Z 872)

„Zeitmangel, volle Praxis“ (I Z 873)

Auch in Fokusgruppe II wird auf die Frage nach Faktoren, die die Hausärzte an einer Diagnostik bei Demenzverdacht hindert, als erstes „der Druck vom vollen Wartezimmer“ (II Z 644) genannt.

Ein weiterer Faktor ist der finanzielle Aspekt. Die befragten Hausärzte schätzen die Vergütung für die in ihren Augen sehr aufwendige Diagnostik bei Verdacht auf Demenz für zu gering ein. Auch die Verordnung von Antidementiva belastet das Budget der Hausärzte zu sehr.

„So (.) und das kostet aber viel Geld“ (II Z 775)

„Das sind wirtschaftliche Zwänge auch für uns in der Niederlassung.“ (I Z 457)

„Was dann da verschwindet im Budget ist natürlich dann absolut, sag ich mal, ja selbstzerstörerisch für (.) zum Teil, weil (.) man, was (.) das Budget ist halt nach zwei Monaten alle bei vielen. Und ja (.) dann ist nicht so (..) dann ist das nicht so motivierend (.) dann weiter auf Verschleiß zu arbeiten ja aufwendig.“ (I Z 903-907)

„Also wenn's extrabudgetär wär, würdens vielleicht mehr Kollegen mal anbieten. Ist doch so ja. (I Z 909-910)

„Klar aber wir müssen wirtschaftlich denken. Wir sind kleine Unternehmer (.), oder? (I Z 924)

Das Verhältnis Zeit/ Arbeitsaufwand und Vergütung steht für die Teilnehmer der Gruppendiskussionen nicht in angemessenem Verhältnis. Sie sehen sich und ihre Praxis als wirtschaftliches Unternehmen. Es wird angedeutet, dass eine extrabudgetäre Abrechnung zu einem Anreiz führt, die Demenzdiagnostik durchzuführen.

Die Frage „Diagnose Demenz, was nun?“ spiegelt die für die befragten Hausärzte fehlende Therapierelevanz wider. Das Idealdenken besteht darin, dass der Hausarzt, wenn er eine Diagnose stellt, eine Therapie einleiten möchte, welche die zuvor diagnostizierte Erkrankung heilt. Bei der Demenz ist dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Auch dieser Grund wird als hemmender Faktor bei der Demenzdiagnostik genannt. Die Wirkung einer medikamentösen Therapie wird angezweifelt, beziehungsweise wird sich nach einer kurativen Therapie gesehnt. Das Aufschieben des progressiven Verlaufs der Erkrankung wird nicht als Therapieerfolg gewertet.

„Und im Endeffekt ist sie nachher ins Heim gekommen und hat nachher gar keinen mehr erkannt. (.) Trotz dieser ganzen Medikamente.“ (I Z 561-563)

TN7: „[...] die Medikamente, die es gibt, die sind teuer und ob die helfen, das ist ja auch umstritten“

TN6: „Nee, die helfen nicht, das ist anerkannt. Es gibt nichts gegen Demenz. Eigentlich gibt's nichts.“

TN7: „Eigentlich gibt es nichts. So, und warum soll ich jetzt da so 'ne akribische Suche betreiben.“

Die Teilnehmer der Fokusgruppe II fühlen sich von einem großen Anspruchsdenken der Patienten und vor allem von den Angehörigen getrieben.

TN4: „Dieses Anspruchsdenken was auch noch in der Bevölkerung immer mehr wird.“

TN11: „Das Anspruchsdenken. Genau!“ (II Z 703-706)

„Also mein Hauptproblem sind wirklich die Angehörigen, die mit Druck hinterher sind, um den Patienten zu dieser Diagnostik zu zwingen oder zu drängen. Das ist eigentlich mein Hauptproblem bei dieser Geschichte.“ (II Z 719-721)

„Das ist dasselbe wie bei 'ner Depression. Die Angehörigen sind mit der Diagnose überfordert.“ (II Z 727-728)

Die Angehörigen sind, wie an anderer Stelle schon berichtet, häufig die, welche Veränderungen am Patienten feststellen und diesen dann zum Arzt schicken und vom Arzt eine Diagnostik fordern. Damit verbunden fordern sie natürlich auch eine kurative Therapie ein. Dieser Druck wird laut Aussagen der Hausärzte immer größer. Es werden „amerikanische Verhältnisse“

angesprochen. Mit diesem Begriff sind für die Diskussionsteilnehmer vor allem Rechtsklagen verbunden. Ebenfalls am Rande angesprochen wird die Problematik gesetzliche Betreuung und Vormundschaft. Hier geht der Aufgabenbereich des Arztes weit über das medizinisch Notwendige hinaus. Die bisher geschilderten Faktoren, welche die Diagnostik für die Hausärzte erschweren, waren von außen auf die Hausärzte einwirkenden Faktoren. Nun folgend werden Stichpunkte beleuchtet, welche sich vor allem aus der persönlichen Einstellung zur Demenzdiagnostik ergeben. Dabei wird in Fokusgruppe I der Respekt beziehungsweise auch die Angst vor der Diagnose Demenz benannt.

„Ja, wo ich im Endeffekt doch gedacht hab, ich möchte, ich ich, es ist mir einfach so, dass ich nicht sagen will, ich maße mir jetzt an, so so ne Diagnose zu stellen. Ja, die so, so deutlich dann da steht. Und da hab ich einfach (.) zu viel Respekt und Hemmungen und hol mir gerne noch ne Kollegenmeinung mit hinzu.“ (I Z 581-586)

Ebenfalls wird ganz ehrlich geäußert, dass es je nach Interessenlage auch an der Motivation für die Demenzdiagnostik fehlt.

„[...] da fehlt mir dann manchmal auch so (.) [...] der Nerv, der Mut das anzugehn. Geb ich zu.“ (I Z 829-832)

S2: „Aber ich ich ich schaff das nicht mal die rauszuholen (.) während der Praxis. Während des Praxisbetriebes, ja. Und hinterher hab ich manchmal keine Lust mehr.“

S5: „Ja man muss, ja, subjektiver Faktor, Interessenfaktor natürlich ja, wo man sagt ok, andere in der Medizin ist ja so weit gefächert interessieren mehr, würd ich mehr drauf // Man kann ja nicht alles abdecken.“ (I Z 879-885)

Solche ehrlichen Aussagen, welche sich mit den persönlichen Interessen beschäftigen, findet man in Fokusgruppe II nicht.

Beim Thema Leitlinien und Fortbildung gehen die Meinungen auch innerhalb der beiden Fokusgruppen weit auseinander. Einerseits ist großes Interesse da, weil die Problematik immer relevanter wird. Mit dem Angebot an Fortbildung sind die Hausärzte zufrieden.

„Das Angebot ist gut. Es gibt wirklich immer mal wieder Weiterbildungen in diese Richtung.“ (I Z 788-780)

„Aber (.) nja, stimmt, Bildungsangebote, Weiterbildungen gibt's, ja, war auch jetzt in letzten zwei Jahren zweimal oder im letzten einen Jahr zweimal sogar äh im Rahmen des BDA-Stammtisches hier in Musterstadt.“ (I Z 797-800)

„Wir müssen uns da immer mehr mit befassen [...].“ (I Z 813)

Auf der anderen Seite gibt es in beiden Gruppendiskussionen Teilnehmer, die keine Leitlinien zur Demenzdiagnostik kennen.

„Also ehrlich gesagt, ich kenn, ich kenne keine aktuelle Leitlinie. Muss ich ganz ehrlich sagen.“ (I Z 790-791)

M2: „Haben sie ´ne Leitlinie zur Demenzdiagnostik in ihrem Arztzimmer stehen, die sie manchmal zur Hand nehmen?“

TN11: „Nein, die gibt es nicht. Nein.“ (II Z 582-586)

Die Teilnehmer, die Leitlinien kennen, räumen ein, dass man bei der Verdachtsdiagnose Demenz nicht gut mit dieser Leitlinie arbeiten kann, weil die Fälle zu individuell und die Patienten zu schwierig sind.

„Wobei ich eben auch sagen muss äh Leitlinien hin, Leitlinien her. Manche Krankheiten kann man ganz gut nach Leitlinien behandeln oder zumindest kann man die vor Augen haben, weil das ne struk// strukturierte Sache ist. Bei dem (.) wo ist da ne Struktur? Das ist so individuell.“ (I Z 819-823)

Einige Teilnehmer aus Fokusgruppe II gehen sogar soweit, dass sie Leitlinien und Fortbildungen für sich als Hausärzte nicht für nötig erachten. Sie sehen sich als Experten auf diesem Gebiet.

„Ich würde eigentlich auch sagen, dass ist eigentlich auch / das ist eigentlich das, wo wir die Spezialisten sind. Ich meine, neben den Neurologen natürlich auch, weil wir sind die, wo die als erstes auflaufen, ja (') und eigentlich wäre es so, dass wir als Hausärzte den Fachärzten vielleicht Weiterbildung geben könnten über Demenzzranke (,) ja (') Ich bin der Meinung, dass fürmich ´ne Fortbildung / eigentlich ´ne Fortbildung oder ´ne Leitlinien keinen Sinn machen.“ (II Z 574-580)

„Ich meine, die Diagnose, die kann man so stellen. Da braucht man keine Leitlinie. Ich meine, du kennst den Patienten vom Status quo und weißt, wie er heute ist und hast diese Veränderung (') das ist eigentlich relativ / und dann kommt noch so ´n paar Tests.“ (II Z 619-622)

Die Hausärzte trennen bei der Nutzung von Leitlinien zwischen Diagnostik und Therapie. Für die Diagnostik lehnen sie die Nutzung ab. Für die Therapie jedoch möchten sie leitliniengerecht arbeiten.

Bei der Frage nach einem generellen Screening sind sich die Teilnehmer beider Gruppendiskussionen wieder einig. Sie lehnen dies aus verschiedenen Gründen ab, welche teilweise schon bei anderen Fragen zur Demenzdiagnostik genannt wurden. Hierbei handelt es sich vor allem um die

fehlende Therapierelevanz und damit um einen fraglichen Nutzen. Weiter werden zusätzliche Kosten und fehlende Zeit genannt. Für die Hausärzte stellt sich auch die Frage der Durchführbarkeit und die Frage der Auswertung.

TN6: „Ist nicht durchführbar (.) zumindest nicht in Ostdeutschland.“

TN9: „Was soll das auch bringen! Zu was für Ergebnissen soll das führen! [...] Ja (!) Welche Konsequenz soll das haben. Alle schreiben Axura auf und wird teuer für alle.“ (II Z 750-760)

„Dann ist ja auch die Bewertung der Testergebnisse so ´ne Sache. Man müsste dann sagen wir mal nicht nur einen Test machen (.) sondern ´ne ganze Reihe von Tests, um sicher (k) oder einigermaßen sicher sagen zu können „hier haben wir ´ne beginnende Demenz“ oder nicht. Die Sensitivität ist ja da auch sehr unterschiedlich (.) ja (-) so. Und die Frage ist ja dann auch das „follow up“ das heißt, es reicht ja nicht, die einmal zu screenen, sondern man müsste dann sagen ok / dann müsste man das in gewissen Abständen wieder machen, weil ja mit zunehmendem Alter wieder machen, weil ja mit zunehmendem Alter die Inzidenz der Demenz wieder steigt. Aber wer soll das machen.“ (II Z 871-880)

„Müsste wer anders durchführen. Psychologen oder so was weiß ich (-) oder qualifizierte Schwestern.“ (II Z 831-832)

„Aber wenn sie jetzt davon ausgehen als Wunschdenken, man könnte also ein Gesamtscreening für eine Demenzerkrankung in Deutschland ins Leben rufen, halt ich A für nicht notwendig äh sprich auch übertrieben (.) und B für finanziell überhaupt nicht durchstellbar.“ (I Z 981-984)

„Und wann (.) wenn man ganz genau weiß, man kann wirklich hundert Prozent was dagegen tun okay und man fängt zum richtigen Zeitpunkt an

okay. Aber das ist alles noch nicht soweit. Es sind alles schöne Ideen für die Zukunft, aber im Moment nicht realisierbar.

Wie diese Zitate zeigen, ist ein generelles Demenzscreening für die Befragten nicht nur nicht vorstellbar, sondern sie halten es auch nicht für nötig.

3.1.1. Operationalisierung

Diese qualitativen Daten wurden erhoben um im weiteren Auswertungsprozess das quantitative Erhebungsinstrument, den Fragebogen, empirisch fundiert zu entwickeln. Dabei wurden den theoretischen Begriffen abgeleitete Begriffe und Indikatoren zugeordnet. Die zentralen Indikatoren sind der diagnostische Prozess, die therapeutische Konsequenz und die persönliche Einstellung zur Demenzdiagnostik.

Die unabhängigen Variablen sind Verhaltensbeobachtung, technische Mittel, Organisation des sozialen Umfeldes, Interaktion Arzt-Patient-Angehöriger, Betreuung Älterer als persönliche Belastung. (Tab.1)

3. Ergebnisse

Theoretischer Begriff	Abgeleitete Begriffe	Indikatoren	Instrument
Elemente des diagnostischen Vorgehens	Verhaltensbeobachtung	Orientierung	Fragebogen
		Emotionen/Verhalten	
		Erscheinungsbild	
		Konzentration/Aufmerksamkeit	
		Schlafstörungen	
		Wortfindungsstörungen	
	Sekundärinformationen	Fremdanamnese	
		Hausbesuch	
	Praktisches Vorgehen	Labor	
		Bildgebung	
		Screeningtest	
	Kollegen-Meinung einholen	Sicherung der Diagnose	
		Therapeutische Unterstützung	
Behandlung	Chancen	Einbeziehen Angehöriger und sozialer Angebote	
		Arztbesuch als Sozialkontakt	
		frühe Diagnose als Chance zur Organisation des Umfeldes	
		Medikamente zur Verlängerung des Lebens im gewohnten sozialen Umfeld	
	Schwierigkeiten	Therapiemanagement bei eingeschränkter Kognition	
		Polypharmazie	
		Was tun, wenn soziales Umfeld wegbricht?	
		umstrittene Wirkung teurer Medikamente	
		Erkrankung nicht aufhaltbar	
		Aufwand	
Schwierigkeiten	Rechtliche Belange	Betreuung/Vormundschaft	
	Fachliche Aspekte	Leitlinien fehlen/unbekannt/ungenutzt	
		diagnostische Tests sind nicht bekannt	
		Frage des Screenings	
	Rahmenbedingungen	Zeit	
		Budget	
	Diagnoseübermittlung	Stigmatisierung	
	Interaktionsschwierigkeiten	Sorge um Arzt-Patientenbeziehung	
	Arzt/Patient/Angehörige	Erwartungshaltung der Angehörigen	
	Persönliche Einstellung	ärztliche Arbeitsschwerpunkte	
Demografische Veränderungen im Patientenkollektiv	Verjüngung des Patientenstammes	Stadtentwicklung	
		Studenten im Wohnviertel	
		jüngere Angehörige von bestehenden Patienten werden mitgebracht	
		Integration weiterer Fachrichtungen (Pädiatrie, Betriebsmedizin, Sportmedizin)	
	Überalterung des Patientenstammes	Patienten werden immer älter	
Hausärztliche Grundhaltung	Betreuung Älterer als persönliche Sinnquelle	ältere Patienten sind dankbar	
		langjährige Arzt-Patienten-Beziehung ist wertvoll	
	Betreuung Älterer als persönliche Belastung	veränderte Erwartungshaltung	
		Schwierigkeit bei Übermittlung der Diagnose Demenz	
		emotional aufreibend	
		Multimorbidität	
		Arzt zwischen Budget, Anforderung der Angehörigen und Stigmatisierung	

Tabelle 1: Qualitative Studie, Operationales Modell

3.2. Quantitative Machbarkeitsstudie

3.2.1. Stichprobe

Insgesamt wurden in zwei Wochen 14 Fragebögen beantwortet. Das Durchschnittsalter der befragten Hausärzte lag bei 53,4 Jahren. Sechs der befragten Hausärzte waren männlich.

Eigenschaften	Hausärztekollektiv
Alter	Durchschnittsalter 53,4 Jahre Range von 34 bis 71 Jahren
Geschlecht	(1 Angabe fehlend)
- männlich	n = 6
- weiblich	n = 7
Niederlassungsjahr	von 1990 bis 2011
Art der Praxis	
- Einzelpraxis	n = 8
- Praxisgemeinschaft	n = 1
- Gemeinschaftspraxis	n = 2
- MVZ	
Standort der Praxis	
- > 100000 Einwohner	n = 11
- 25001-100000 Einwohner	n = 1
- 5000-25000 Einwohner	
- < 5000 Einwohner	
Scheinzahl / Quartal	im Durchschnitt 1262,5 Scheine

Tabelle 2: Quantitative Machbarkeitsstudie, Soziodemografische Daten, n=14

3. Ergebnisse

3.2.2. Ergebnisse der Itembewertung

Für die geschlossenen Fragen erfolgten statistische Berechnungen. Dabei wurden Mittelwerte und Standardabweichungen für jedes einzelne Item errechnet.

Subskala	Items	x	SD
Erkennen	Der Patient macht mich selbständig auf demenztypische Symptome aufmerksam.	2,64	0,929
	Angehörige weisen mich auf demenztypische Symptome hin.	4,93	0,997
	Ich denke an eine Demenzerkrankung weil...		
	- die Kleidung des Patienten auffällt.	3,43	1,742
	- sich das Hygieneverständnis des Patienten ändert.	4,07	1,639
	- der Patient unangepasste Emotionen zeigt.	4,21	1,424
	- der Patient von Verhaltensroutinen abweicht.	4,62	1,121
	- eine nachlassende Merkfähigkeit auffällt.	5,07	1,141
	- eine nachlassende Orientierung auffällt.	5,21	1,051
	- der Patient Wortfindungsstörungen hat.	4,23	1,423
	- der Patient Schlafstörungen hat.	3,46	1,561
	- die Konzentration und die Aufmerksamkeit des Patienten nachlassen.	4,54	1,198
	- die Compliance des Patienten schwankt.	4,29	1,139
	- ich bei Hausbesuchen auf Veränderungen der Haushaltsführung und Lebensführung achte.	4,38	1,387
	Die „gute Sprechstundenleistung“ veranlasst mich in den meisten Fällen zu keiner weiteren Diagnostik.	2,62	1,193
	Bei Patienten, die mir jahrelang bekannt sind, ist die Sensibilität für Veränderungen im Verhalten und Erleben besonders herabgesetzt.	2,50	1,506

3. Ergebnisse

Diagnostik	Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests.	4,14	1,916
	Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch.	3,79	2,155
	Ich veranlasse bildgebende Diagnostik.	3,21	1,578
	Ich benutze Leitlinien.	3,29	2,091
	Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein.	4,92	1,382
	Meine klinische Einschätzung des Patienten reicht zur Diagnosestellung aus.	3,77	1,235
Behandlung	Ich biete Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an.	5,15	0,899
	Ich biete Beratungsgespräche für Angehörige an, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.	5,08	1,115
	Ich bestelle Patienten engmaschiger ein.	4,00	1,354
	Ich mache öfter Hausbesuche.	3,46	1,266
	Ich organisiere ambulante Pflegedienste selbst.	4,75	1,357
	Ich reduziere die Medikamente, um Einnahmefehler zu reduzieren.	3,54	1,613
	Ich stelle die Patienten frühzeitig im Krankheitsverlauf auf ein Antidementivum ein.	3,92	1,443
Schwierigkeiten	Ich teile die Diagnose einer Demenz meinen Patienten ungern mit, weil... - Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben.	4,31	1,653
	- Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern.	3,69	1,702
	- ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird.	4,08	1,441
	- ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird.	4,92	1,498
	- keine Chance auf Heilung besteht.	3,17	1,697
	Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige.	4,00	1,414
	Es fehlt Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf.	3,54	1,450
	Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren.	2,92	1,382

3. Ergebnisse

Grenzen	Ich glaube, dass die Familie des Patienten allein für die Versorgung verantwortlich ist.	4,36	1,692
	Ich glaube Demenzbehandlung ist vertane Zeit.	5,00	1,519
	Wenn ich eine Demenz diagnostiziert habe, weiß ich nicht wirklich, welche wirksame Behandlung ich einleiten könnte.	4,71	1,637
	Ich glaube, dass die Behandlung einer Demenz auch familiäre und weitreichende Faktoren berücksichtigen muss.	2,36	1,946
	Es hängt nicht von meiner Behandlung ab, ob ein Patient mit Demenz gut versorgt ist	3,77	1,691
	Wenn das Fortschreiten einer Demenz aufgehalten werden kann, dann schreibe ich dies meiner medikamentösen Therapie zu.	3,79	1,369
	Ich als Hausarzt kann eine Demenz auch gut allein behandeln.	4,07	1,328
	Wenn ich eine Demenz früher entdecken würde, könnte ich bei diesen Patienten auch mehr erreichen.	2,71	1,684
Selbsteinschätzung	Manchmal bin ich neidisch, wenn andere Glück haben.	5,29	1,139
	Ich bin immer höflich, auch zu unangenehmen Leuten.	3,29	1,383
	Wenn ich etwas nicht weiß, gebe ich es ohne Zögern zu.	1,93	0,917
	Ich finde es nicht besonders schwierig mit lauten, unangenehmen Leuten auszukommen.	3,57	1,505
	Ganz gleich, mit wem ich mich unterhalte, ich bin immer ein guter Zuhörer.	2,86	1,231
	Manchmal bestehe ich auf Genugtuung und kann nicht vergeben und vergessen.	4,79	1,122

Tabelle 3: Quantitative Machbarkeitsstudie, Ergebnisse der Einzelitems

(1=selten / Stimme voll und ganz zu / trifft voll und ganz zu, 6=oft / stimme überhaupt nicht zu / trifft überhaupt nicht zu, x=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Innerhalb der geschlossenen Fragen im Fragenblock 2 zur Diagnostik wurden die Hausärzte gebeten, ihre Antwort mit Kommentaren zu ergänzen. Die freien Antworten sind in der folgenden Tabelle wiedergegeben.

Durchgeführte Screeningtests:	MMST, Demtec, Uhrentest, Nase-Zeigefinger
Untersuchungen zum Ausschluss von Differentialdiagnosen:	Überweisung FA für Neurologie, in Neuro, Labor, MRT, CCT, BB, HbA1c, BSG, CrP, Kreatinin, TSH basal, GammaGT, GOT, Niere, Schilddrüse, Leber, Blutzucker
Bildgebung:	CMRT, CCT, Röntgen Schädel
Fachärzte, zu denen überwiesen wird:	Neurologie, Psychiatrie

Tabelle 4: Quantitative Machbarkeitsstudie, Ergebnisse der offenen Fragen zur Diagnostik

Frage 7 war eine offene Frage zu Verbesserungsvorschlägen zur Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis. Hier fanden sich folgende Eintragungen: umfassendere Ausbildungsangebote für Helferinnen bzw. Medizinische Fachangestellte, Entlastung von bürokratischen Dingen, mehr Zeit.

3.2.3. Korrelationen bei der Itembewertung

Aufgrund der kleinen Stichprobe (N=14) konnten innerhalb der Fragenblöcke keine Korrelationsanalysen durchgeführt werden.

3.2.4. Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Itembewertung

Bei der Beantwortung der Fragen bezüglich des Erkennens einer Demenz und dem diagnostischen Vorgehen, konnte für einzelne Items eine Korrelation zum Alter der Fragebogenbeantworter gezeigt werden. Hierfür wurden für jedes Item die Z-Werte berechnet.

Jüngere Hausärzte gaben an, dass sie häufiger von Angehörigen auf demenztypische Symptome aufmerksam gemacht werden. Ältere Hausärzte hingegen sagten häufiger, dass Wortfindungsstörungen bei ihren Patienten sie an eine Demenzerkrankung denken lässt. Eine Tendenz zur Signifikanz lässt sich dafür nachweisen, dass ältere Hausärzte häufiger angeben, dass eine „gute Sprechstundenleistung“ sie zu keiner weiteren Diagnostik veranlasst (Signifikanz 0,05). Dass ihre klinische Einschätzung zur Diagnosestellung ausreiche, sagten signifikant häufiger ältere Hausärzte. In den anderen Frageblöcken konnte kein Einfluss des Alters auf die Beantwortung der Einzelitems gezeigt werden.

	Z-Wert (Alter)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Angehörige weisen mich auf demenztypische Symptome hin)	-,747	,005
Z-Wert (Ich denke an eine Demenzerkrankung weil der Patient Wortfindungsstörungen hat)	,765	,004
Z-Wert (Die „gute Sprechstundenleistung“ veranlasst mich in den meisten Fällen zu keiner weiteren Diagnostik)	,609	,047
Z-Wert (Meine klinische Einschätzung des Patienten reicht zur Diagnosestellung aus)	,817	,002

Tabelle 5: Quantitative Machbarkeitsstudie, Abhängigkeit vom Alter

In den Berechnungen konnte kein Einfluss des Geschlechts auf das Antwortverhalten nachgewiesen werden.

3.3. Quantitative Studie

3.3.1. Stichprobe

Insgesamt wurden von 500 versendeten 126 Fragebögen beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 25,2%. Nicht alle Hausärzte haben die Fragen zu den soziodemokratischen Daten vollständig beantwortet. Das Durchschnittsalter der befragten Hausärzte lag bei 53,45 Jahren. Nachfolgende Grafik zeigt die Altersverteilung.

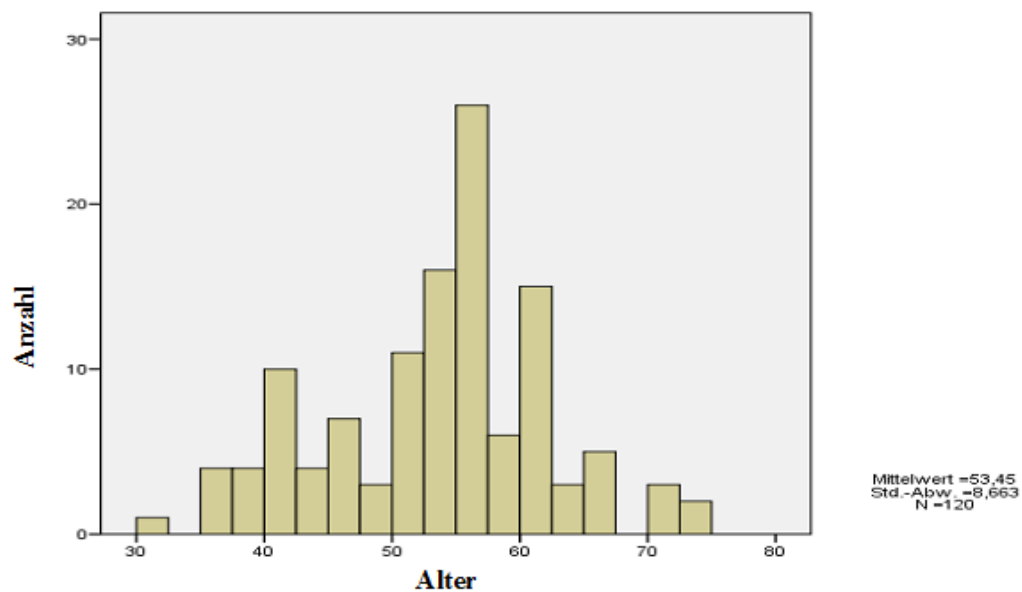


Abbildung 4: Quantitative Studie, Altersverteilung der befragten Hausärzte

64% der befragten Hausärzte waren weiblich. Niedergelassen haben sich die befragten Hausärzte zwischen den Jahren 1973 und 2012 mit einer Häufung in den Jahren 1990 bis 1993. Die Grafik gibt Auskunft über die Verteilung der Niederlassungsjahre.

3. Ergebnisse

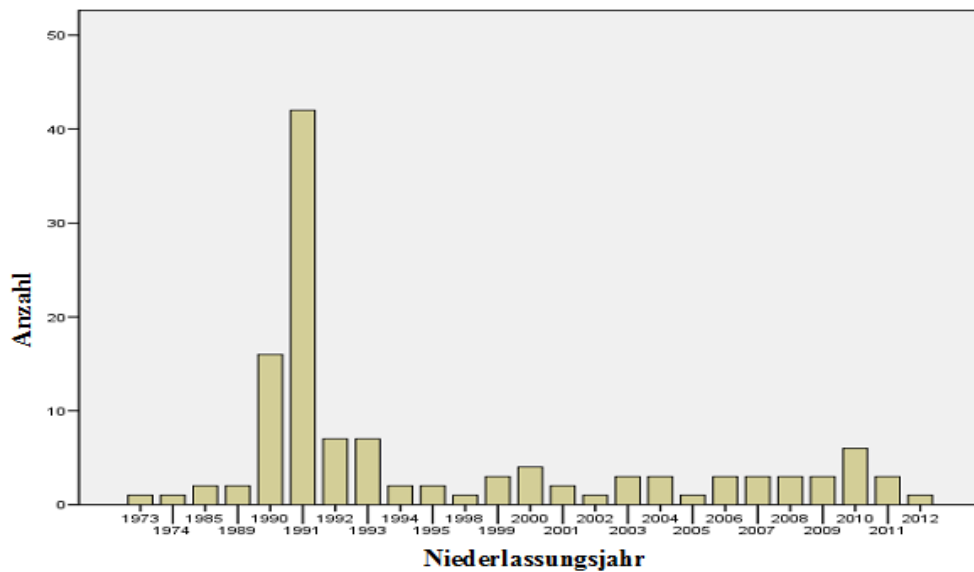


Abbildung 5: Quantitative Studie, Verteilung des Zeitpunktes der Niederlassung

79,7% der Hausärzte gab an, in einer Einzelpraxis tätig zu sein, 1,7% in einer Praxisgemeinschaft, 2,5% in einem Medizinischen Versorgungszentrum und 16,1% in einer Gemeinschaftspraxis. Beim Standort der Praxis ergab sich eine Verteilung, die aus der nachfolgenden Grafik zu entnehmen ist. Der Großteil ist mit 38,1% in einer Praxis tätig, die in einem Ort mit weniger als 5000 Einwohnern liegt.

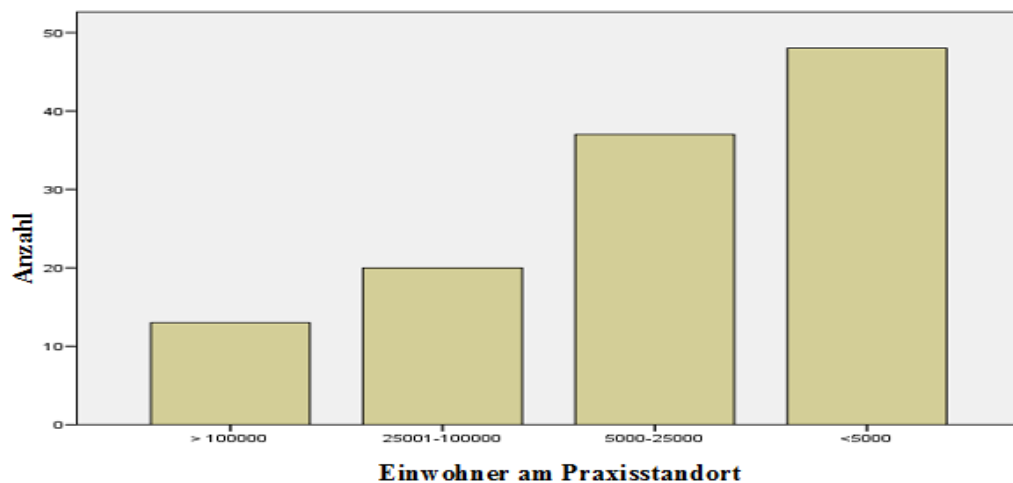


Abbildung 6: Quantitative Studie, Größe des Standortes der Praxis

Im Durchschnitt hatten die antwortenden Hausärzte 1316 Scheine pro Quartal. Zusammenfassend finden sich die soziodemografischen Daten in Tabelle 6.

Eigenschaften	Hausärztekollektiv
Alter	Durchschnittsalter 53,45 Jahre Range von 31 bis 74 Jahren
Geschlecht	
- männlich	36%
- weiblich	64%
Niederlassungsjahr	von 1973 bis 2012
Art der Praxis	
- Einzelpraxis	79,7%
- Praxisgemeinschaft	1,7%
- Gemeinschaftspraxis	16,1%
- MVZ	2,5%
Standort der Praxis	
- > 100000 Einwohner	10,3%
- 25001-100000 Einwohner	15,9%
- 5000-25000 Einwohner	29,4%
- < 5000 Einwohner	38,1%
Scheinzahl / Quartal	im Durchschnitt 1316 Scheine

Tabelle 6: Quantitative Studie, Soziodemografische Daten, n=126

3.3.2. Ergebnisse der Itembeantwortung

Für die geschlossenen Fragen erfolgten statistische Berechnungen. Dabei wurden Mittelwerte und Standardabweichungen für jedes einzelne Item errechnet.

Subskala	Items	x	SD
Erkennen	Der Patient macht mich selbständig auf demenztypische Symptome aufmerksam.	2,28	1,299
	Angehörige weisen mich auf demenztypische Symptome hin.	4,81	1,218
	Ich denke an eine Demenzerkrankung weil...		
	- die Kleidung des Patienten auffällt.	2,95	1,676
	- sich das Hygieneverständnis des Patienten ändert.	3,63	1,580
	- der Patient unangepasste Emotionen zeigt.	3,68	1,417
	- der Patient von Verhaltensroutinen abweicht.	4,42	1,233
	- eine nachlassende Merkfähigkeit auffällt.	5,28	0,806
	- eine nachlassende Orientierung auffällt.	5,09	1,008
	- der Patient Wortfindungsstörungen hat.	4,33	1,384
	- der Patient Schlafstörungen hat.	2,75	1,322
	- die Konzentration und die Aufmerksamkeit des Patienten nachlassen.	4,67	1,103
	- die Compliance des Patienten schwankt.	4,04	1,444
	- ich bei Hausbesuchen auf Veränderungen der Haushaltsführung und Lebensführung achte.	4,79	1,324
	Die „gute Sprechstundenleistung“ veranlasst mich in den meisten Fällen zu keiner weiteren Diagnostik.	2,85	1,529
	Bei Patienten, die mir jahrelang bekannt sind, ist die Sensibilität für Veränderungen im Verhalten und Erleben besonders herabgesetzt.	2,40	1,384

3. Ergebnisse

Diagnostik	Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests.	4,14	1,956
	Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch.	4,04	1,995
	Ich veranlasse bildgebende Diagnostik.	3,19	1,884
	Ich benutze Leitlinien.	3,08	1,788
	Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein.	4,61	1,463
	Meine klinische Einschätzung des Patienten reicht zur Diagnosestellung aus.	3,42	1,482
Screeningfragebögen	Ich lehne Screeningfragebögen zur Demenzdiagnostik ab, - weil SFD mein ärztliches Urteil nicht ersetzen können.	4,24	1,626
	- weil SFD nicht zur hausärztlichen Arbeit passen.	4,60	1,509
	- weil SFD von den Betroffenen nicht richtig verstanden werden.	4,17	1,695
	- weil Demenz durch SFD nicht geheilt werden kann.	3,72	2,170
	- weil SFD dem individuellen Patienten nicht gerecht werden.	4,21	1,580
	- weil SFD den Konsultationsablauf und die Konsultationsatmosphäre stören.	4,15	1,778
	- weil SFD den Betroffenen verunsichern können.	3,91	1,732
	- weil den Betroffenen durch SFD nicht geholfen werden kann.	4,23	1,787
	- weil SFD eine Modeerscheinung sind, die vergehen.	4,98	1,402
	- weil SFD den Betroffenen aufwendig erklärt werden müssen und Zeit kosten.	3,86	1,818
	- weil SFD den Betroffenen verärgern können.	4,16	1,575
	- weil der Therapieerfolg durch SFD nicht gefördert wird.	4,18	1,699

3. Ergebnisse

Behandlung	Ich biete Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an.	4,52	1,543
	Ich biete Beratungsgespräche für Angehörige an, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.	4,81	1,485
	Ich bestelle Patienten engmaschiger ein.	3,95	1,453
	Ich mache öfter Hausbesuche.	3,62	1,507
	Ich organisiere ambulante Pflegedienste selbst.	4,60	1,587
	Ich reduziere die Medikamente, um Einnahmefehler zu reduzieren.	3,76	1,584
	Ich stelle die Patienten frühzeitig im Krankheitsverlauf auf ein Antidementivum ein.	3,69	1,593
Schwierigkeiten	Ich teile die Diagnose einer Demenz meinen Patienten ungern mit, weil... - Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben.	4,80	1,361
	- Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern.	4,37	1,617
	- ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird.	4,51	1,361
	- ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird.	5,11	1,119
	- keine Chance auf Heilung besteht.	4,59	1,649
	Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige.	3,32	1,654
	Es fehlt Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf.	2,90	1,701
	Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren.	2,74	1,476

3. Ergebnisse

Selbsteinschätzung	Manchmal bin ich neidisch, wenn andere Glück haben.	5,20	1,164
	Ich bin immer höflich, auch zu unangenehmen Leuten.	2,86	1,474
	Wenn ich etwas nicht weiß, gebe ich es ohne Zögern zu.	2,20	1,178
	Ich finde es nicht besonders schwierig mit lauten, unangenehmen Leuten auszukommen.	3,20	1,437
	Ganz gleich, mit wem ich mich unterhalte, ich bin immer ein guter Zuhörer.	2,63	1,133
	Manchmal bestehe ich auf Genugtuung und kann nicht vergeben und vergessen.	4,49	1,395

Tabelle 7: Quantitative Studie, Ergebnisse der Einzelitems

(1=selten / Stimme voll und ganz zu / trifft voll und ganz zu, 6=oft/stimme überhaupt nicht zu / trifft überhaupt nicht zu, x=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Innerhalb der geschlossenen Fragen im Fragenblock 2 zur Diagnostik wurden die Hausärzte gebeten, ihre Antwort mit Kommentaren zu ergänzen. Die freien Antworten sind in der folgenden Tabelle wiedergegeben.

Durchgeführte Screeningtests:	Demtect, MMSE, Uhrentest, Einkaufstest, Zahlen, Basisassessment, Geriatrisches Basisassessment, Time up and go, Brain check, Up and go, Angehörige, Wortmerkfähigkeit, Barthel-Index, TFDD, Geldzähltest
Untersuchungen zum Ausschluss von Differentialdiagnosen:	Bildgebung, Überweisung zum Neurologen, Labor (Schilddrüse, Leber, Niere, Blutbild, Vitamin B12, Blutzucker, Elektrolyte, Folsäure, Eisen), Depressionsskala, Depressionsausschluss, Depressions-Check, Angiologische und Stoffwechsel-Untersuchungen, Gespräche Angehörige, EKG, Kompletter Status, EEG, Parkinsonausschluss, Anamnese, O ₂ Partialdruck, TFDD, Ausschluss Raumforderung
Bildgebung:	MRT, Röntgen, CT, Extrakranielle Duplexsonografie, Carotis-Doppler, Sono Halsgefäße, Lumbalpunktion
Fachärzte, zu denen überwiesen wird:	Neurologie, Psychiatrie, Angiologie, Radiologie, HNO, Augenarzt

Tabelle 8: quantitative Studie, Ergebnisse der offenen Fragen zur Diagnostik

Frage sieben war eine offene Frage zu Verbesserungsvorschlägen zur Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis. Hier fanden sich folgende Eintragungen:

- Entwicklung von einem Universal-Testbogen, der schnell durchgeführt werden kann und effektiv ist
- Schulungen Assistenzpersonal, zusätzliche Assistentin zum Ausfüllen der Demenzbögen
- mehr Zeit für die Patienten
- bessere Vergütung der Beratungsgespräche
- Dokumentationsbögen zur praktischen und überschaulichen Dokumentation und Verlauf
- bessere Vergütung, da sehr zeitaufwendig
- für uns mehr Zeit oder mehr Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Erfahrung, Zuhören, Übertragung-Gegenübertragung zulassen
- mehr Zeit für Patienten und Hausbesuche
- häufigere Konsultationen
- kürzerer Zugang zum Facharztkonsil
- mehr Psychiater
- wenn die Betroffenen ohne „Familienbegleitung“ leben, wird es schwierig
- noch mehr Früherkennung durch Fragebögen für Patienten zum Selbstausfüllen
- vereinfachte Leitlinien und standardisierte Tests für Hausarztpraxis
- nein, da ja keine wirklich effektiven Therapieoptionen vorhanden sind
- Anbindung an Kompetenzzentren

3.3.3. Korrelationen bei der Itembeantwortung

Es erfolgte die Berechnung der Korrelation nach Pearson. Dabei wurden sowohl alle einzelnen Items bewertet, als auch neue Variablen als Gruppen von Einzelitems gebildet und miteinander in Korrelation gesetzt. Es entstanden folgende neue Variable:

Diagnostik insgesamt	Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests.
	Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch.
	Ich veranlasse bildgebende Diagnostik.
	Ich benutze Leitlinien.
	Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein.
	Meine klinische Einschätzung des Patienten reicht zur Diagnosestellung aus. (negativ gepolt)
Einstellung zu Screeningfragebögen	Fragenblock drei gesamt, Einzelitems 1-12
Änderung Behandlungssetting	Ich biete Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an.
	Ich biete Beratungsgespräche für Angehörige an, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.
	Ich bestelle die Patienten engmaschiger ein.
	Ich mache öfter Hausbesuche.
	Ich organisiere ambulante Pflegedienste selbst.

Behandlung insgesamt	Änderung Behandlungssetting
	Ich reduziere die Medikamente, um Einnahmefehler zu reduzieren.
	Ich stelle die Patienten frühzeitig im Krankheitsverlauf auf ein Antidementivum ein.
Schwierigkeiten insgesamt	Fragenblock fünf gesamt, Einzelitems 1-4
Soziale Erwünschtheit	Fragenblock sechs gesamt, Einzelitems 1-6 (Einzelitem 1 und 6 negativ gepolt)

Tabelle 9 Quantitative Studie, Bildung neuer Variablen

Zusätzlich wurden die Z-Werte zu jedem Einzelitem und zu den neuen Variablen berechnet. Im Folgenden werden die Korrelationen für jeden Fragenblock dargestellt. Es wird dabei von einer Signifikanz von 0,01 ausgegangen, wenn keine andere Signifikanz angegeben wird.

1. Erkennen einer Demenz

Die Hausärzte, die sagen, dass sie insgesamt Diagnostik durchführen, geben an, eine Demenz oft an Schlafstörungen beim Patienten, mangelnder Compliance des Patienten (Signifikanz 0,05) und durch Auffälligkeiten bei Hausbesuchen (Signifikanz 0,05) zu erkennen.

3. Ergebnisse

	Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Der Patient macht mich selbständig auf demenztypische Symptome aufmerksam)	-,098	,341
Z-Wert (Angehörige weisen mich auf demenztypische Symptome hin)	,082	,427
Z-Wert (weil die Kleidung des Patienten auffällt)	,111	,283
Z-Wert (weil sich das Hygieneverständnis des Patienten ändert)	,093	,368
Z-Wert (weil der Patient unangepasste Emotionen zeigt)	,082	,428
Z-Wert (weil der Patient von Verhaltensroutinen abweicht)	,035	,738
Z-Wert (weil eine nachlassende Merkfähigkeit auffällt)	,141	,169
Z-Wert (weil eine nachlassende Orientierung auffällt)	,016	,874
Z-Wert (weil der Patient Wortfindungsstörungen hat)	,023	,825
Z-Wert (weil der Patient Schlafstörungen hat)	,305	,003
Z-Wert (weil die Konzentration und die Aufmerksamkeit des Patienten nachlassen)	,014	,894
Z-Wert (weil die Compliance des Patienten schwankt)	,217	,033
Z-Wert (weil ich bei Hausbesuchen auf Veränderungen der Haushaltsführung und Lebensführung achte)	,214	,035

Tabelle 10: Quantitative Studie, Erkennen einer Demenz

Die Hausärzte, die selten angeben, dass die „gute Sprechstundenleistung“ des Patienten sie zu keiner weiteren Diagnostik veranlasst, sagen, dass sie insgesamt öfter Diagnostik machen. Sie haben eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen und haben weniger Sorge um ihre Arzt-Patientenbeziehung.

2. Diagnostik bei Demenzverdacht

Die Hausärzte, die sagen, dass sie Diagnostik durchführen, sagen auch, dass sie Screeningtests durchführen und haben insgesamt eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen. Diese Gruppe von Hausärzten sagt auch, dass sie ihre Patienten frühzeitig im Krankheitsverlauf auf ein Antidementivum einstellt (Signifikanz 0,05). In Korrelation zur Behandlung kann des Weiteren gesagt werden, dass Hausärzte, die sagen, dass sie Diagnostik durchführen, ebenfalls sagen, dass sie insgesamt behandeln und das Behandlungssetting ändern.

	Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests)	,656	,000
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	,443	,000
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	,389	,000
Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	,376	,000
Z-Wert (Ich stelle den Patienten frühzeitig auf ein Antidementivum ein)	,223	,025

Tabelle 11: Quantitative Studie, Diagnostik bei Demenzverdacht

Die Hausärzte, die angeben, dass sie Screeningfragebögen zur Diagnostik einer Demenz nutzen, sagen auch, dass sie Differentialdiagnosen abklären und Leitlinien benutzen. Ebenfalls hat diese Gruppe eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen. Es gibt eine positive Korrelation zur Aussage, dass sie insgesamt behandeln, wobei die Signifikanzen für die Änderung des Behandlungssetting und die Verschreibung eines Antidementivums bei 0,05 liegen. Die Screeningfragebogennutzer geben an, dass sie insgesamt selten Schwierigkeiten mit der Diagnostik haben, wobei bei den Einzelitems eine Signifikanz von 0,01 für die verneinenden Aussagen zu Angst vor Stigmatisierung und fehlende Chance auf Heilung vorliegt.

Die Hausärzte, die angeben, dass sie eine Bildgebung veranlassen, sagen auch, dass sie insgesamt Diagnostik durchführen, Differentialdiagnosen abklären und Leitlinien benutzen. Diese Gruppe von Hausärzten gibt auch an, dass sie insgesamt behandeln und das Behandlungssetting ändern. Im Hinblick auf das Erkennen einer Demenz gibt es positive Korrelationen zwischen dem Veranlassen einer bildgebenden Untersuchung und dem Auftreten von Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen (Signifikanz 0,05), Auffälligkeiten bei Hausbesuchen und mangelnder Compliance des Patienten (Signifikanz 0,05).

Die Hausärzte, die sagen, dass sie Leitlinien zur Diagnostik einer Demenz nutzen, sagen auch, dass sie insgesamt Diagnostik machen, Screenigtests durchführen und Bildgebung veranlassen. Sie haben eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen. Sie geben an, insgesamt zu behandeln, das Behandlungssetting zu ändern, Aufklärung zum Krankheitsverlauf anzubieten, Patienten häufiger einzubestellen, öfter Hausbesuche zu machen und ihre Patienten auf ein Antidementivum einzustellen (Signifikanz 0,05). Bezüglich der Schwierigkeiten gib es eine Korrelation zur Verneinung von Schwierigkeiten bei der Festlegung der Demenzform.

Die Hausärzte, die weniger angeben, dass ihre klinische Einschätzung zur Diagnosestellung ausreicht, geben häufiger an, insgesamt Diagnostik durchzuführen und an Fachärzte zu überweisen (Signifikanz 0,05).

3. Einstellung zu Screeningfragebögen

Die Hausärzte, die eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen haben, geben an, insgesamt öfter Diagnostik zu machen, insgesamt mehr zu behandeln und insgesamt selten Schwierigkeiten mit der Diagnostik einer Demenz zu haben. Bezüglich der Einzelitems bestehen positive Korrelationen zur Durchführung von Screeningtests, Benutzung von Leitlinien, Verschreibung eines Antidementivums (Signifikanz 0,05), Änderung des Behandlungssettings (Signifikanz 0,05), Verneinung einer fehlenden Heilungschance, Verneinung fehlender Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf und wenig Problemen mit der Differenzierung der Demenzform.

3. Ergebnisse

	Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	,443	,000
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	,283	,003
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	,364	,000
Z-Wert (Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests)	,591	,000
Z-Wert (Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch)	,183	,085
Z-Wert (Ich veranlasse bildgebende Diagnostik)	,053	,596
Z-Wert (Ich benutze Leitlinien)	,346	,000
Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	,234	,015
Z-Wert (Ich stelle den Patienten frühzeitig auf ein Antidementivum ein)	,223	,021
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben)	,166	,090
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern)	,200	,042
Z-Wert (weil ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird)	,186	,059
Z-Wert (weil ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird)	,221	,024
Z-Wert (weil keine Chance auf Heilung besteht)	,295	,003
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige)	-,001	,989
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf)	,292	,002
Z-Wert (Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren)	,281	,004

Tabelle 12: Quantitative Studie, Einstellung zu Screeningfragebögen

4. Behandlung einer Demenz

Die Hausärzte, die angeben, das Behandlungssetting zu ändern, sagen auch, dass sie insgesamt öfter Diagnostik durchführen, öfter insgesamt behandeln und insgesamt weniger Schwierigkeiten mit der Diagnostik einer Demenz haben (Signifikanz 0,05).

Die Hausärzte, die sagen, dass sie früh im Krankheitsverlauf auf ein Antidementivum einstellen, machen insgesamt öfter Diagnostik (Signifikanz 0,05), wobei für die Einzelitems Durchführen von Screeningtests, Abklären von Differentialdiagnosen und Benutzen von Leitlinien jeweils eine Signifikanz von 0,05 zu verzeichnen war. Sie haben eine positive Einstellung zu Screeningtests (Signifikanz 0,05). Bei der Frage nach der Behandlung, gab diese Gruppe an, öfter Hausbesuche nach der Diagnosestellung durchzuführen und öfter einen Pflegedienst selbst zu organisieren (Signifikanz 0,05). Insgesamt sagen sie, dass sie weniger Schwierigkeiten mit der Diagnostik einer Demenz haben. Sie gaben an, weniger Probleme mit Angehörigen zu haben, die einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern, sie weniger Sorge um ihre Arzt-Patienten-Beziehung haben (Signifikanz 0,05), sie weniger der Meinung sind, dass keine Chance auf Heilung besteht und dass sie auch weniger Schwierigkeiten haben, zur Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren (Signifikanz 0,05).

5. Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

Die Hausärzte, die angeben, dass sie sich häufig Meinungen von Fachärzten einholen, sagen auch, dass sie Schwierigkeiten haben mit der Differenzierung der Demenzform (Signifikanz 0,05).

Die Hausärzte, die sagen dass sie insgesamt selten Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung haben, haben eine positive Einstellung zu Screeningtests,

3. Ergebnisse

führen diese auch öfter durch und klären Differentialdiagnosen ab (Signifikanz 0,05). Sie behandeln insgesamt öfter, verändern das Behandlungssetting (Signifikanz 0,05), bieten öfter Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an und verordnen öfter frühzeitig ein Antidementivum.

	Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	,191	,076
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	,364	,000
Z-Wert (Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests)	,334	,000
Z-Wert (Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch)	,259	,011
Z-Wert (Ich veranlasse bildgebende Diagnostik)	,077	,429
Z-Wert (Ich benutze Leitlinien)	,108	,274
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	,269	,005
Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	,240	,012
Z-Wert (Ich stelle den Patienten frühzeitig auf ein Antidementivum ein)	,313	,001
Z-Wert (Ich biete Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an)	,293	,002
Z-Wert (Ich biete Beratungsgespräche für Angehörige an, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen)	,178	,063
Z-Wert (Ich bestelle Patienten engmaschiger ein)	,109	,259
Z-Wert (Ich mache öfter Hausbesuche)	,078	,418
Z-Wert (Ich organisiere ambulante Pflegedienste selbst)	,101	,297

Tabelle 13: Quantitative Studie, Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

6. Soziale Erwünschtheit

Die Korrelationsanalyse ergab, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Beantwortung der Fragen zur sozialen Erwünschtheit und dem Antwortverhalten bei allen anderen Fragenblöcken gibt. Die soziale Erwünschtheit hat keinen Einfluss auf das Durchführen von Diagnostik, auch nicht auf die einzelnen diagnostischen Möglichkeiten und die Einstellung zu Screeningfragebögen. Ebenfalls kann keine Korrelation bezüglich der Behandlung insgesamt, der Änderung des Behandlungssettings und dem Verordnen eines Antidementivums nachgewiesen werden. Die Beantwortung der Fragen zu den Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung korreliert ebenfalls nicht mit der sozialen Erwünschtheit.

3.3.4. Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Itembewertung

Ältere Hausärzte sagen häufiger, dass ihre klinische Einschätzung des Patienten zur Diagnosestellung ausreicht (Signifikanz 0,05). Jüngere Hausärzte geben hingegen an, dass sie öfter insgesamt Diagnostik machen (Signifikanz 0,05). Die Einstellung zu den Screeningfragebögen korreliert nicht mit dem Alter. Jüngere Hausärzte sagen häufiger, dass sie nach der Diagnosestellung insgesamt behandeln und das Behandlungssetting ändern. (Signifikanz 0,05). Hinsichtlich der sozialen Erwünschtheit gibt es keine Korrelation zum Alter.

	Z-Wert (Alter)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Meine klinische Einschätzung des Patienten reicht zur Diagnosestellung aus)	,222	,015
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	-,232	,025
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	-,111	,268
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	-,240	,009
Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	-,212	,021
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	-,049	,618
Z-Wert (Soziale Erwünschtheit)	,167	,068

Tabelle 14: Quantitative Studie, Abhängigkeit vom Alter

Die Korrelationsanalysen für beide Geschlechter getrennt haben einen Einfluss des Geschlechts auf das Antwortverhalten bestätigt.

Beim Feld der Diagnostik kann gezeigt werden, dass nur die weiblichen Hausärzte, welche insgesamt häufig Diagnostik durchführen, auch signifikant mehr behandeln. Der oben geschilderte Zusammenhang, dass vor allem jüngere Hausärzte mehr Diagnostik durchführen, lies sich nur für die männlichen Hausärzte nachweisen (Signifikanz 0,05).

Bei dem Feld Einstellung zu Screeningfragebögen gab es in 2 Punkten unterschiedliche Ergebnisse in Abhängigkeit des Geschlechts. In der Korrelation zu der Angabe von Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung Demenz gibt es nur eine Abweichung bezüglich der Signifikanz. Bei den weiblichen Hausärzten liegt die Signifikanz bei 0,01 und bei den männlichen Hausärzten bei 0,05. Dass Hausärzte sagen, dass sie eine gute Einstellung

zu Screeningfragebögen haben und auch mehr Behandlung insgesamt einleiten kann nur für die weiblichen Hausärzte signifikant gezeigt werden.

Der Zusammenhang, dass Hausärzte, die häufiger eine Behandlung einleiten, auch weniger Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung einer Demenz haben, lässt sich nur für die männlichen Hausärzte zeigen (Signifikanz 0,05). Des Weiteren kann gezeigt werden, dass von den Jüngeren nur die weiblichen Hausärzte häufiger sagen, dass sie eine Behandlung einleiten (Signifikanz 0,05).

Beim Feld der Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung Demenz kann für die männlichen Hausärzte eine Korrelation mit der sozialen Erwünschtheit gezeigt werden. Das heißt, die männlichen Hausärzte, die sagen, dass sie selten Schwierigkeiten mit der Diagnosestellung haben, antworten eher sozial erwünscht (Signifikanz 0,05).

	Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)		
		Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	m	,135	,432
	w	,237	,093
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	m	,362	,028
	w	,367	,004
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	m	,321	,043
	w	,235	,054
Z-Wert (Soziale Erwünschtheit)	m	,330	,035
	w	-,139	,256
Z-Wert (Alter)	m	-,141	,386
	w	,029	,816

Tabelle 15: Quantitative Studie, Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung in Abhängigkeit vom Geschlecht

4. Diskussion

4.1. Qualitative Studie-Fokusgruppeninterviews

4.1.1. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

In der durchgeführten qualitativen Studie wurde untersucht, ob und mit welchen Mitteln der Hausarzt in Sachsen-Anhalt eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert. Im Vordergrund standen die Fragen wie der Hausarzt auf Symptome einer Demenzerkrankung aufmerksam wird und welche Schwierigkeiten er mit der Diagnostik und dem Therapiemanagement hat. In den zwei Fokusgruppeninterviews konnten sechs Kernkategorien herausgearbeitet werden, in denen die Erfahrungen und Einstellungen der Diskussionsteilnehmer deutlich wurden: Verhaltensbeobachtung, Sekundärinformationen beschaffen, Laborparameter/Bildgebung/Screeningtests, Kollegen-Meinung einholen, Medikamentöse Einstellung/Therapie und Schwierigkeiten.

In den meisten Fällen werden die Hausärzte durch das Abweichen von Verhaltensroutinen ihrer Patienten auf ein kognitives Defizit aufmerksam. Dieser Eindruck wird durch Sekundärinformationen durch Angehörige und bei Hausbesuchen ergänzt. In einer qualitativen Studie aus Großbritannien wird diese Achtsamkeit für die „rechtzeitige Diagnose“ ebenfalls hervorgehoben [39]. Besonders betont wird in der eigenen Studie wie auch in vielen weiteren Studien, dass der Hausarzt in seiner Funktion die Patienten langjährig kennt und damit besonders sensibel für Veränderungen im Verhalten ist [5, 6].

Die Labordiagnostik ist in der eigenen Studie eher unterbewertet wurden. Teils wird nicht ganz klar, ob nun bei Demenzverdacht ein außerordentliches Labor veranlasst wird oder es wird sogar ganz klar gesagt, dass keine

Labordiagnostik erforderlich ist. Dies weicht sehr von den Empfehlungen in der Literatur ab [24]. Ebenfalls wird der cerebralen Bildgebung nur eine untergeordnete Rolle beim Diagnoseprozess in der eigenen Studie zugewiesen. Die Entscheidung wird auf den fachärztlichen Kollegen übertragen. In den Leitlinien findet man auch hier andere Empfehlungen [24]. Übereinstimmend mit der eigenen Untersuchung sind jedoch die Aussagen einer Fragebogenstudie zum Überweisungsverhalten für cerebrale Bildgebung bei Demenzverdacht durch Hausärzte in Irland und Wales [36]. Auch die Verwendung der Screeningtests ist für die befragten Hausärzte nicht von entscheidender Bedeutung. Es werden der MiniMentalStatus und der Uhrentest genannt. Dies spiegelt die gängige Empfehlung aus der Literatur zum MiniMentalStatus wider [27]. Viele weitere Screeningtests, welche in der Literatur empfohlen werden, werden in der eigenen Studie nicht erwähnt. Es wird in der eigenen Untersuchung sogar ein Nichtnutzen von standardisierten Testverfahren postuliert. Diese Einstellung, dass vor allem die subjektive Empfindung zur Diagnosestellung entscheidend ist und auf ein objektives Assessment verzichtet wird, zeigt sich auch in weiteren Studien in der Literatur [53–55]

Beim Thema der Überweisung zum Facharzt gab es 2 grundsätzliche Einstellungen: Zum einen die Dankbarkeit dieser Möglichkeit, um Differentialdiagnosen abzuklären und die dadurch entstehende Zeitersparnis für den Hausarzt. Diese Meinung lässt sich auch in der Literatur wiederfinden [25]. Auf der anderen Seite die Meinung, dass der Facharzt nur zum Verordnen der teuren antidementiven Medikation erforderlich ist. Eine Studie aus Schottland vereint beide Einstellungen und sagt, dass der Facharzt sowohl für die Diagnosesicherung als auch die Verordnung von Acetylcholinesteraseinhibitoren verantwortlich sei [56]. Die in der eigenen Untersuchung geschilderte Einstellung, dass der Hausarzt zur

Diagnosestellung die Mitbeurteilung eines Facharztes nicht benötigt, findet sich auch in der Literatur wieder [9].

Bei der Kategorie Therapie steht in der eigenen Studie vor allem die Änderung des Behandlungssettings im Vordergrund. Das heißt, dass sich die Hausärzte intensiver um den Patienten kümmern und vor allem auch sein Umfeld für ihn in den Fokus gerät. Diese Koordinierungsrolle bei der Behandlung wird dem Hausarzt auch in der Literatur zugeschrieben [5]. Ebenfalls findet sich in der vorliegenden Literatur die auch in der eigenen Untersuchung gefundene Einstellung bezüglich der medikamentösen Therapie. Die Wirksamkeit beziehungsweise der Nutzen der antidementiven Medikation wird in Frage gestellt [6, 32]. Dies spiegeln auch die Zahlen von Studien zur Pharmakotherapie bei Demenzkranken in Deutschland wider [45].

Auch beim Thema Schwierigkeiten zeigen sich in der eigenen Untersuchung und in der internationalen Literatur in den wichtigsten Punkten Übereinstimmungen. Zeitmangel, steigende Arbeitsbelastung und unzureichende Vergütung werden am häufigsten genannt [57, 41, 58, 20, 54, 59, 33, 60, 34, 6, 61]. Ein Problem, welches in der eigenen Studie nicht ausdrücklich zur Sprache gekommen ist, ist die zusätzliche Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzpatienten [43]. Wieder große Übereinstimmungen mit der Literatur gab es bei den Punkten Unsicherheit bei und Respekt beziehungsweise Angst vor der Diagnose Demenz und damit verbundener Stigmatisierung des Patienten [8, 34, 10, 62, 54, 32, 20, 5, 58, 41, 63]. In der eigenen Untersuchung ist eine große Schwierigkeit bei der Demenzdiagnostik das steigende Anspruchsdenken der Patienten und vor allem der Angehörigen. Diesen Aspekt findet man in der Literatur bis jetzt nicht so ausgeprägt. Ebenfalls angesprochen wird der Punkt der persönlichen Motivation und damit der Subspezialisierung des Hausarztes, welcher sich auch in der Literatur wiederfindet [26]. Der Einsatz von Leitlinien

und ein generelles Screening werden sowohl in der eigenen Studie als auch in der Literatur kontrovers diskutiert [23, 31, 32, 64, 10, 34, 6, 6, 6, 35]. Das heißt, es sind nur teilweise Leitlinien bekannt, werden vor allem in der eigenen Untersuchung zur Diagnostik jedoch auch abgelehnt. Ein generelles Screening eröffnet bei den befragten Hausärzten erneut die Frage nach dem therapeutischen Nutzen. Beim Wunsch nach Fortbildung zeigten sich die befragten Hausärzte auch uneinig, im Gegensatz dazu wird dieser in der Literatur wiederholt geäußert [10, 33, 65].

4.1.2. Limitation der Ergebnisse

Limitationen ergeben sich aus der Größe und der Zusammensetzung der beiden Fokusgruppen. Die erste Fokusgruppe bestand aus 5 Teilnehmern aus einer Großstadt und die Zweite aus 17 Teilnehmern aus dem Umkreis einer Kreisstadt. Die Unterschiede im Tätigkeitsfeld beziehungsweise daraus resultierend dem Patientenkontext hängen stark von den örtlichen Gegebenheiten Großstadt/Kreisstadt/Land ab. Außerdem kann bei der größeren Stichprobengröße nicht sicher gestellt werden, dass jeder Teilnehmer ausreichend Zeit hatte, um seine Meinung zu äußern. Eine Limitation der Fokusgruppe an sich ist die Frage nach ehrlicher Meinung oder an die Gruppe angepasste Äußerungen.

4.1.3. Schlussfolgerung und Ausblick

In der qualitativen Studie konnten das persönliche Vorgehen und die Einstellungen zur Demenzdiagnostik gut herausgearbeitet werden. Der Hausarzt ist sich des Problems des älter werdenden Patienten mit auch zunehmend kognitiven Einschränkungen bewusst. Trotzdem sieht er derzeit noch sehr viele Schwierigkeiten, die ihn von einem strukturierten Vorgehen

dabei abhalten. Neuro-psychologische Screeningtests werden nicht regelmäßig durchgeführt.

Ziel ist es nun aus diesen qualitativen Daten ein quantitatives Erhebungsinstrument (Fragebogen) zu entwickeln, um zu überprüfen, ob sich diese Einstellung in einer größeren Stichprobe bei Hausärzten in Sachsen-Anhalt wiederfindet.

4.2. Quantitative Machbarkeitsstudie

4.2.1. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

In der durchgeführten quantitativen Machbarkeitsstudie wurde der Fragebogen, der aus den Ergebnissen der qualitativen Studie entwickelt wurde, auf Praxistauglichkeit geprüft.

Insgesamt haben 14 Hausärzte den Fragebogen im Rahmen des Kassenärztlichen Notfalldienstes beantwortet. Das Durchschnittsalter dieser Hausärzte lag bei 53,4 Jahren. Überwiegend arbeiteten die beantwortenden Hausärzte in einer Einzelpraxis (n=8) und haben ihre Praxis in einer Stadt mit über 100000 Einwohner (n=11).

Bei den von den Hausärzten aufgeführten Screeningtestverfahren im Freifeld in der Frage 2 wurden folgende genannt: MMST, Demtec, Uhrentest, Nase-Zeigefinger. Mini-Mental-Status, DemTec und Uhrentest sind vergleichend auch in der Literatur die am häufigsten empfohlenen und verwendeten Screeningtests für Hausärzte [27, 26, 25].

In Frage 7 wurde nach Verbesserungsvorschlägen für die Demenzdiagnostik gefragt. Umfassendere Ausbildungsangebote für Helferinnen, Entlastung von bürokratischen Dingen und mehr Zeit waren die Antworten auf die offene

Frage. Faktor Zeit und Vergütung finden sich ebenfalls in der Literatur wieder [41]. Der Wunsch nach umfassenderen Ausbildungsmöglichkeiten für Helferinnen ist im Vergleich zur vorhandenen Literatur ein neuerer Aspekt. Aufgrund der kleinen Stichprobe (N=14) konnten innerhalb der Fragenblöcke keine Korrelationsanalysen durchgeführt werden.

Es konnte eine Tendenz zur Korrelation zwischen der Beantwortung einzelner Items mit dem Alter der Befragten festgestellt werden. Ältere Hausärzte sagten häufiger, dass eine gute Sprechstundenleistung sie zu keiner weiteren Diagnostik veranlasst und ihre klinische Einschätzung zur Diagnosefindung ausreiche. Ähnliche Tendenz lässt sich in der Literatur finden, in der gezeigt wurde, dass ältere Absolventen weniger an einen Benefit für den Patienten glauben, wenn eine Demenz frühzeitig diagnostiziert wird [46]. Hinsichtlich des Geschlechts konnte in der eigenen Untersuchung kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu gibt es in der Literatur eine Studie, die besagt, dass weibliche Hausärzte eine positivere Einstellung gegenüber der Demenzdiagnostik haben [47].

Eine Abhängigkeit des Antwortverhaltens von der sozialen Erwünschtheit, wie in der Literatur beschrieben, konnte in dieser Untersuchung nicht gezeigt werden [11].

4.2.2. Limitation der Ergebnisse

Da es sich bei den Hausärzten, die den Fragebogen beantwortet haben, um Ärzte handelt, die dies im Rahmen des Kassenärztlichen Notdienstes getan haben, sind sowohl Alter und Geschlechtsverteilung, als auch Art und Standort ihrer Praxis bei der geringen Teilnehmerzahl nicht repräsentativ für Sachsen-Anhalt. Größter limitierender Faktor für die Korrelationsanalyse ist die geringe Stichprobenzahl von n=14.

4.2.3. Schlussfolgerung und Ausblick

Es könnte ein überarbeiteter Fragebogen für die Befragung einer größeren Stichprobe aus den Ergebnissen der quantitativen Machbarkeitsstudie erstellt werden. Der Fokus wurde nunmehr besonders auf die Einstellung der Hausärzte zu Screeningtestverfahren gesetzt. Die Tendenz zum Zusammenhang des Antwortverhaltens vom Alter sollte in den nachfolgenden Untersuchungen verifiziert werden. Ebenso sollte die in dieser Studie nicht nachgewiesene Abhängigkeit der Beantwortung von Geschlecht und sozialer Erwünschtheit tiefergehend überprüft werden.

4.3. Quantitative Studie

4.3.1. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie wurden anhand eines Fragebogens, der aus der qualitativen Studie resultiert, Vorgehen bei der Demenzdiagnostik und Einstellung zu diesem Thema bei Hausärzten in Sachsen-Anhalt erhoben. Besonderer Fokus lag auf der Einstellung zu Screeningfragebögen.

Insgesamt wurden von 500 versendeten 126 Fragebögen beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 25,2% ohne Reminder. Das Durchschnittsalter der antwortenden Hausärzte lag bei 53,45 Jahren bei einem Anteil von weiblichen Hausärzten von 64%.

Bei der Frage nach durchgeführten Screeningtestverfahren im Fragenblock 2 fanden sich im Freitextfeld hierzu eine Vielzahl an Antworten: Demtect, MMSE, Uhrentest, Einkaufstest, Zahlen, Basisassessment, Geriatisches Basisassessment, Time up and go, Brain check, Up and go, Angehörige, Wortmerkfähigkeit, Barthel-Index, TFDD, Geldzähltest. Nicht alle dieser genannten Antworten sind Tests zur Erkennung von Hirnleistungsstörungen.

Es finden sich auch Instrumente des geriatrischen Basisassessments zur Ermittlung des Sturzrisikos und der Pflegebedürftigkeit. In der Literatur finden sich dieselben Screeningtests zur Erfassung von Hirnleistungsstörungen durch den Hausarzt, wie von den Hausärzten in der eigenen Studie benannt [26, 25, 27]. Teilweise übersteigen die genannten Tests das Hausarztniveau und spiegeln die Diagnostik auf Facharzzebene wieder. Hier bleibt zu hinterfragen, ob die genannten Tests wirklich durch die Hausärzte durchgeführt werden oder nur benannt wurden, weil Kenntnis darüber vorlag. Schon in der Beantwortung der offenen Frage 7 zu Verbesserungsvorschlägen, können verschiedene Einstellungen zur Demenzdiagnostik abgelesen werden. Wie auch in der Literatur zu finden, besteht der Wunsch nach mehr Zeit und einer besseren Vergütung [41]. Als Hinweis für Unkenntnis über, beziehungsweise Unzufriedenheit mit aktuellen Leitlinien und Screeningtestverfahren ist der Wunsch nach vereinfachten Leitlinien und standardisierten Tests für die Hausarztpraxis zu sehen. Andererseits fordern die Hausärzte vermehrt fachärztliche Beihilfe, was ein Zeichen dafür sein kann, dass die Diagnostik bei Verdacht auf Demenz an den fachärztlichen Kollegen abgeschoben werden soll. Diese Einstellung findet sich in der Literatur nicht wieder. Es wird vielmehr überwiegend der hohe Stellenwert der Rolle des Hausarztes in der Demenzdiagnostik betont [5, 7]. Dass viel an Fachärzte überwiesen wird, postuliert eine Studie aus Rheinland-Pfalz von Wangler et al. [42]. Der Aspekt des therapeutischen Nihilismus spiegelt sich in der Antwort wieder, dass es keine Verbesserungsvorschläge gäbe, da keine Therapieoption bestehe. Dies wird in der Literatur auch als große Barriere bei der Demenzdiagnostik angesehen [41, 66, 32]. Neu hinsichtlich der bestehenden Literatur ist der Wunsch nach besseren Fortbildungsangeboten für das Praxispersonal.

Die Korrelationsanalyse der Einzelitems hat ergeben, dass mangelnde Compliance des Patienten, Auffälligkeiten bei Hausbesuchen und Schlafstörungen die Hausärzte am häufigsten dazu veranlassen, eine Demenzdiagnostik einzuleiten. Schlafstörungen zählen laut Literatur nicht unbedingt zu den Frühsymptomen einer Demenz, jedoch eine Zunahme an Hausbesuchen wird ergänzend zu kognitiven Einschränkungen benannt [20, 21]. Hausärzte, die sagen, dass eine gute Sprechstundenleistung weniger zu Diagnostik führe, sagen auch, dass sie insgesamt viel Diagnostik durchführen, eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen haben und sich weniger um ihre Arzt-Patienten-Beziehung sorgen. Die Barriere, dass ein kognitives Defizit bei gutem Alltagsauftreten des Patienten nicht erkannt werde, lässt sich hiermit widerlegen [20].

Bei der Frage nach dem konkreten diagnostischen Vorgehen zeigte sich, dass die Hausärzte, die angaben, dass sie insgesamt Diagnostik durchführen, auch Screeningtests durchführen, eine positive Einstellung zu diesen haben und insgesamt auch behandeln. Dies zeigt eine selbstverständliche Zugehörigkeit der Screeningtests zur Demenzdiagnostik beim Hausarzt, wie es in der Literatur auch empfohlen wird [24]. Vertiefend dazu gibt es eine positive Korrelation zwischen den Hausärzten, die sagen, dass sie Screeningtests durchführen, Leitlinien anwenden und weniger Schwierigkeiten insgesamt mit der Demenzdiagnostik haben. Leitlinien und Screeningtests scheinen den Hausärzten Sicherheit im Umgang mit dem Thema Demenz zu geben. Die Befragten, die Leitlinien befolgen, geben auch an, insgesamt Diagnostik und Screeningtests durchzuführen, eine positive Einstellung zu Screeningtests zu haben, Bildgebung zu veranlassen und insgesamt zu behandeln. Sie geben an, vor allem weniger Angst vor einer Stigmatisierung des Patienten zu haben, was in der Literatur immer wieder als großes Hindernis bei der Demenzdiagnostik angesehen wird [41, 8, 62, 34, 33, 10, 54, 32, 20, 67, 58, 63].

Schwerpunkt der Studie lag auf der Einstellung zu Screeningfragebögen. Es konnte herausgefunden werden, dass Hausärzte, die eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen haben, insgesamt Diagnostik durchführen, insgesamt behandeln und insgesamt weniger Schwierigkeiten mit der Demenzdiagnostik haben. Sodass man daraus schließen kann, dass Hausärzte, die Screeningfragebögen im Diagnostikprozess einsetzen, sich durch diese Instrumente gut gerüstet fühlen, um ihre Patienten optimal zu versorgen.

Ebenso zeigte sich bei der Frage nach der Therapie, dass Hausärzte, die frühzeitig ein Antidementivum einsetzen, öfter Diagnostik durchführen (eingeschlossen Screeningtests durchführen, Differentialdiagnosen ausschließen und Leitlinien verwenden), eine positive Einstellung zu Screeningtestverfahren haben, das Behandlungssetting ändern und insgesamt wenig Schwierigkeiten mit der Demenzdiagnostik haben. Hierzu ist anzumerken, dass in der Literatur beschrieben ist, dass insgesamt die Verordnungsrate von antidementiver Medikation in Deutschland sehr gering ist [45].

Ein weiterer Forschungspunkt war die Frage nach den Schwierigkeiten bei der Demenzdiagnostik. Hierbei lässt sich in der eigenen Studie feststellen, dass die Befragten, die angaben, oft zum Facharzt zu überweisen, vor allem Schwierigkeiten mit der Differenzierung der Demenzform haben. Das Vorgehen, dass die endgültige Differentialdiagnose beim Facharzt gestellt wird, findet sich auch in der Literatur wieder [56]. Insgesamt lässt sich auch die umgekehrte Korrelation zu den bereits genannten Zusammenhängen zeigen. Ärzte, die insgesamt weniger Schwierigkeiten bei der Demenzdiagnostik haben, haben eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen, wenden diese häufig an, klären Differentialdiagnosen ab und leiten eine Behandlung ein. Ein ähnlicher Zusammenhang ist in der Literatur mehrfach beschrieben. Hausärzte, die eine Fortbildung auf diesem

Themengebiet absolviert haben, wenden mehr leitliniengerechte Diagnostik und Therapie an, überweisen weniger zum Facharzt und haben eine vermehrte Aufmerksamkeit für Frühsymptome [15, 14].

Nun sind die bisherigen Ergebnisse doch recht positiv zu bewerten. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Hausärzte sozial erwünscht geantwortet haben. In den Korrelationsanalysen dieser Studie konnte kein spezifisches Antwortverhalten im Sinne einer sozialen Erwünschtheit nachgewiesen werden. Auch in der Literatur werden Studienergebnisse kritisch beleuchtet und vermutet, dass Studienteilnehmer sozial erwünscht antworten [11].

Ziel der Studie war ebenfalls, den Einfluss von Alter und Geschlecht auf das Antwortverhalten zu untersuchen. Hierbei zeigte sich, dass vor allem ältere Hausärzte sagen, dass ihre klinische Einschätzung ausreiche, um eine Demenz zu diagnostizieren. Dass das subjektive Empfinden eine größere Rolle als apparative Diagnostik und standardisierte Testverfahren spielt, zeigt sich auch in der Literatur [53, 55]. Jüngere Hausärzte hingegen sagen, dass sie insgesamt öfter Diagnostik durchführen und eine Behandlung einleiten. Ähnliche Einschätzungen zur Abhängigkeit vom Alter finden sich auch in der Literatur. Jüngere Ärzte glauben mehr, dass der Patient durch eine Therapie beeinflusst werden kann und ältere Ärzte glauben nicht an einen Benefit einer frühzeitigen Diagnose [46]. Auch in Abhängigkeit vom Geschlecht lassen sich Unterschiede im Antwortverhalten zeigen. Der Zusammenhang, dass Befragte, die eine positive Einstellung zu Screeningfragebögen haben auch mehr behandeln, lässt sich nur bei den weiblichen Hausärzten signifikant zeigen. Ebenso lässt sich nur für die weiblichen Hausärzte bestätigen, dass Jüngere mehr Behandlung einleiten. Dass ältere und männliche Hausärzte eine pessimistischere Einstellung zur Demenzdiagnostik haben, findet sich auch in der Literatur wieder [60]. Bei den Schwierigkeiten zeigt sich ein umgekehrter Zusammenhang. Männliche Hausärzte, die häufiger behandeln, haben auch weniger Schwierigkeiten mit

der Demenzdiagnostik. Auch bei den Barrieren lässt sich eine Abhängigkeit von Alter und Geschlecht im Antwortverhalten in der Literatur finden [20]. Bei der Frage nach Schwierigkeiten in der Demenzdiagnostik lässt sich auch das erste Mal für die männlichen Hausärzte nachweisen, dass sie sozial erwünscht geantwortet haben. Das heißt, dass die Ärzte, die sagen, sie haben wenig Schwierigkeiten, im Fragenblock 6 zur Selbsteinschätzung signifikant im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet haben.

4.3.2. Limitation der Ergebnisse

Ein problematischer Aspekt bei der Betrachtung der Ergebnisse ist die Rücklaufquote von 25,2%. Durch einen Reminder hätte die Stichprobenzahl vergrößert werden können.

Auch wenn den antwortenden Hausärzten in dieser Studie ein Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit nicht nachgewiesen werden konnte, ist dies als limitierender Faktor bei der Interpretation der Ergebnisse zu betrachten.

4.3.3. Schlussfolgerung und Ausblick

Der demografische Wandel und die daraus resultierenden Folgen für das Gesundheitssystem scheinen von den Hausärzten realisiert worden zu sein. Es zeigt sich eine positive Einstellung zur Demenzdiagnostik und Hilfen im Diagnostikprozess wie Screeningfragebögen sind bekannt, werden eingesetzt und geschätzt. Vor allem die heranwachsenden Hausärzte sind sich ihrer Rolle und Verantwortung bewusst [57]. Die Bereitschaft zur Fortbildung ist groß. Dennoch gibt es weiterhin Barrieren bei der Demenzdiagnostik, welche vor allem von außen auf die Hausärzte einwirken

(fehlende Zeit, angemessene Vergütung). Hier gilt es in Zukunft die Rahmenbedingungen für die Hausärzte zu optimieren.

4.4. Abschließende Diskussion

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt, um zu evaluieren, mit welchen Mitteln konkret der Hausarzt in Sachsen-Anhalt eine Demenz diagnostiziert. Der Schwerpunkt lag auf der Verwendung von neuropsychologischen Screeningtests. Zudem wurde untersucht, wie der Hausarzt auf Symptome einer Demenzerkrankung aufmerksam wird und welche Schwierigkeiten er mit der Diagnostik und dem Therapiemanagement hat. Dabei entscheidend war die Frage, ob der Hausarzt von dem Glauben überzeugt ist, dass sein Handeln, in diesem Fall, das Aufmerksam werden auf kognitive Defizite und die Demenzdiagnostik, Einfluss auf das Wohl des Patienten hat. Und ob er sich von dieser Einstellung bei der Diagnostik beeinflussen lässt.

Der Hausarzt wird auf eine demenzielle Erkrankung bei seinem Patienten aufmerksam, wenn Veränderungen beobachtet werden. Mangelnde Compliance des Patienten und Auffälligkeiten bei Hausbesuchen waren die Antworten im Fragebogen, die mit der Einleitung einer Demenzdiagnostik korrelierten. Kognitive Einschränkungen und vermehrte Hausbesuche finden sich auch in der Literatur in der Frühphase einer Demenzerkrankung [20, 21]. Im Gegensatz dazu lässt sich der Zusammenhang in der quantitativen Studie nachweisen, dass Ärzte, die zugeben, dass die „gute Sprechstundenleistung“ des Patienten sie zu keiner weiteren Diagnostik veranlasst, insgesamt daraus resultierend weniger Diagnostik durchführen, eine negative Einstellung zu Screeningfragebögen haben und sich weniger um die Arzt-Patienten-Beziehung sorgen. Es bleibt also die Frage, ob der Hausarzt nicht gerade durch die langjährige Behandlung eines Patienten und die meist kurze Konsultationszeit, in welcher manche kognitiven Defizite nicht auffallen, eine frühzeitige Diagnose verpasst. Hierfür gibt es in der Literatur eine Reihe an Studien, die zeigen wie viel Zeit vergeht, bis eine Diagnose gestellt wird [22, 23].

Zur Frage nach Screeningtestverfahren gab es recht kontroverse Antworten. In den Fokusgruppen spielten Screeningfragebögen eine untergeordnete Rolle, wohingegen im quantitativen Forschungsteil eine Vielzahl an verschiedenen Testverfahren benannt werden konnte, diese als positiv eingeschätzt wurden und auch angegeben wurde, diese regelmäßig zu benutzen. Dieser Unterschied liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit an den unterschiedlichen Forschungsmethoden. In den Fokusgruppen trafen sich untereinander gut bekannte Hausärzte, was eine Offenheit und Ehrlichkeit mit sich bringt. Bei der Beantwortung eines anonymen Fragebogens ist dies nicht unbedingt gegeben.

Auch bei weiteren diagnostischen Schritten gab es bei der Beantwortung der Fragebögen eine hohe Adhärenz zu bestehenden Leitlinien. Im Gegensatz dazu sagten die Teilnehmer der Fokusgruppen zum Beispiel, dass sie bis auf Einzelfälle generell keine cerebrale Bildgebung veranlassen. Diese Tendenz findet sich auch in der Literatur [36]. Die Entscheidung für oder gegen eine cerebrale Bildgebung überließen sie lieber den fachärztlichen Kollegen. Hier gingen auch die Meinungen innerhalb der zwei Fokusgruppen auseinander. Die eine Gruppe war dankbar für die Möglichkeit, dass der Facharzt Differentialdiagnosen abkläre. Die andere Gruppe sieht sich als alleinigen Experten auf diesem Gebiet, weil er als Hausarzt den Patienten am besten kenne.

Bei der Frage nach der Behandlung lassen sich zwischen qualitativer und quantitativer Studie ähnliche Ergebnisse bezüglich der Änderung des Behandlungssettings finden. Es ist für die Hausärzte wichtig, dass der Patient und sein Umfeld intensiver betreut werden. Dieser Aspekt zeigt auch die Literatur [68, 5]. Zur medikamentösen Behandlung gibt es widersprüchliche Aussagen zwischen den Teilnehmern der Fokusgruppen und der Fragebogenstudie. Die befragten Hausärzte in der qualitativen Studie verweisen auch hier wieder auf den Facharzt und zweifeln einen

Nutzen der teuren Medikamente an. Dies ist auch in der Literatur als große Barriere bei der Diagnostik beschrieben. Es stellt sich die Frage des therapeutischen Nihilismus: Warum soll ich diagnostizieren, wenn es keine nachgewiesene Behandlung gibt [41, 32, 33]? In der Fragebogenstudie jedoch geht die Angabe, ein Antidementivum frühzeitig zu verordnen, mit den Aussagen einher, dass insgesamt Diagnostik (inklusive Leitliniennutzung, Anwendung von Screeningfragebögen und Abklärung von Differentialdiagnosen) gemacht werde, eine positive Einstellung gegenüber Screeningtestverfahren bestehe und insgesamt wenig Schwierigkeiten bei der Demenzdiagnostik beständen. Auch hier ist die Kontroversität wahrscheinlich mit den unterschiedlichen Forschungsmethoden zu erklären.

In der qualitativen Studie konnten verschiedene Punkte bei der Frage nach Schwierigkeiten bei der Demenzdiagnostik erhoben werden. Zeit, Arbeitsbelastung und Vergütung waren, wie auch in der Literatur am meisten genannt wurden [41]. Des Weiteren die Resignation bei fehlenden kurativen Behandlungsmöglichkeiten, das Anspruchsdenken der Patienten bzw. der Angehörigen und die persönliche Motivation des Hausarztes. Diese Items wurden in der Fragebogenstudie ebenfalls abgefragt und konnten auch in der offenen Frage 7 nach Verbesserungsvorschlägen vielfach gefunden werden. In einer Fragebogenstudie, welche in Nepal erhoben wurde, fanden sich als Hauptbarrieren bei der Demenzdiagnostik die Problematik der Diagnosemitteilung und der damit verbundenen Stigmatisierung des Patienten. Die am häufigsten in der eigenen Studie genannten Faktoren Zeit und Vergütung spielten hier eine untergeordnete Rolle [69].

Ein weiterer in der eigenen Studie nachgewiesener Zusammenhang besteht zwischen der Aussage, dass öfter zum Facharzt überwiesen werde, und der Angabe, Schwierigkeiten mit der Differenzierung der Demenzform zu haben. Eine solche Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, der auf Symptome einer Demenz aufmerksam wird und Facharzt, der dann die korrekte

Differenzierung der Demenzform vornimmt, ist auch in der Literatur als zielführend erwähnt und die Patienten und ihre Angehörigen sind zufrieden mit der Zusammenarbeit [70]. Im Gegensatz dazu zeigte sich der Zusammenhang, dass die Hausärzte, die sagten, wenig Schwierigkeiten mit der Demenzdiagnostik zu haben, auch sagten, Screeningtests anzuwenden, eine positive Einstellung bezüglich Screeningtestverfahren haben, Differentialdiagnosen abklären und eine Behandlung einleiten. Hier zeigt sich, dass die Hausärzte, die sich sicher bei der Diagnostik fühlen, die vorhandenen Mittel für die Diagnostik schätzen und anwenden und auch leitliniengerecht therapieren. In der Literatur ist dies auch als Effekt nach dem Besuch von Fortbildungen zum Thema Demenzdiagnostik beschrieben worden [71, 12–15]. Ein anderer Aspekt wurde in einer australischen Studie bezüglich der Auswirkungen von Fortbildungen zur Demenzdiagnostik beschrieben. Es konnte dort kein signifikanter Effekt auf die Lebensqualität der Patienten festgestellt werden. Die Bewertung durch die Hausärzte von Symptomen und die Kommunikationszufriedenheit konnten aber verbessert werden. [72]

Wie schon mehrfach angesprochen, besteht der Verdacht, dass die Teilnehmer der Fragebogenstudie im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet haben. Dies konnte in den eigenen Untersuchungen nicht nachgewiesen werden.

In der Literatur ist eine Abhängigkeit der Einstellung zur Demenzdiagnostik von Alter und Geschlecht beschrieben. In der eigenen Studie konnten solche Zusammenhänge ebenfalls nachgewiesen werden. Ältere Hausärzte gaben häufiger an, dass ihre klinische Einschätzung zum Stellen der Diagnose ausreiche. Jüngere Hausärzte hingegen führen mehr Diagnostik durch und leiten eine Behandlung ein. Dass jüngere Hausärzte mehr glauben, dass der Patient von einer Therapie profitiert, konnte auch in anderen Studien nachgewiesen werden [46].

Bei der für beide Geschlechter einzeln betrachteten Analyse der Ergebnisse konnte gezeigt werden, dass die Hausärzte, die eine positive Einstellung zu Screeningtestverfahren haben, auch sagen, dass sie mehr behandeln, nur für die weiblichen Befragten zutrifft. Ebenfalls nur für die Hausärztinnen nachweisbar war der Zusammenhang, dass diejenigen, die angaben, häufig Diagnostik durchzuführen, auch mehr behandeln. Dies stimmt mit der Angabe aus der Literatur überein, dass männliche Hausärzte pessimistischer dem Thema gegenüber eingestellt sind [47, 60]. Für die männlichen Hausärzte zeigte sich, dass jene, welche angaben, wenig Schwierigkeiten mit der Demenzdiagnostik zu haben, eher sozial erwünscht geantwortet haben.

Eine Frage, die in der Fragebogenstudie nicht explizit gestellt wurde, war die Frage nach einem generellen Screening auf Demenz in der Hausarztpraxis. Hier gehen die ablehnenden Aussagen der Fokusgruppenstudienteilnehmer mit den Aussagen aus der Literatur konfirm [23, 31, 32, 10, 34, 8, 73].

Gesundheitspolitisch haben sich in der Zwischenzeit einige Veränderungen ergeben. So fand man 2009 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch eine Position für das Hausärztlich-geriatrische Basisassessment, welches mit 12,95€ vergütet wurde. Obligater Leistungsinhalt war neben einer Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen und der Beurteilung der Sturzgefahr auch die Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren. Zusätzlich gab es eine weitere Abrechnungsziffer allein für Testverfahren bei Demenzverdacht (1,93€) {Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009 #64}. Hier kann man den Wunsch nach angemessener Vergütung der Teilnehmer der eigenen Studie gut nachvollziehen. Nach Einführung eines neuen EBM-Kataloges im 4. Quartal 2013 erfolgte bei der Hausärztlich geriatrischen Versorgung die Trennung in den Hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex (15,90€) und das

Hausärztlich-geriatrische Basisassessment (12,20€), wobei hier die Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren nur noch fakultativ ist [74]. Es ist fraglich, ob dies ein Rückschritt für die Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis ist. Andererseits wird der Meinung, dass ein generelles Screening auf Demenz nicht sinnvoll erscheint, Rechnung getragen.

Seit 1. Juli 2016 gibt es erneut neue Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik, in welchen es vor allem zur Vergütung von erhöhtem Zeitaufwand kommt und die Schnittstellen zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung geregelt sind [75]. Es zeigt sich also der Trend, dass gesundheitspolitisch das Problem Demenzdiagnostik ernst genommen wird und Anpassungen an die Bedürfnisse der Hausärzte getätigt werden. Weltweit geht die Diagnostik und vor allem auch die Therapie in eine Interprofessionelle Versorgung über. Längst ist nicht mehr der Hausarzt allein verantwortlich. Studien aus Deutschland, den USA, Großbritannien und den Niederlanden zeigen, dass es auf eine Zusammenarbeit von Hausärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern ankommt [76].

Auch eine Arbeit aus Kanada berichtet von der erfolgreichen Arbeit von geriatrischen Assessment Teams [77].

Den Hausarzt als Alleinkämpfer gibt es nur noch in den seltensten Fällen. Praxisgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren sind die Zukunft. Hervorzuheben ist dabei besonders die stärkere Einbindung der Medizinischen Fachangestellten in den Diagnoseprozess. Leistungen wie das Durchführen von Screeningtests kann an diese durch die Hausärzte delegiert werden. In der Literatur wird beschrieben, dass dies sowohl von den Hausärzten als auch von den Patienten als Bereicherung in der Versorgung angesehen wird. [78, 79]

Abschließend lässt sich sagen, dass sich die Hausärzte in Sachsen-Anhalt mit dem Thema Demenz beschäftigen. Der Wunsch nach Fortbildung ist vorhanden. Derzeit gibt es jedoch noch große Barrieren, die eine optimale Versorgung des Patienten mit Verdacht auf Demenz verhindern. Es vollziehen sich sowohl in der Einstellung der Ärzteschaft, den Versorgungsstrukturen in den Hausarztpraxen, als auch in den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen Veränderungen, um dies zu ändern. Hier werden auch in Zukunft weitere Forschungen erforderlich sein, vor allem mit dem Ziel, die angehenden Ärzte zu motivieren, die nötigen Kenntnisse hierfür zu erlernen und ihnen eine dem Wohl des Patienten entsprechende Arbeitsweise zu ermöglichen.

5. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Gesellschaft wird immer älter und die Anzahl an Demenzerkrankungen nimmt zu. In der Literatur wird beschrieben, dass der Hausarzt der erste Ansprechpartner für Betroffene sei. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu evaluieren, wie Hausärzte in Sachsen-Anhalt eine Demenz erkennen, diese diagnostizieren und welche Einstellungen und Schwierigkeiten sie dabei haben.

Methodik: Im qualitativen Teil erfolgten 2 Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 22 Hausärzten. Im anschließenden quantitativen Teil wurde ein Fragebogen, der aus den Ergebnissen der qualitativen Studie entstand, an 500 Hausärzte aus Sachsen-Anhalt durch ein zusätzliches Anschreiben mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt versendet. Dabei wurde die soziale Erwünschtheit mit einer modifizierten Fassung der Marlow-Crowne-Scale untersucht.

Ergebnisse: Es konnten 126 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden (Rücklaufquote 25,2%). Das Durchschnittsalter der Hausärzte lag bei 53,45 Jahren und 64 % waren weiblich. Das Abweichen von Verhaltensroutinen, welches durch mangelnde Compliance des Patienten und durch Auffälligkeiten bei Hausbesuchen deutlich wird, veranlasst den Hausarzt zu einer Demenzdiagnostik. Screeningtestverfahren spielten vor allem in der quantitativen Studie eine Rolle. Auch weitere leitliniengerechte diagnostische Schritte wie Abklärung von Differentialdiagnosen und cerebrale Bildgebung wurden angegeben. Bei der Einleitung einer Behandlung steht vor allem die Änderung des Behandlungssettings im Vordergrund. Die Verordnung einer antidementiven Medikation wird häufig dem Facharztkollegen überlassen. Als Schwierigkeiten wurden vor allem

mangelnde Zeit, unzureichende Vergütung und der therapeutische Nihilismus genannt. Ein Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit konnte nicht nachgewiesen werden. Jüngere Hausärzte führen mehr Diagnostik selbst durch und leiten eine Behandlung ein.

Schlussfolgerung: Vergleichbar mit internationalen Studien setzen sich die Hausärzte in Sachsen-Anhalt mit dem Thema Demenz auseinander. Die positive Einstellung, mit diagnostischen Maßnahmen etwas für den Patienten zu leisten, ist eng an die konkrete Vorgehensweise geknüpft. Derzeit gibt es noch große Barrieren, die eine optimale Versorgung des Patienten mit Verdacht auf Demenz verhindern. Aktuell vollziehen sich sowohl in der Einstellung der Ärzteschaft und den Versorgungsstrukturen, als auch in den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen Veränderungen, sodass hier auch in Zukunft weitere Forschungen erforderlich sein werden, vor allem mit dem Ziel, angehenden Ärzten eine dem Wohl des Patienten entsprechende Arbeitsweise zu ermöglichen.

6. Literaturverzeichnis

1. World Health Organization. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders.
https://www.who.int/mental_health/evidence/guidelines_physical_health_and_severe_mental_disorders/en/
2. Bickel H. Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Z Gerontol Geriat* 2001; 34: 108–115
3. Bickel, H. Das Wichtigste 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen.
<https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html>
4. Thyrian JR. Menschen mit Demenz in der primärärztlichen Versorgung : Prävalenz, Inzidenz, Risikofaktoren und Interventionen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2017; 50: 32–38
5. Lauterberg J, Großfeld-Schmitz M, Ruckdäschel S, et al. Projekt IDA – Konzept und Umsetzung einer cluster-randomisierten Studie zur Demenzversorgung im hausärztlichen Bereich. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care* 2007; 101: 21–26
6. Olafsdóttir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping study. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2000; 11: 223–229
7. Luck T, Lupp M, Sieber J, et al. Attitudes of the German general population toward early diagnosis of dementia--results of a representative telephone survey. *PloS one* 2012; 7: e50792
8. Iliffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. *Family practice* 2003; 20: 376–381
9. Weyerer S, Schäufele M. Die Versorgung dementer Patienten in Deutschland aus epidemiologischer Sicht. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2004; 17: 41–50
10. Melchinger H, Machleidt W. Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? *Z Allg Med* 2005; 81: 191–196
11. Kaduszkiewicz H, Wiese B, van den Bussche H. Kompetenz, Grundeinstellung und professionelles Handlungskonzept von Hausärzten und Spezialisten in der Versorgung Demenzkranker. *Nervenheilkunde* 2007; 26: 670–678
12. Downs M, Turner S, Bryans M, et al. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ (Clinical research ed.)* 2006; 332: 692–696

13. Vollmar HC, Gräbel E, Lauterberg J, et al. Multimodale Schulung von Hausärzten – Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care 2007; 101: 27–34
14. Kaduszkiewicz H, Röntgen I, Mossakowski K, van den Bussche H. Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz: Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2009; 42: 155–162
15. Laux N, Melchinger H, Scheurich A, et al. Verbesserte ambulante Demenzversorgung. Das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Modellprojekt "start-modern". Deutsche medizinische Wochenschrift 2010; 135: 2175–2180
16. Mukadam N, Cooper C, Kherani N, Livingston G. A systematic review of interventions to detect dementia or cognitive impairment. International journal of geriatric psychiatry 2015; 30: 32–45
17. Fox M, Fox C, Cruickshank W, Penhale B, Poland F, Steel N. Understanding the dementia diagnosis gap in Norfolk and Suffolk: a survey of general practitioners. Quality in primary care 2014; 22: 101–107
18. Donegan K, Fox N, Black N, Livingston G, Banerjee S, Burns A. Trends in diagnosis and treatment for people with dementia in the UK from 2005 to 2015: a longitudinal retrospective cohort study. The Lancet Public Health 2017; 2: e149-e156
19. Schütze H, Shell A, Brodaty H. Development, implementation and evaluation of Australia's first national continuing medical education program for the timely diagnosis and management of dementia in general practice. BMC medical education 2018; 18: 194
20. Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, Lawlor B. Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. International journal of geriatric psychiatry 2006; 21: 319–324
21. Ramakers IHGB, Visser PJ, Aalten P, et al. Symptoms of preclinical dementia in general practice up to five years before dementia diagnosis. Dementia and geriatric cognitive disorders 2007; 24: 300–306
22. Speechly CM, Bridges-Webb C, Passmore E. The pathway to dementia diagnosis. The Medical journal of Australia 2008; 189: 487–489
23. Vries K de, Brooker DJ, Smith P. Dementia skills and competencies for primary care liaison: a model for improving identification and timely diagnosis. Primary health care research & development 2013; 14: 240–249
24. Müller U, Wolf H, Kiefer M, Gertz H-J. Nationale und internationale Demenz-Leitlinien im Vergleich. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2003; 71: 285–295

25. Damian M, Kreis M, Krumm B, Hentschel F. Optimierte neuropsychologische Verfahren für unterschiedliche Ebenen der Demenzdiagnostik. *Psychiatrische Praxis* 2004; 31: 352–359
26. Stoppe G. Ambulante Versorgung von Demenzkranken. *psychoneuro* 2004; 30
27. Menon R, Larner AJ. Use of cognitive screening instruments in primary care: the impact of national dementia directives (NICE/SCIE, National Dementia Strategy). *Family practice* 2011; 28: 272–276
28. Milne AJ, Hamilton-West K, Hatzidimitriadou E. GP attitudes to early diagnosis of dementia: evidence of improvement. *Aging & mental health* 2005; 9: 449–455
29. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. *International psychogeriatrics* 2008; 20: 911–926
30. Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, et al. Rates of formal diagnosis of dementia in primary care: The effect of screening. *Alzheimer's & dementia (Amsterdam, Netherlands)* 2015; 1: 87–93
31. Spiegel W. Should family physicians screen for cognitive impairment and/or dementia. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2007; 15: 726-7; author reply 727
32. dem Kneesebeck O von, Döhner H, Kaduszkiewicz H, van den Bussche H, Renteln Kruse W von. Forschung zur Versorgung im höheren Lebensalter. Prävention, Case Management und Versorgung von Demenz. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2006; 49: 167–174
33. Melchinger H, Machleidt W. Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. *Nervenheilkunde* 2005; 24: 493–498
34. Kaduszkiewicz H. Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz. *psychoneuro* 2003; 29: 275–281
35. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Archives of internal medicine* 2000; 160: 2964–2968
36. Ciblis AS, Butler M-L, Quinn C, et al. Current Practice in the Referral of Individuals with Suspected Dementia for Neuroimaging by General Practitioners in Ireland and Wales. *PloS one* 2016; 11: e0151793
37. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS–ADRDA criteria. *The Lancet Neurology* 2007; 6: 734–746
38. Phillips J, Pond CD, Paterson NE, et al. Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: a qualitative study in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2012; 62: e546-53

39. Dhedhi SA, Swinglehurst D, Russell J. 'Timely' diagnosis of dementia: what does it mean? A narrative analysis of GPs' accounts. *BMJ open* 2014; 4: e004439
40. Buntinx F, Lepeleire J de, Paquay L, Iliffe S, Schoenmakers B. Diagnosing dementia: no easy job. *BMC family practice* 2011; 12: 60
41. Koch T, Iliffe S. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC family practice* 2010; 11: 52
42. Wangler J, Fellgiebel A, Jansky M. Hausärztliche Demenzdiagnostik – Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen von Hausärzten in Rheinland-Pfalz. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 2018; 143: e165-e171
43. Turner S, Iliffe S, Downs M, Bryans M, Wilcock J, Austin T. Decision support software for dementia diagnosis and management in primary care: relevance and potential. *Aging & mental health* 2003; 7: 28–33
44. Pentzek M, Wollny A, Wiese B, et al. Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2009; 17: 965–975
45. Bohlken J, Schulz M, Rapp MA, Bätzing-Feigenbaum J. Pharmacotherapy of dementia in Germany: Results from a nationwide claims database. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2015; 25: 2333–2338
46. Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, Gracie A. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2010; 60: e360-5
47. Pentzek M, Abholz H-H, Ostapczuk M, Altiner A, Wollny A, Fuchs A. Dementia knowledge among general practitioners: first results and psychometric properties of a new instrument. *International psychogeriatrics* 2009; 21: 1105–1115
48. Glaser BG, Strauss AL, Paul AT. *Grounded theory*. Bern: Huber, 2008
49. Bohnsack R. *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. Opladen, Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich, 2011
50. Flick U. *Qualitative Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag, August 2017
51. Stöber J. Die Soziale-Erwünschtheits-Skala-17 (SES-17): Entwicklung und erste Befunde zu Reliabilität und Validität. *Diagnostica* 1999; 45: 173–177
52. Lück HE, Timaeus E. Scales for the measurement of manifest anxiety (MAS) and social desirability (SDS-E and SDS-CM). *Diagnostica* 1969; 15: 131–141

53. Pond CD, Mate KE, Phillips J, et al. Predictors of agreement between general practitioner detection of dementia and the revised Cambridge Cognitive Assessment (CAMCOG-R). *International psychogeriatrics* 2013; 25: 1639–1647
54. Pentzek M, Fuchs A, Abholz HH. Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. *Nervenheilkunde* 2005; 24: 499–506
55. Riedel-Heller SG, Schork A, Fromm N, Angermeyer MC. Demenzkranke in der Hausarztpraxis - Ergebnisse einer Befragung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2000; 33: 300–306
56. Russ TC, Calvert L, Morling JR. Attitudes to shared care for patients with dementia: a survey of general practitioners. *Dementia (London, England)* 2013; 12: 606–618
57. Tang EYH, Birdi R, Robinson L. Attitudes to diagnosis and management in dementia care: views of future general practitioners. *International psychogeriatrics* 2018; 30: 425–430
58. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer disease and associated disorders* 2009; 23: 306–314
59. Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW, et al. Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *Journal of general internal medicine* 2005; 20: 572–577
60. Turner S, Iliffe S, Downs M, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and ageing* 2004; 33: 461–467
61. van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient education and counseling* 2000; 39: 219–225
62. Iliffe S, Lepeleire J de, van Hout H, et al. Understanding obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: A modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups. *Aging & mental health* 2005; 9: 1–6
63. Moore V, Cahill S. Diagnosis and disclosure of dementia--a comparative qualitative study of Irish and Swedish General Practitioners. *Aging & mental health* 2013; 17: 77–84
64. Perneczky R, Wolf S, Reischies F, Kühl KP, Kurz A. Ein umfassendes Inventar für die Diagnostik und Verlaufsdokumentation von Demenzerkrankungen. *Nervenheilkunde* 2005; 24: 471–475
65. Kaduszkiewicz H, Wiese B, van den Bussche H. Die Versorgung Demenzkranker aus Sicht niedergelassener Haus- und Gebietsärzte – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care* 2007; 101: 15–20

66. Millard F, Baune B. Dementia - who cares?: a comparison of community needs and primary care services. *Australian family physician* 2009; 38: 642–649
67. Cahill S, Clark M, O'Connell H, Lawlor B, Coen RF, Walsh C. The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland. *International journal of geriatric psychiatry* 2008; 23: 663–669
68. Workman B, Dickson F, Green S. Early dementia--optimal management in general practice. *Australian family physician* 2010; 39: 722–726
69. Pathak KP, Montgomery A. General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging & mental health* 2015; 19: 912–920
70. Dodd E, Cheston R, Fear T, et al. An evaluation of primary care led dementia diagnostic services in Bristol. *BMC health services research* 2014; 14: 592
71. Mukadam N, Livingston G, Rantell K, Rickman S. Diagnostic rates and treatment of dementia before and after launch of a national dementia policy: an observational study using English national databases. *BMJ open* 2014; 4: e004119
72. Pond D, Mate K, Stocks N, et al. Effectiveness of a peer-mediated educational intervention in improving general practitioner diagnostic assessment and management of dementia: a cluster randomised controlled trial. *BMJ open* 2018; 8: e021125
73. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The Detection of Dementia in the Primary Care Setting. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2964
74. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj_r_e2yyprgAhUH1eAKHU6UDvIQFjAAegQIChAC&url=https%3A%2F%2Fwww.kvsa.de%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2FPDF%2FPublikationen%2FPRO_Magazine%2FPRO_2013%2FPRO_12-2013.pdf&usg=AOvVaw1scy13xeEzGK2m8wMtQknJ
75. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt. Bewertung der neuen GOP. https://www.kvsa.de/fileadmin/user...2016/PRO_06-2016_final_10_06_2016.pdf
76. Dreier-Wolfgramm A, Michalowsky B, Austrom MG, et al. Versorgungsmanagement bei Demenz in der Primärversorgung : Aktuelle kooperative Versorgungsmodelle und der Vorteil von interprofessionellem Lernen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2017; 50: 68–77
77. Parmar J, Dobbs B, McKay R, et al. Diagnosis and management of dementia in primary care: exploratory study. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2014; 60: 457–465
78. Mergenthal K, GÜthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-

- Befragung in der HzV in Baden-Württemberg. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2018; 80: 1077–1083
79. Schüler G. Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen (Projekt im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer). Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2013; 75: 503–509

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign	16
Abbildung 2: Auswertung der Fokusgruppe I: Zusammenfassung.....	24
Abbildung 3: Auswertung der Fokusgruppe II: Zusammenfassung	24
Abbildung 4: Quantitative Studie, Altersverteilung der befragten Hausärzte	511
Abbildung 5: Quantitative Studie, Verteilung des Zeitpunktes der Niederlassung .	522
Abbildung 6: Quantitative Studie, Größe des Standortes der Praxis	522
Abbildung 7: Auswertung der Fokusgruppe I: Elemente des diagnostischen Vorgehens	1600
Abbildung 8: Auswertung der Fokusgruppe I: Demenzpatienten in der Hausarztpraxis.....	1600
Abbildung 9: Auswertung der Fokusgruppe II: Elemente des diagnostischen Vorgehens	1611
Abbildung 10: Auswertung der Fokusgruppe II: Demenzpatienten in der Hausarztpraxis.....	1611

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitative Studie, Operationales Modell	44
Tabelle 2: Quantitative Machbarkeitsstudie, Soziodemografische Daten, n=14	45
Tabelle 3: Quantitative Machbarkeitsstudie, Ergebnisse der Einzelitems	488
Tabelle 4: Quantitative Machbarkeitsstudie, Ergebnisse der offenen Fragen zur Diagnostik	49
Tabelle 5: Quantitative Machbarkeitsstudie, Abhängigkeit vom Alter	500
Tabelle 6: Quantitative Studie, Soziodemografische Daten, n=126	533
Tabelle 7: Quantitative Studie, Ergebnisse der Einzelitems	577
Tabelle 8: quantitative Studie, Ergebnisse der offenen Fragen zur Diagnostik	588
Tabelle 9 Quantitative Studie, Bildung neuer Variablen	611
Tabelle 10: Quantitative Studie, Erkennen einer Demenz	622
Tabelle 11: Quantitative Studie, Diagnostik bei Demenzverdacht	633
Tabelle 12: Quantitative Studie, Einstellung zu Screeningfragebögen	666
Tabelle 13: Quantitative Studie, Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung	688
Tabelle 14: Quantitative Studie, Abhängigkeit vom Alter	700
Tabelle 15: Quantitative Studie, Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung in Abhängigkeit vom Geschlecht	711
Tabelle 16: Quantitative Studie, Gute Sprechstundenleistung	1722
Tabelle 17: Quantitative Studie, Screeningtest bei Demenzverdacht	1733
Tabelle 18: Quantitative Studie, Bildgebung	1744
Tabelle 19: Quantitative Studie, Leitlinien	1755
Tabelle 20: Quantitative Studie, Klinische Einschätzung ausreichend	176
Tabelle 21: Quantitative Studie, Änderung Behandlungssetting	1766
Tabelle 22: Quantitative Studie, Antidementivum	1777
Tabelle 23: Quantitative Studie, Fachärzte	178
Tabelle 24: Quantitative Studie, Soziale Erwünschtheit	1788
Tabelle 25: Quantitative Studie, Diagnostik in Abhängigkeit vom Geschlecht	179
Tabelle 26: Quantitative Studie, Einstellung zu Screeningfragebögen in Abhängigkeit vom Geschlecht	17979
Tabelle 27: Quantitative Studie, Behandlung in Abhängigkeit vom Geschlecht	180

9. Publikationen

Fankhänel T, Lenz J, Papert S, Voigt K, Klement A: Screening und Brief Intervention in der Hausarztpraxis: Barrieren gegen eine Frühintervention bei Patienten mit Alkoholmissbrauch. Screening and Brief intervention in Primary Care: Barriers Against an Early Intervention for Patients with Alcohol Misuse. Psychother Psych Med 64:1-5 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York 2014

Heusinger von Waldegg, G; Papert, S; Lichte, T: Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis. 22. Deutscher Geriatriekongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V. Leben ist Bewegen. Bad Bramstedt 22.-24. September 2011

Heusinger von Waldegg, G; Papert, S, Grundke, S; Fankhaenel, T; Lichte, T: Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis. Posterpräsentation. DGG Kongress 2012 Bonn

10. Danksagung

Als erstes möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. em. Dr. med. Thomas Lichte und meinem Betreuer Herrn Dr. med. Gernot Heusinger von Waldegg danken, dass ich am Institut für Allgemeinmedizin promovieren durfte. Sowohl bei der Themenwahl, in großen Anteilen der Literaturrecherche, bei der Studiendurchführung und beim Abschluss der vorliegenden Arbeit waren sie mir eine große Stütze.

Ein besonderer Dank gilt Frau Dr. phil. Katrin Werwick und Frau Prof. Dr. Susanne Grundke, welche mich insbesondere bei der qualitativen Studie fachlich unterstützt und beraten haben.

Bei Herrn Prof. Dr. Thomas Fankhänel möchte ich mich für die Unterstützung bei der Fragebogenentwicklung bedanken.

Für die Unterstützung bei den statistischen Berechnungen danke ich Herrn Dipl.-Biol. Kai Antweiler vom Institut für Biometrie und Medizinische Informatik der Otto-von Guericke-Universität Magdeburg.

Ich möchte mich bei meinen Eltern und meinem Ehemann von ganzem Herzen bedanken, dass sie mich während den langen und immer wieder intensiven Arbeiten an dieser Promotion unterstützt haben und nie aufgehört haben, an mich zu glauben.

Ebenfalls gilt mein Dank meinen Studienkollegen und Freunden Jennifer Mosebach, Kristina Kahlo und Tilmann Dreßel, welche mir mit gutem Beispiel mit ihren Promotionsarbeiten voran gegangen sind und mich immer wieder motiviert haben, die Arbeit fortzuführen.

Als Letztes möchte ich mich recht herzlich bei allen Interviewteilnehmern und Fragebogenbeantwortern bedanken, ohne die es die vorliegende Arbeit nicht gäbe.

11. Erklärungen

Ich, Stephanie Kell, erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen der Demenzdiagnostik - Eine quantitative und qualitative Analyse in Sachsen-Anhalt“ aus dem Institut für Allgemeinmedizin ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden. Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den

Unterschrift

12. Curriculum Vitae

Persönliche Angaben:

Stephanie Kell, geb. Papert

Geb. am 29.07.1985 in Dessau

Verheiratet, 1 Kind Simon Balthasar (*27.01.2017)

Schulbildung:

1992-1996 Grundschule an der Rossel (Roßlau)

1996-2005 Liborius-Gymnasium, Dessau

Hochschulausbildung

2005-2011 Studium der Humanmedizin an der Otto von Guericke
Universität Magdeburg

Praktisches Jahr: Allgemeinmedizin Dipl.-Med. K. Becker, Sülzetal
Innere Medizin, Pfeiffersche Stiftungen, Magdeburg
Chirurgie, Helios Klinikum, Erfurt

2008-2010 Studentische Hilfskraft am Institut für Allgemeinmedizin
der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Arbeitsstätten:

01/2012-09/2012 Innere Medizin, Pfeiffersche Stiftungen, Magdeburg

10/2012-09/2014 Innere Medizin, Katholisches Krankenhaus, Erfurt

11/2014-04/2015 Pädiatrie, Gemeinschaftspraxis Kriechling/Feilmeier-
Schuh, Erfurt

05/2015-10/2015 Dermatologie und Allergologie, Praxis König, Erfurt

01/2016 bis heute Allgemeinmedizin, Dr. med. Kielstein Ambulante
Medizinische Versorgung GmbH, Erfurt

13. Anhang

13.1. Interviewleitfaden

Einleitungsfrage/Vorstellungsrunde:

Niedergelassen seit wann?

Wo studiert? Wann Abschluss?

Fachspezialisierung

Praxis Stadt/ Land

Alter

Hauptinterview:

1. Eingangsfrage: Beschreiben Sie bitte Ihr Patientenkontext hinsichtlich des Alters. Wie hoch ist der Anteil Älterer in Ihrer Praxis? Gab es da in den letzten Jahren Veränderungen?
2. Mit welchen Beschwerden kommen ältere Patienten in Ihre Praxis? Was sind häufige Krankheitsbilder im Alter?
3. Welche Auffälligkeiten bei Ihren Patienten lassen bei Ihnen den Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung aufkommen? Wer weist auf diese Symptome hin? Wie häufig passiert Ihnen das in Ihrer Praxis?
4. Welche diagnostischen Möglichkeiten kennen Sie bzw. haben Sie zur Abklärung in Ihrer Praxis?

Event. Nachfragen:

- Screeningmethoden
- Labor und DD
- Neuropsychologische Testverfahren
- Bildgebung
- Rolle der Angehörigen
- Überweisungsverhalten
- Werden Aufgaben delegiert an Praxismitarbeiter?

5. Beschreiben Sie bitte ganz konkret Ihr persönliches Vorgehen bei dem Verdacht auf eine Demenz bei einem Ihrer Patienten! (z.B. Letzter Fall in der Praxis)

6. Welche Rolle spielen Leitlinien und Fortbildungen zur Demenzdiagnostik für Sie? Wie sieht der Bedarf aus oder wie nutzen Sie solche Angebote?

7. Welche Faktoren/ Umstände hindern Sie event. an einer leitliniengerechten Diagnostik bzw. schränken Sie in Ihrem Handeln ein?

8. Was halten Sie von einem generellen Screening auf Demenz in der hausärztlichen Praxis?

9. Provokative Fragen zum Schluss:

Wem teilen Sie die Diagnose zuerst mit, der Patientin selbst oder der Tochter?

Wie fühlen Sie sich bei der Diagnosemitteilung?

Ändert sich Ihr Verhalten dem Patienten gegenüber, wenn die Diagnose Demenz steht?

13.2. Transkription Fokusgruppe 1

Gesprächsprotokoll:

Interviewort: Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen, Magdeburg

Datum: 28.04.2010

Dauer: 1h, 6 min

Durchführung: Stephanie Papert

Anzahl der Teilnehmer: Hausärzte, eine Sozialwissenschaftlerin,
2 Interviewer, ein Beobachter

Geschlecht der Hausärzte: 3 Frauen, 2 Männer

Fachspezialisierungen der Hausärzte: Fachärzte für Allgemeinmedizin,
ein Facharzt für Allgemeinmedizin
und Sportmedizin

Standorte der Praxen: 5 Praxen in Magdeburg

Interviewsituation: Angenehme und ruhige Situation, Hausärzte
untereinander bekannt, wenig Erfahrung mit
Interviewsituation sowohl bei Interviewer als auch bei
den Hausärzten, deswegen am Anfang etwas
angespannt

Die verwendeten Transkriptionszeichen:

(.) kurzes Absetzen

(..) mittlere pause von 2 Sekunden

// Konstruktionsabbruch

[...] unverständlicher Ausdruck

= umgangssprachlich zusammengesetzte Wortkonstruktion

- I1: Gut, dann würd ich Sie am Anfang einfach mal bitten, dass Sie mir son bisschen Ihr Patientenklintel hinsichtlich des Alters beschreiben. (.) Und ob das schon immer so war oder sich in den letzten Jahren geändert hat? Einfach mal so frei heraus.
- S1: So, ich würde sagen bei uns sind vielleicht so fünfzig Prozent Rentner, richtige Rentner (.) ja, die wir betreuen. Nicht nur Invalidenrente oder EU-Rente. Und , äh, der andre Teil sind Jugendliche (.) und das mittlere Alter. Also Jugendliche weniger, das mittlere Alter. (.) Kommt dann so hin, fünfzig Prozent.
- S2: Bei mir vielleicht nicht ganz so viel, vierzig Prozent. Ich hab ne ganze Menge junge Leute und auch so dann mittendrin. Eigentlich is es ja, dreiunddreißig, dreiunddreißig, drei// nja, Jüngere vielleicht zwanzig, dreißig, fünfunddreißig und der Rest auch alte Leute. Also sind auch sehr viele alte Leute und es hat auch zugenommen. Nja, bei mir in der Praxis is auch nen bisschen schwierig, weil ich ja am Sportgymnasium war, hatte viele junge Leute. Und es hat sich in den letzten Jahren aber drastisch verschoben. Dass also wirklich viele Alte kommen. Ja, es wird, nimmt zu. Und immer Älterwerdende auch. Also wir haben, was nichts Besonderes ist, in meine Praxis kommen Dreiundneunzigjährige zu Fuß und noch gut drauf und bringen mir noch Pflaumenkuchen, Selbstgebackenen. Also es is is, die Leute werden Älter, viele sind noch gut, aber viele sind dann auch schlecht. Also es ist wirklich alles da. Ja, S3 bei dir?
- S3 Ja, ich merke in den letzten zehn Jahren hats sich son bisschen wieder verjüngt. Hat aber damit zu tun, dass ganz Südhang ja rekonstruiert worden ist, die ganze Siedlung da hinten Schlossallee, die Parkstrasse und so weiter. Das war ja alles abgewrackt, (.) leer gestorben und leer gezogen und nach den ganzen Renovierungsarbeiten alles wieder schön zugezogen. Also hab ich jetzt ungefähr nen Drittel Rentner. (..) (Seufzer) Und das andere teilt sich dann auf junge Leute, die dann also hingezogen sind (.) und die jüngeren Jahrgänge. Wobei ich dann ja, meine Versorgung geht ja dann fast bis Wiesendorf hinten raus, gehört ja Bochsee noch dazu und die ganzen Gartennebenwege, Hammelberg und weiß der Geier nich was. Und das ist historisch auch ganz interessant, weil für diejenigen, dies nicht wissen, diese ganzen Gartenwege sind nachm Krieg mal sozusagen mal mehr oder weniger schwarz bezogen wurden (.) von Flüchtlingen und von Vertriebenen und was weiß ich nicht alles. Und da standen so richtig regel// nja so abge (.) fackelte Lauben, in denen die lebten und sich dann im Lauf der Jahre da was auf- und an- und zugebaut haben. Ich kenn also noch Fälle aus (.) '89. Da steht so nen Kanonenofen in der Küche, fünfzig Grad und im Schlafzimmer minus zehn ja. Und jetzt sieht man da, dass die Leute

sterben weg. Die Grundstücke werden verkauft und jetzt entstehen da so schnucklige Häuschen, ähm, wie sich das also nicht nur altersstrukturell verändert, sondern eben auch, äh (.) na (.) vom vom vom Bebauungstyp. Aber wie gesagt ungefähr ein Drittel Rentner und die andern sechshundsechzig Prozent teilen sich dann also auch mehr oder weniger zur Hälfte auf, also. Paar Jüngere, ganz Kleine kommen jetzt, was heißt ganz Kleine, zehn, zwölf. Hat ja wieder nen Kinderarzt dicht gemacht, ja?

S2: Ich, ja wehr mich da son bisschen gegen.

S3: Ja also, ab 6 nee

[...]

S1: Neue, ältere Patienten, und damit dass wir Stadtmitte sind, denken se, ja, können kommen und Fahrstuhl ist da.

S4: Also, ich bin ganz stolz auf meine inzwischen nur noch fünfundsechzig Prozent Rentner. Weil ja//

[Lachen]

S4: Übernommen genau einundachtzig Prozent Rentner als ich vor fünf Jahren anfang und es ist eine totale Lebensqualität jetzt nur noch Fünfundsechzig Prozent Rentner zu haben. Und das ist absolut aber trotzdem noch, brauch ich euch nicht zu sagen, anstrengend genug. Ansonsten so vom Schulalter an fang ich erst, also kleiner nicht, weil das die Praxis auch von Räumlichkeiten nicht hergibt. Die müssen schon irgendwie auf nem normalen Stuhl sitzen können und auch schon bisschen was erzählen. Ja, ich hab kein extra Raum, wo die auch noch spielen können oder wos auch wärmer ist dann vielleicht oder gewickelt werden kann oder so. Ähm, ja ab Schulalter und das sind jetzt immer mehr, also wo die Muttis dann eben jetzt auch die Kinder mitbringen. Und so dazwischen ist bei mir relativ wenig, so das Mittelalter. Ja (.) ja, aber so ist das fünfundsechzig Prozent Rentner. (..) Ich habs grad mal laufen lassen, weil ich immer denke, es sind vielleicht noch weniger inzwischen. Aber nee. (.) Ja, also richtig Alte sozusagen auch.

S2: Welche war das, Meyer ja? Welche Praxis hast du damals//

S4: Müller, Frau Müller.

S2: Achso, Müller.

S4: Hm, jaja.

S5: Also so viel haben wir nicht aufzuweisen. Wir denken// ich denke auch so, also ich habs jetzt lange nicht laufen lassen, aber circa ein Drittel. Veränderungen ja. Man merkt, dass man mit seinen Patienten alt wird. Wenn die dann sagen: „Ja, ich war aber schon zur Koloskopie vor sieben Jahren.“ Dann guckt man nach, das war vor zwölf und so ja.

[Lachen]

S5: War heute grad ein Fall und // Ja, ansonsten sind wir natürlich da in

West, ist das nen ganz schön gewachsenes Wohngebiet. Ja, also traditionell immer (.) Vollvermietung fast, sag ich mal so und wirklich gut durchmischt und jetzt zunehmend von Studenten eben auch gefunden und (.) äh ja gesucht und gefunden. Sodass wir also auch ne ganze Menge Studenten haben und wenn's auch mal bloß für nen Attest is vor der Prüfung. Aber und die wechseln dann auch die WG mal wieder und das ist dann so unser ja unser Unterbau auch nen bisschen dann geworden, ja muss man sagen. Und wir hatten nie, wir hatten nie die Rentnerschwämme. Weil wir auch ja noch, was weiß ich, mit TUS und Handball und so weiter und BSV auch Sportvereine betreut haben.

Meine Partnerin, Christine kennste ja, und ich. Und dadurch, die haben eigentlich auch viele, na ja sag ich mal, auch jüngere Patienten mitgebracht, Familienangehörige und so. Also nee Rentnerschwämme haben wir direkt aber wir merken schon, dass es zunimmt. Ja, Drittel höchstens (..) aber nicht fünfundsechzig. Oh Gott.

[Lachen]

S4: Also gefühlte 3000 Scheine ja, also [...] Haha. Is ja klar, ja von der Arbeit her. Aber es macht auch manchen Tag Spaß. (..) Weil die lieb (.) dankbar sind. Das muss ich sagen, das ist natürlich das Schöne, kann man sich jetzt nichts von kaufen, aber es kommt viel zurück.

S5: Mh, ja.

S4: Also das ist, da ist kaum ne Fluktation, ähm.

S3: Wieso denn auch?

[Lachen]

S4: Nein, ähm, nein so was// Ich guck jetzt mal dem und hol mir da nen Schein und guck mal dahin. Das ist generell, nicht bei den Rentnern, sondern bei uns in der Praxis.

S3: Achso.

S4: Wir haben also im Grunde die, die gleichen Patienten. Bis dass mal einer stirbt (.) oder eben ganz neu dazu kommt. Aber ansonsten kaum nen Wechsel ja. Also von der Seite. Mh.

S3: Aber das dürfte jetzt überall gleich bleiben, dass es nicht mehr so ne große Fluktation gibt. Ja, wenn jemand zu mir sagt: „Oh, wenn Sie das nicht für mich tun, dann wechsle ich den Doktor.“ Dann kannst du doch antworten: „War das nen Versprechen oder ne Drohung?“

[Lachen]

S3: Ja [...]

S1: Dann muss mans halt tun.

S3: Wenn wir Anfang der Niederlassung vielleicht noch mit der Pfanne auf die Strasse mussten um vielleicht doch man nen Neuen reinzuholen. (.)

S1: Das ist nicht mehr so.

- S3: Dann ist das heute schon mal so. Man ist eigentlich so blöde wie das klingt in einer besseren Position. Man kann auch schon mal bisschen gucken, wen man nimmt und wen nicht.
- I1: Und was würden Sie jetzt sagen, grad auf die älteren Patienten bezogen, mit welchen Hauptbeschwerden kommen die zu Ihnen in die Praxis? Oder was sind so typische Krankheitsbilder im Alter?
- S1: Ich sage zunehmend das Metabolische Syndrom. (.) Kräftig, Rückenschm//, also kräftig, Rückenschmerzen, dann Diabetes, Hochdruck. Viele, also solche Probleme spielen ne große Rolle und dann auch vom Bewegungsapparat, ja? Und kardiale Sachen viel. Das sind so, ist der Hauptgros der älteren Leute,ja?
- S2: Ja, ist bei mir auch (.) eigentlich genauso. (..) Mh.
- S3: Bei mir
- S1: Bei uns ist nun so, der Kardiologe sitzt nun gleich nebenan. Dann schicken die rüber, sagste: „Können Sie den betreuen?“ Dann der Diabetologe ist mit im Haus. „Ach könn=se nich mal den mit aufnehmen, ja? Der findet sonst keinen Hausarzt.“ Und so geht das. So werden dann auch die Rentner mehr.
- S3: Ja metabolisch und (..) kardiologisch und so. Wobei man das alles relativ sehn muss. (.) Aber kom=mer vielleicht nachher noch dazu. Muss man jeden ab einem bestimmten Alter von vorne bis hinten durchdiagnostizieren? Brauch mit fünfundachtzig noch ne Myocardszintigraphie und und und und und. (.) Aber vielleicht ist das jetzt schon zu weit gegriffen. Was ich also sehr sehr merke, womit kommen die älteren Leute? Sie kommen am Dienstag mitm Bus aus Mallorca zurück und haben solche Mauken weil sie ja acht Stunden gesessen haben. „Aber Doktorchen, bis Freitag schaffste die weg, da fahrn=mer nämlich nach Kiel, da geht das Schiff nach Norwegen.“ Das ist das Problem der alten Leute.
- [Lachen]
- S1: Das ist auch nicht schlecht.
- S3: Und da könnt man manchmal schon nen bisschen so sitzen, ja?
- S4: Ich denk schon die Multimorbidität ist einfach das Problem. Ja der Einzelne mit seinen Herz-Kreislaferkrankungen oder noch nem Diabetes, ja meine Güte. Aber diese Komplexität und wo man dann auch wirklich (.) ähm, sich dem Ganzen auch jedes Mal, manchmal auch widerwillig, aber widmen muss. Weil doch schon irgendwas hinter den Beschwerden stecken könnte. Und natürlich die Arthrosen. Klar, alle haben irgendwelche Gelenke letztlich heute, also ich meine Künstliche.
- [Lachen]
- S4: Gibt's ja auch keinen mehr, der noch alt wird ohne, (.) also fast keinen mehr. Bei meinen jedenfalls nicht. Und dann ganz ganz viele, ähm,

Patienten, die antikoaguliert sind. Damit hab ich nen Problem. Ich hab achtundfünfzig Quick-Patienten. Mit Fali//, achtundfünfzig. Und davon richtig Uralte, die stürzen, die äh, ja, die auch kognitiv das nicht mehr hinkriegen. Selbst die Ehefrau oder Tochter, die sich da ganz doll bemüht. Und das ist, also das ist für mich das Problem. Sonst wärs gar nicht so schwierig. Aber das kostet einfach zu viel Zeit. Und irgendwo hat man immer so bisschen komisches Gefühl dabei, wenn ich den jetzt loslasse, auch wenn ich's dreimal aufgeschrieben habe, klappt das? Geht das gut, ja?

S2: Da kom=mer zu Ihrem Problem, den dementen Patienten. Sie behalten alles nicht mehr.

S4: Darum, darum.

S2: Es, äh, und da merkt man wieder, dass da immer wieder was schlechter wird. Ja, wenn wir diesen, bei diesen Multimorbiden, wo man schon sehr doll mit beschäftigt ist, dann feststeht, dass (.) geht ja alles gar nicht mehr so. Das Problem ist auch bei uns, wir haben auf diesem, um zu diesem Thema zu kommen, wir haben auch sehr wenig Zeit auch, ja, das ist nen ganz großes Problem. Und bei unsren Patienten müss=mer aufpassen, weil wir die alle schon sehr lange haben, wie sich das nach und nach verschlechtert. Und dann ist es grade so, wenn sie das alles nicht mehr auf die Reihe kriegen. Wenn sie nicht mehr zu den Terminen kommen, wenn sie nicht mehr wissen, was sie eigentlich sollten bei uns oder so. Oder dann, dann müss=mer anfangen mit dieser anderen Diagnostik, aber das kommt sicherlich noch.

I1: Genau, das wollt ich jetzt fragen.

S2: Ja und das nimmt auch immer mehr zu. Also die, die // Es gibt den einen Teil, vielleicht so zehn Prozent, die wirklich gut sind bei mir. Also die wirklich noch voll aktiv sind, viel machen. Und dann diesen ganz großen Teil, die auch nen bisschen (.) ja nicht so (.) geistig noch nie wahrscheinlich auch so so so rege waren. Und wo man dann (.) wo dann diese Probleme auch nach und nach immer mehr zunehmen. Wo man das merkt dann, dass es mehr wird.

I1: Was sind das denn so für Auffälligkeiten, wo se jetzt denken, da könnte vielleicht nen dementielles Syndrom oder so dahinter stecken? Was sind so Auffälligkeiten?

S2: Das Problem ist, wenn die in der Sprechstunde sind, ist es schwer zu merken. Meistens kommen doch die Angehörigen und sagen was: „Ja, also mein Mann merkt sich das nicht mehr. Oder der redet jetzt immer so komisches Zeug.“ Also die An// die Patienten selbst, da muss man doll aufpassen, das merkt// Also ich finde, es ist schwer zu merken an dem, wenn sie neben einem sitzen. (.) Ja und dann is, is man nachher schon (.), wenn man das wirklich ordentlich machen will, auf diese

Tests angewiesen. Nur dieser Uhrentest, den man mal macht. Dann ist man überrascht und erstaunt. Eigentlich sah er noch gar nicht so schlecht aus und ich hab immer noch gedacht, er weiß das, er kann das besser. Und dann kann er dieses Banale, diese banale Sache nicht mehr. Ja, also.

- S1: Und manche sagen, sie haben merken, also merken, dass das Kurzzeitgedächtnis (.) nachlässt. Das sagen welche oder das hat mir meine Frau gesagt. „Doktor, ich soll Ihnen mal sagen, dass“ Und dann fallen manche Worte nicht mehr ein. Gut, dass passiert uns auch schon. Aber ich meine (.) aber das, äh, sagen se dann teilweise aus. Oder (.) „Ich kann die Uhr nicht mehr richtig lesen. Ich bring das durcheinander.“ Oder Schlafstörungen, ganz massive Schlafstörungen. (.) Und dann find ich natürlich auch, wenn die Patienten eine Latte von Medikamenten nehmen müssen. (.) Acht, neun, zehn am Vormittag und dann so gegen halb elf sagen se dann mal: „Jetzt geht gar nichts mehr, jetzt kann ich überhaupt nichts mehr machen.“ Da sind wir dann auch gefragt, was das zu tun. Bei β -Blockern. (.) Ist euch das auch schon aufgefallen? Auch bei Patienten, die Falithrom nehmen.

Gruppe: Mh, mh, mh.

- S1: Ist mir das auch schon aufgefallen. Weil ja irgendwie doch die Leber nachher irgendwie in (.) in Mitleidenschaft gezogen wird. Und dann der der ganze Leberstoffwechsel nicht mehr so richtig funktioniert. Da ist mir das auch schon aufgefallen. (.) Und na ja, ACE-Hemmer auch. Aber ich meine solche Sachen spielen sicherlich auch noch ne große Rolle. Nicht nur, dass der geistige Abbau da ist, sondern (..) Medikamente und dann das Umfeld. (.) Ja dass viele auch die Kontakte zur Außenwelt nicht mehr richtig haben.
- S5: Also mit der mit der Sprechstunde würd ich das auch unterstreichen. Also die Patienten, das ist ja für mal// für einige ist ja nen Arztbesuch nen wichtiger Sozialkontakt und was weiß ich. Und die bereiten sich manche drauf vor oder irgendwie kriegen=ses hin. Und ich hab auch zwei drei Fälle erlebt, die sich so lange dann noch, auch selber, die ich persönlich vorher kannte, ja ausm Umfeld und die sich dann so lange noch angestrengt haben und da ne, ich sag mal, gute Sprechstunde hingelegt haben. Ne gute Sprechstundenleistung (.) und dann hinterher und die Angehörigen sagen dann: „Ach du meine Güte. Und das ist so und so. Und das stimmt alles gar nicht und so weiter und sofort.“ Also (.) ich eigentlich auch mehr sekundär über Angehörige oft.
- S2: Was man merkt, bei den alleinstehenden Leuten, da wird man relativ schnell aufmerksam, ja? Weil weil die Alleinstehenden dann, also diese Defizite ganz schnell zeigen. Und wenn man dann nachher auch

mal Hausbesuche macht, da sieht man, da sieht man dann, was da was da wirklich los ist. Und dann ist man, äh, ist man eigentlich schon ganz schön spät dran, ja.

I1: Und was ist da so los bei den Hausbesuchen? Was oder was für Defizite merken Sie dann?

S2: Es ist sehr unordentlich, sehr also wirklich. Da stehn dann noch die Weihnachtssachen, werden nicht weggeräumt, wenn schon Ostern ist. Oder oder nen Jahr schon drüber oder so, ja? Und und, dass sie ihre Chipkarte nicht finden, wenn ich sie dann.

S1: Sich suchen

S2: Die suchen, also dass sie nicht mehr wissen, wo ihr Portmonee dann, wo sie's gelassen haben. Also es ist (.) also deutlich.

S4: Bei den (.) bei den Alleinstehenden, ich weiß nicht ob ihr euch da mal, das euch auch aufgefallen ist, die (.) die andern nicht, die noch nen Partner haben oder irgendwie, die sind verkehrt angezogen. Also bei mir in der Praxis. Ähm, Strümpfe, Schuhe, es passt nicht zusammen. Oder gar nichts davon an. Also Schuhe meistens, aber. Also das ist so total auffällig.

S1: Nein, ist mir noch nicht aufgefallen.

S2: Bei mir nicht. Das wär ein schönes Zeichen.

S4: Und die überspielen das, wenn man sich mit denen. Und die haben ihr Terminkärtchen, die kommen auch pünktlich. Die wissen, wie die Schwester heißt. Dann denk ich immer, wie rennt=er denn heute rum? Oder was ist? So, dann, wenn man mal Zeit hat, meistens hat man=se nicht. Aber man versucht dann mal und dann werden die böse. Also das ist mir aufgefallen, werden die total aggressiv. Äh, was ich denn hätte, äh, das kann ja wohl mal passieren. Nu. Und wenn man dann wirklich keine Zeit hat, und man tuts dann ab. Aber eigentlich wär das der Punkt, wo wir weiter machen müssten. Wie oft machmers wahrscheinlich doch nicht. Muss man so sagen, dass man dann viel später irgendwo zum Hausbesuch kommt und sagt, hm, ja das geht vielleicht schon ne ganze Weile oder so. Also wirklich bei den Alleinstehenden. Sonst ist ja doch immer noch jemand, der einem nen Hinweis gibt oder die begleitet werden, ne, oder Kinder oder so. Ähm, aber da, die werden halt richtig aggressiv, das äh find ich. Was sie sonst nicht waren und wos auch völlig unangepasste Reaktion ist in der Situation. War ja keine böse Frage, wenn man das hinterfragt, ne. Also jetzt nicht irgend ne Unterstellung, sondern. Also das war bei mir jetzt doch häufiger in der Zeit, in den letzten fünf Jahren, dass ich das son bisschen dann immer abgesehn hab und gedacht hab: „Oh“. Also diese unangepassten Reaktionen, relative Aggressivität, ähm, dass ich dann schon mal nachgefragt habe und mir dann auch// Ich hab son Zeichen auf der Karte, dass die Schwestern das auch wissen, dass

man da nicht alles überbewertet, was der Patient macht. Sondern eher noch mal sagt: „Moment, und nen paar Minuten mal noch warten“ und vielleicht doch noch mal in Ruhe das Ganze klären, weil er kann ja nichts dafür, dass er so reagiert. Und dann bestell nur noch mal ein zu den Tests und erschrecken dann, was man manchmal wirklich sieht dann. Und sagt: „Bist ganz schön spät dran.“

S2: [...]

S4: Nee, es ist so. Muss ich so sagen.

S1: Oder die finden den Weg nicht mehr. Sonst sind se immer gekommen oder dann kommt jemand und bringt . „Die Patientin wollte zu Ihnen. Traut sich jetzt nicht mehr mitm Fahrstuhl zu fahren“ oder so, ja. Dass man dann , so was kommt dann ja auch noch dazu.

I1: Sie haben jetzt die Tests schon angesprochen. So (.) das schon mal im Speziellen. Aber auch mal allgemeiner, was für diagnostische Möglichkeiten kennen Sie denn, um jetzt so ne Demenz abzuklären? Oder viel wichtiger, was können Sie davon selber in der Praxis machen?

S1: Also den Mini-Mental-Test , den machen wir. Und zwar, den stellen wir aber ab, das müssen die Schwestern machen. Ja, denn das ist ja dieser Test, wo diese vielen Fragen sind, wo dann nachher die Punkte zusammen gezählt werden, ja. Und dann, also, auch wenn se, dass de die Uhr malen sollen. Und dann auch, äh, dieses Dreieck oder dieses, nee Fünfeck ist es ja, was man dann miteinander so verbinden soll. Das macht, das mach=mer aber alles über die Schwestern. Und die Uhr, das kontrollier ich dann mal. Wenn ich jetzt wirklich (.) Medikamente gegeben habe, (.) die dann aktuell sind. (lacht) Ja, dass man das nach ner gewissen Zeit mal wieder kontrolliert, ja. Was macht ihr?

S2: Ich mach den Uhrentest häufiger. Ansonsten hab ich, mach ich zu wenig, denk ich. Wenn die Angehörigen sagen: „Mit meinem Mann stimmt was nicht.“ Ich schick ihn meist zum Neurologen oder zum Psychologen. Dann sollen die das machen. Ich denke, ich hab's manchmal, schaff ich's einfach nicht. Und mach das dann, verfolge das dann nur dann hinterher. Ja, dass ich erstmal die Diagnostik machen lasse, dass die das alles abklären sollen, was se was se können und was was in ihrem Gebiet liegt. Und dann, dann beobachte ich das aber. (..) Ja.

S3: Geht mir genauso, weil ich's zeitlich nicht schaffe.

S2: Ja. Ja und dann mit dem Laufen.

S1: Und die Schwestern bestellen sich die immer mittwochs ein. Aber, äh, bei manchen mach ich's auch übern Neurologen, Psychiater. Wo ich meine, das da der Abbau war zu schnell.

S2: Mh.

- S1: Da kann dann ja auch mal was andres noch dahinter stecken. Aber (.) sonst bestellen wir die ein.
- S4: Wir haben so ne richtige Zeit dafür, (.) wo die einbestellt werden. Machen auch die Schwestern die Tests. Auch Mini-Mental (.) generell und den Uhrentest. Und ja, dann guck ich mir die dann in dem Fall auch ganz an den Patienten. Was wir ja sonst vielleicht nicht ganz so oft machen. Also wirklich nen richtigen Status, dass // Das ist richtig ne Zeit, die dafür vorgesehen ist. Das sind dann unsere Zeiten, zum Beispiel freitags oder so. Dadurch haben wir dann manchmal die Zeiten raus genommen dafür, weil's während der Sprechstunde nicht geklappt hat. Also (.) hab ich nicht geschafft, (.) nicht gemacht. Schwestern dann auch nur so: „Ach na ja.“ Und ich glaub, das ist dann schon zum Scheitern verurteilt. Und da haben wir uns jetzt dazu gezwungen. Weil ich so viel solche Patienten habe, ähm, muss ich nen Teil davon wenigstens auch versuchen zumindest einigermaßen ordentlich da zu diagnostizieren. Weil bei fünfundsechzig Prozent Rentner, wo eben ja dann viel mehr solche Erkrankungen vor äh vorkommen. Ähm, kann ich die auch nicht alle wegschicken. (lacht) das gibt dann nen bisschen böses Blut bei den Kollegen und ich kann vielleicht für den einen oder andern auch wirklich dann mal was tun. Den Ehrgeiz hab ich zumindest noch. Wie viel Erfolg ich hab, dafür muss ich noch nen paar Jahre weiter praktizieren, um das dann zu sehn. Aber, ähm, ja aber sicher bei den vielen rutschen genauso viele auch durch, also ganz klar. Ja, aber wir haben extra dafür ne bestimmte Untersuchung. Nicht nur dafür, auch für andere Dinge, eben bestimmte Freiräume vom Praxisablauf versucht zu schaffen, wo die einfach einbestellt werden die Patienten. Also nicht nur zum Demenztest, sondern auch für andere Untersuchungen, ja. Aber wirklich auszugrenzen aus dem normalen Ablauf. Mal gucken, wie lange wir das durchhalten, aber (.) wir versuchens noch.
- S2: Und ihr?
- S5: Nee, also wir haben wir haben da nicht so die großen, die große Lücke gesehn und haben uns da nicht drauf gestützt. Es gibt ja seit eins zwei drei Jahren dieses Geriatriische Basis-Assessment oder so.
- S2: Mh.
- S5: Und da ham=mer gesagt, ok, wir müssen nicht alles machen. Wir machen eben halt auch noch unsre Hobbys mit Sportmedizin und schlag mich tot, bisschen das und Neuraltherapie und (.) und so was. Man kann nicht alle Felder besetzen und es ist wie gesagt. Ich hab ja unser Praxisspektrum erklärt. Ja und es ist nicht ist nicht das Ding ja. Ich hab vielleicht jetzt, also so richtig, die Antidementiva nehmen müssen, haben ich im Moment vielleicht (.) fünf Patienten, die dann alle durchgecheckt sind und (.) richtig also was, äh Hochpreisiges da

- vom Neurologen verordnet bekommen haben. Ja das ist also nicht so der, bei uns nicht so der // Sodass ich (.) schon mal, interessehalber, hab ich auch mal ne Uhr raus geholt und so. Aber dass man das so richtig wie ihr (.) professionell machen, mh mh. Das nicht im Moment. Vielleicht kommts ja noch. Es hängt [...]
- S5: vom Bedarf ab. Ja aber wir können da nicht aus Sprechbetrieb, also aus der Sprechstunde heraus jetzt extra noch ne Zeit, so seh ich im Moment, zur Verfügung stellen.
- S4: Ist auch nicht nötig.
- S1: Aber ich hab das teilweise auch schon mal an die Ange// Angehörigen delegiert.
- S5: Mh.
- S1: Nicht, jetzt nicht nur um um, also die wirklich daran interessiert sind, die Angehörigen. Wo ich das auch sagen kann kann, dass dass ähm, dass Sie auch ehrlich sind. Ja, wo ich das nen bisschen einschätzen kann.
- S5: Mh.
- S1: Dass se jetzt nicht sagen: „Also die muss schnell ins Heil, mach mal, mach mal.“
- S4: Nee.
- S1: „Oder ich mal die Uhr schlecht“ oder so. Nee, das haben wir dann schon mal gemacht. Oder wenn die, wenn die// Nee ist so. Solche Sachen spielen auch ne Rolle.
- S5: „Ich mal jetzt mal Mutters Uhr schlecht. Die muss ins Heim.“
- [Lachen]
- S1: Ja sicherlich, das ist auch, das ist auch noch ne Sache ja, die man nicht außer Acht lassen muss. Die familiäre, die familiären Verhältnisse. Und das manchmal auch zu machen. Oder im Heim das teilweise gemacht wird wegen dem Sturzrisiko. Kann man doch auch mit den Schwestern das absprechen.
- I1: Gibt es so spezifische Laborparameter, die Sie jetzt direkt ansetzen oder wissen wollen, um vielleicht auch Differentialdiagnosen abzuklären?
- S1: Schilddrüse, TSH.
- S2: Hm, das ist wichtig. Das mach=mer eigentlich.
- S1: Blutbild auch wegen Anämie. Muss man natürlich auch gucken. Dann guckste die Leberwerte noch mal mit durch und Zucker musste natürlich auch noch machen. Das ist wichtig.
- S2: Ja das ist eigentlich der Standard, der immer mit gemacht wird. Ja wir machen ja diesen Check-up auch alle zwei Jahre, wo auffällige Werte sind und ich mach das, ich halt mich eigentlich nie ans Programm. Ich mach da immer mehr.
- S3: Ich mach mehr.

- S1: Du sprichst mir aus dem Herzen.
S2: Ja, ja.
S1: Kannst doch nicht bloß Zucker machen und Cholesterin.
S3: Der Check-up ist Cholesterin und Zucker. Das ist alles.
S2: Ich mach immer die Leberwerte mit. Ich mach immer die Nierenwerte mit. Ich mach ähm wo ich grade son bisschen Demenzverdacht hab TSH immer mit. Ja also und wo was Auffälliges ist, da wird dann auch öfter kontrolliert. Also dann//
S1: Vor allem Cholesterin, dann müsste wenigstens LDL machen.
S2: Und ich mach die dann ja ja ja, ich mach wo ich, wo ich weiß da sind Werte erhöht, bei den Cholesterinwerten dann, dann mach ich immer alle vier gleich. Also ich bin da auch nicht so. Und das bis jetzt war das auch okay, ja. Also machmer schon Labor.
S4: Viel ja. Ich glaube, wir machen alle hier ganz schön viel Labor.
S2: Und wir wurden deswegen auch noch nie, noch nie irgendwie kritisiert oder so. Ich bin da auch noch nicht irgendwo an, hab irgendwas überschritten oder so. Also das ist auch akzeptiert.
I1: Welche Rolle ähm spielt die Bildgebung (.) jetzt für den Hausarzt? Setzt er das , sagt er selber, er möchte mal nen CT sehn oder//
S3: Nee.
S2: Das hat man uns auch nen bisschen bisschen ausgetrieben, muss ich sagen. Sie sagen also fürn Alzheimer macht man nicht mal, macht man die diese Dinge auch nur (.) in besonderen Situationen, wenn das noch irgendwie was anderes nötig ist. Also es ist, es ist einfach, uns wurde uns gesagt zu teuer, um da jeden durchzuchecken. (.) Ja also, dass ich das auch, wenn man jetzt (.) irgendwelche anderen (.) ähm (.) Verdachtsdiagnosen hat, okay, aber aber dann würd ich das auch dem Neurologen immer überlassen. Dass der das dann aussortiert und das würde zu weit gehen. Also das würde, ich denk das wär wär bei dieser Diagnose (.) zu (.) zu zu (.) weit für uns.
I1: Wer hat Ihnen das ausgedet? Muss ich jetzt mal so nachfragen.
S2: Also (.) ja manches ist so, ist so (.)
S3: Das sind wirtschaftliche Zwänge auch für uns in der Niederlassung.
S2: Äh (.) es ist, wir kriegen ja, wir, es ist nicht begrenzt bei uns, ne. Wir können MRT und CT anfordern, ohne, dass wir da irgendwie welche Nachteile haben. Aber ich denke einfach, für mich ist es noch so, hm, dass ich denke, das kann man nicht jedem zukommen lassen. Es hat jetzt für, es hätte für mich auch nicht die diagnostische Bedeutung dann oder so. Dass es so wichtig wäre, um bei jedem jetzt aus meiner Sicht diese diese Untersuchung zu veranlassen.
S5: Wir sind die Lotsen. Wir sind nicht die Kapitäne, die sitzen woanders. (.)
S1: Ja ist so.

- S5: Ich sag so, ich sag immer ok, der Allgemeinarzt, wisst ihr jetzt ja auch Jule und so, wir müsen (.) in der Kürze der der Zeit irgendwas rausfiltern, was auch immer. Ganz schnell an Informationen rankommen. Deshalb ist ist ja eigentlich dieser dieser komische Sitzdienst in der Weststrasse in der Hinsicht ist der ja gut.
- S3: Ohh.
- S5: Aber [...] doch, weil du in ganz kurzer Zeit was rauskriegen musst. Doch find ich.
- S3: Rauskriegen, um Gottes, was da rauskriegen. Da kommt doch, das ist doch keine Notfallpraxis, das ist doch ne Absteige.
- S5: Peter, du sprichst mir doch aus ausm//
- [...]
- S5: Bin deiner Meinung.
- S3: Ohh.
- S1: Du musst dich doch trotzdem ganz schnell entscheiden.
- S3: Das ist ja das Schlimme. Mach das mal.
- S2: Kommt, wir wollen nicht übern Notdienst sprechen.
- S5: Ich möchte den am liebsten zumachen.
- S3: Ich auch.
- S5: Wenn da draußen nicht mal dransteht , wenn da draußen nicht mal dransteht: „Wir können keinen akuten Myocardinfarkt ausschließen und keinen akuten Bauch. Bitte gehen Sie gleich tausend Meter weiter zum Uniklinikum.“ Natürlich, es wird nicht, es wird ja nicht äh publiziert sozusagen. Darf ja da nicht drinstehn.
- S3: Da kieg ich Rücken. Da hab ich gleich Kreislauf.
- [Lachen]
- S5: Dieses Ding kannst du sofort ersatzlos schließen. Das hätten=se schlauerweise (.) an ein Klinikum legen sollen mit Hintergrund Punkt. Hätt ich überhaupt kein Problem mit.
- S3: Ich auch nicht.
- S5: Also da sind wir dacorde. Aber ich fand das schon damals, also ich noch Fahrdienst gemacht habe. Fand ich schon spannend innerhalb von ganz kurzer Zeit so mit nen paar Kernfragen dir nen Überblick zu verschaffen. Input und was könnt es sein so. Und das wollt ich eigentlich nur sagen, dass wir die Lotsen sind. Wir können das nicht alles (.) äh (.) so verfolgen dann ja. Und ich sag mal, ich nehme ungern dem Orthopäden die Arbeit weg und ungern dem Neurologen. Dann hätten die ja Allgemeinarzt werden können, wenn se das machen wollen. Also (.) wir sind die Lotsen. Ja und müssen da und wenn wir, wenn man da seine Nische suchen will und sagt okay, ich mache ne vorrangig geriatrisch zum Beispiel geprägte Hausarztpraxis. Okay, dann ja. Aber dann kann man eben//
- [Lachen]

S5: Richtig.

[Lachen]

S4: Unfreiwillig. Nee das ist schon richtig so, ne. Wir müssen da kurz, wir müssen ne Idee haben, dass es sein könnte.

S5: Ja

S4: Denk ich mal und äh selektieren, was könn=mer selber vielleicht schon, wenn's ne ganz eindeutige, für uns eindeutige Verlaufssache ist, dann vielleicht schon (.) Therapieversuch starten. Oder ansonsten delegieren an die, die fachlich äh besser darüber Bescheid wissen. Und die, denk ich, können dann wiederum entscheiden, braucht der ne weiterführende zum Beispiel bildgebende Diagnostik, Gefäßdiagnostik oder oder nicht. Ne, ich denk auch so. (.) So geht's eigentlich nur. Aber zumindest, dass wirs, dass wirs merken. (.) trotz der wenigen Zeit, die uns manchmal zur Verfügung steht (.) und das wir dann (.) auch nicht zu lange warten. (.) Und das muss man sich dann sagen. Einfacher ist es ja andersrum, gelingt nicht, also (.) jedenfalls nicht hundert prozentig, auf keinen Fall.

I1: Ja Sie ham ja jetzt schon schön zusammen getragen, was es für Möglichkeiten gibt und was Sie auch selber machen. Ich würd Sie jetzt einfach noch mal bitten ganz konkret an nem Fallbeispiel zu schildern, wie Sie bei nem Verdacht auf Demenz vorgehn. Wenn Sie sich vielleicht überlegen der letzte Patient, wo Sie den Verdacht hatten. Einfach mal ganz konkret zu beschreiben und zu schildern, (.) wie ihr Vorgehen da ist.

S2: Hast du gleich einen?

S1: Hm (..) ich hatte eine, also jetzt die, da hab ich das wirklich gemerkt. Also die kam immer und brachte mir jeden, also jedes Mal, wenn se gekommen ist, nen riesen Beutel mit. Mit Kaffee (.) Süßigkeiten (.) und ähm na immer solche Sachen für die Praxis. Jedes mal, wenn sie gekommen ist. Und dieser Beutel hat sich dann nachher verändert. Der hat sich verändert indem da auf einmal abgepackte Wurst drin war oder irgendwelche andren Dinge. So und dann hab ich (.) äh noch mal das Akutlabor alles mit gemacht, weil weil mir das dann alles nen bisschen komisch war. Hab das noch mal mit gemacht mit Schilddrüsensachen und diese Werte und so. Aber da war alles nicht auffällig. (.) Dann hab ich mir den Nachbarn bestellt, weil sie allein lebend war. Und der Nachbar berichtete mir dann, wies dann weiterhin voran geschritten ist das ganze Geschehen. Und äh habe sie dann auf nen Medikament dann eingestellt. (..) Aber trotzdem noch zum Neurologen geschickt, weil nämlich dort die ganze (.) Rechtslage noch geklärt werden musste. Vormundschaft, Vormundschaftsgericht, diese ganze Problematik. Das war mit // Weil dann ein Gutachten noch teilweise erstellt werden musste. (.) Ähm (.) tja (.) Das war dann so

dieser Werdegang dieser Patientin. Aber den Neurologen hab ich dann trotzdem zu Rate gezogen.

- I1: Und was haben Sie selber gemacht? Sie haben jetzt nur gesagt, dass se ein Medikament eingestellt.
- S1: Die Tests hab ich gemacht. Die Diagnostik ham=mer schon gemacht. (.) Das was wir vorhin grade besprochen haben. Das haben wir gemacht. (.) Ja und im Hausbesuch betreut, mir das häusliche Milieu angeguckt, wies dann da war. Dass se eben auch alles nicht mehr geschafft hat. Den Garten musste se abgeben. Und im Endeffekt is se nachher ins Heim gekommen und hat nachher gar keinen mehr erkannt. (.) Trotz dieser ganzen Medikamente.
- S2: Ich überlege grade (.) wen (.) auch bis (.) ja, ich glaub der is auffällig gewell geworden (.) durch die, achso ja, da ist die Frau gestorben. (.) Ja und dann haben die Enkelkinder gesagt, er wird immer von seinem Enkel, der kümmert sich um ihn. „Und der Opa kommt jetzt nicht mehr zurecht allein.“ Ja und dann hab ich, hab ich nen paar kleine Tests gemacht. Hab ihn dann aber doch zum Neurologen geschickt. Und ähm, nen CT, MRT war nicht gemacht worden. Der hatte jedenfalls gesagt, anhand seiner Untersuchungen Verdacht auf Demenz und wurd auf Am Aricept eingestellt. Und das ist jetzt vielleicht, hm, nen halbes Jahr (.) so, wo ich den betreue. Der ist auch Falithrompatient. Kommt jedes Mal mit seinem Enkel. Und ist aber vor ner Weile auch noch allein 575 gekommen. Jetzt kommt der Enkel immer mit, weil er sagt: „Naja, er weiß nicht genau, ob er's schafft, der Opa.“ Aber aber man merkt, dass es schlechter wird. Aber es wird langsam schlechter. Ich hab andere, die nichts hatten. Das ist wirklich auffällig dann, dass der, dass der langsam schlechter wird. Aber an, an Diagnostik, wenn ich das jetzt ganz konkret überlege, meine ganzen schweren Fälle sind alle übern Neurologen gegangen. (.) Ja, wo ich im Endeffekt doch gedacht hab, ich möchte, ich ich, es ist mir einfach so, dass ich nicht sagen will, ich maße mir jetzt an, so so ne entscheidende Diagnose zu stellen. Ja, die so, so deutlich dann dasteht. Und da hab ich einfach (.) zu viel Respekt und Hemmungen und hol mir gerne noch ne Kollegenmeinung mit hinzu. (..) Und ich geb manchmal schon, äh, nen nen Medikament, nen Antidementiva, aber ich sichere mich immer mal noch gerne ab, ob es dann wirklich auch auch auch//
- S1: Ist ja auch teuer.
- S2: Ja (.) ja (..) Wir machens intensiver, aber nicht so intensiv. Hm ja.
- S3: Ja ich hab bei dem letzten Patienten ne salomonische Entscheidung getroffen. Hab ich mir hier gleich nen Termin besorgt. Und hab die dann also über Sie (HvW) laufen lassen. Aber auffällig wurde sie dadurch, dass sie zunehmend läppischer wurde. Das waren so die

ersten Anzeichen. „Komm se mal Doktor, ich muss Sie mal drücken.“ So was ja. Das ist ja schon mal auffällig. Beim Besprechen der letzten Laborbefunde, dass sie gar nicht so merkte, was ich von ihr will. Dass also so (.) ja, so abgetan wurde, Krea war dann höher. Frug dann, also ob sie noch genügend trinken würde. (.) Das war alles gar nicht so wichtig. Trinken war nicht so wichtig, weil nämlich sonst die Haftcreme nicht mehr hält und dann (.) die Zähne im Laufe des Tages mehrmals rausfallen. „Viel wichtiger ist doch mein Zucker.“ Also das waren so so die Auffälligkeiten in diesen Wahrnehmungen [...] Besprechungen. Aber viel viel schlimmer war dieses läppische Verhalten. Dieses „komm, lassen se mich mal drücken“, dieses permanente Grinsen. Das ist mir so dann aufgefallen. Da hab ich dann mit dem Lebenspartner gesprochen. Dem fiel das dann auch auf. Und als er mich dann eines Tages anrief, sie hätte also zum Abendbrot schon mal 20 Stullen geschmiert, weil ja Christiane, ihre Tochter, zum Abendbrot kommt, die aber irgendwo (.) in Baden-Württemberg lebt äh. Da hab ich dann telefoniert und hab sie (.) mit gutem Erfolg hierher geschickt.

[Lachen]

S4: Also ich hab zwei ganz niedliche Sachen. Einen ähm Musikprofessor, der sich äh privat äh sehr um seine Gesundheit gekümmert hat und immer schon regelmäßig alles hat untersuchen lassen. Also da hatte man nen super Ausgang. Äh da war organisch sozusagen sowieso alles schon zigmal durchor// untersucht und so weiter. Und der kam dann und sagte nur: "Mensch, ich hab da was gelesen." Wie das immer so ist. "Und was mich stört, ich kann das alles nicht mehr, die Stücke nicht mehr ausm äh Kopf spielen." Also der spielt Klavier (.), betreut auch noch äh (.) ja Studenten und so weiter. Und das war also ganz einfach, ganz klassisch und da wussten wir da war organisch nichts dahinter. Ham=mer behandelt, der ist glücklich. Das ist sowas, was man sich wünscht, was man auch selber machen kann. Und einen beim Hausbesuch ähm, der dann also im Küchenschrank, da hat er dann seine Chipkarte und sein Portmonee hatte, da lag die Unterwäsche dann, also Saubere aber, die Gewaschene war einsortiert im Küchenschrank und äh ja dann hab ich gefragt: "Woll=mer nicht auch mal andere Schränke angucken?" Dann guckte der mich natürlich blöd an, ob ich nichts Bessres zu tun hätte. Joa und das war auch ganz klassisch, also äh sozusagen, da passte nichts in die Schränke rein, was eigentlich hingehörte. Das Geschirr war unterm Bett und äh ja. Und dann hat ich mit dem aber Probleme, dem klar zu machen, dass das nicht normal ist äh im Allgemeinen und das wir das vielleicht mal machen müssten ähm den Test. Also bei dem Andern äh waren dann auch die Tests ganz klar, bloß das war auch wieder so

klassisch. Und dem musste ich aber erstmal beibringen, dass es vielleicht ganz schön ist, wenn wir das mal untersuchen. Und da lief dann auch die ganze Organdiagnostik noch. Also Labor vorher und dann hatte der auch ne pAVK noch vorbestehend, sodass wir dann auch noch die Durchblutungssituation äh zerebral geklärt hatten und und so weiter. Und dann aber auch zur Diagnose kamen und auch (.) wird jetzt auch behandelt. Macht keine Fortschritte aber (.) bleibt (.) auf dem (.) was er noch an Alltagskompetenz hat. Und find ich auch schon ganz gut, aber wie gesagt, der Musikprofessor, der ist, der ist sogar besser wieder (.) geworden. Das war wahrscheinlich so zeitig, äh und hat vielleicht auch ganz andere Ausgangs äh Voraussetzungen.

- S2: Denn so ganz glücklich is man mit mit, is man mit der Therapie ja trotzdem nicht.
- S4: Nee, absolut nicht.
- S1: Was machst du mit// Es gibt ja dann von einigen Pharmaindustrien, die verteilen dann ja auch solche Blätter.
- S4: So Tagebücher.
- S1: Diese Tagebücher.
- S4: Genau, genau.
- S1: Die Tagebücher und dann, dass du dann praktisch Buchstaben zusammenführst zum Wort und sowas, machste auch.
- S4: Also
- S1: Mit den Angehörigen.
- S4: Mit den Angehörigen oder hier zum Beispiel das macht der Professor macht der selber. Aber vielen Patienten kannst es so ja gar nicht geben. Die kriegen das ja (.) verstehns leider eben wirklich nicht. Das ist einfach so. Und dann sind auch manchmal Angehörige überfordert. Aber sonst auch mit den Angehörigen. Aber auch nur bei Einigen.
- S1: Ja kannst nicht verhindern.
- S4: Ja also, dass muss ich auch sagen.
- S1: Die haben vorher schon kein Kreuzworträtsel oder sonst was gelöst. Da (.) da bringt das auch nichts.
- S4: Aber das ist schönes Material, was man da so bekommen kann dann von den Firmen. Das ist ganz für uns schön, wir hams dann zur Verfügung. Alles kann man auch nicht in der Praxis vorhalten, weil soviel Schränke hat man nicht. Ja ist so. Kannst ja nicht alles hinpacken. Aber da gibts schon schöne Sachen ja (.) von den verschiedenen Firmen. Hm, stimmt.
- I1: Und grad bei Ihren beiden Fällen, wem teilen Sie denn dann die Diagnose zuerst mit, dem Patienten selbst oder der Tochter?
- S4: Äh also bei dem einen, der das ja, den musste ich ja nun sowieso erstmal überzeugen, dass das nicht so ganz passt und der war

natürlich auch nicht erfreut und hat das auch gar nicht so verstanden und dann hab ichs dann auch erstmal nen bisschen anders erklärt und auch der Tochter. Und dem Musikprofessor, der hatte ja selber Angst davor. Der hat das ja gemerkt und hatte ja Angst davor, was wird// Der hatte ja auch fünf Jahre vorausgedacht und zehn Jahre. Während der andere hat ja wahrscheinlich nur immer (.) jahreszeitlich gedacht. Keine Ahnung. Also der hat einfach nicht die die langen lange Zeit gesehen. Na ist so. Da war ja egal, was da nun in nem Jahr sein wird wahrscheinlich. Oder dem wars nicht bewusst ja der Verlauf. Und mit dem Professor ja, dem, der hat das richtig, mit dem hab ich richtig drüber gesprochen und (.) naja, hat dann wahrscheinlich auch über Internet dann noch und was weiß ich, ne, sich selber informiert. Aber da wars dienlich, muss ich sagen. Weil wir ja nicht erst nen Zugang finden mussten (.) zur Diagnose, vor der ja viele sich auch, also find ich, ganz schön sperren. "Ich doch nicht." Obwohl's jetzt eigentlich in Zeitungen und äh Presse und so weiter eigentlich nen Thema ist. Aber es gibt immer noch bei mir zum Beispiel viele Patienten, die sagen: "Nee, na ich doch nicht." Die nennen das: "Ich bin doch nicht verrückt." Das hat ja nichts mit // Die setzen das gleich. Und Alzheimer is nen Schimpfwort äh oder Demenz, ja. Is zum Teil schon sehr schwierig.

S2: Es ist schon schwer dem Patienten das zu sagen. Und ich umschreib das auch erst. Und (.) eigentlich wissens eher die Angehörigen, muss ich sagen. Ja und so nach und nach begreifen oder wenn sies dann noch begreifen. Wenn sies dann nich mehr begreifen, is ja dann//

I1: Wie umschreiben=se das? Könn=se das mal son bisschen schildern (.) wie Sie das umschreiben?

S2: Na, dass ich dass ich sehe, dass das Gedächtnis nachlässt und dass sie jetzt mehr Hilfe brauchen und dass sie eben ähm. gut wär, wenn sich jemand kümmert um sie und dass dass ja, dass sie (.), dass sie eben alleine äh äh schw// nicht zurecht oder oder. Das ist ja meistens bei denen, die jemanden haben, dass sie sich dann dann helfen lassen sollen und dass sie das auch (.)

S1: machen lassen sollen.

S2: Ja, dass sie auch auch hören sollen. Die hören dann, wenn ich ihn das sage, dann eher auf die Frau oder den Mann, wenn ich ihn das sag, als auf den, ders ihn dann sagt. Ja, dass wir sagen: "Wir geben jetzt auch noch Tabletten und dann wird das wieder nen bisschen// dann dann dann helfen wir ihnen damit." Und (.) ja. Für die Angehörigen ist es sowieso das schlimmere, das größere Problem (.) so im fortgeschrittenem Stadium sowieso. Schwierig ist wirklich der Anfang. Wenn man so den Verdacht hat und da tun sich, glaub ich, alle schwer, die Patienten und wir Ärzte auch. Ja so bei Mitte fünfzig,

Ende Fünfzig, Sechzigjährigen oder so, wo man den Verdacht hat. Und da geht das übern Neurologen und da geht das meistens auch über über bildgebende Verfahren. Also dass wir da mehr Diagnostik machen. Ja.

- I1: Auch noch mal an alle die Frage: Ähm, wenn dann doch diese ähm Mitteilung dieser Diagnose, wie fühlen Sie sich da selber bei (.) als Arzt? Was geht da in Ihnen vor?
- S2: Schlecht, es tut einem leid, das sagen zu müssen. Deswegen tun, tu ich mich auch schwer damit. Ich ich ich ich hm ja. Ich möchte ihn eigentlich nicht so enttäuschen den Patienten und muss es aber doch tun damit er schon besser (.) die Situation dann einschätzen kann. Also es ist mir, ist mir immer bisschen unangenehm. (..) Ja mir, euch?
- S1: Ich meine wenn du jetzt bloß die Tests machst (.) ja. Das ist ja dann manchmal auch ne momentane Aufnahme. Das darfst du auch nicht vergessen. Also manchmal ist man sich ja selber noch nicht ganz sicher, ob es wirklich ne Alzheimerdemenz ist. Es gibt ja auch gemischte Demenzen, ne? Also müsste man das ja doch nen bisschen mehr abklären, um dann wirklich sagen zu können, es ist nen Alzheimer. Und äh deswegen, wie du schon sagst, Neurologe. Also äh bildgebendes Verfahren. Denn wo siehst du sonst diese Atrophie? Die siehst du doch eigentlich denn nur, dann kannst du sagen, also da ist eben schon was da (.) und das kann fortschreiten und deshalb muss=mer da jetzt auch mit ner Therapie beginnen. Ich mein bisschen//
- S4: Bloß das korreliert ja nicht immer. Das ist es ja auch wieder, oder? Manchmal, wenn du da schon so viel siehst in der Bildgebung, ist ja schon eigentlich vorher ganz schön was verloren gegangen. Also das hab ich so ne Diskrepanz. Aber beim Neurologen, die Bildgebung hab ich nicht, also auch zum Neurologen geschickt.
- S1: Sagst du denn schon, er hat nen Alzheimer? Sagst du der der der, es ist Demenz?
- S4: Demenzielles Syndrom.
- S2: Das sagt ja nicht mal der Neurologe. Das ich ich krieg dann den Befund.
- S1: Doch doch doch.
- S2: Ja da ist es dann sicher, aber ich krieg eben beginnende Atrophie oder sowas steht dann da. Und ich steh dann mit dem Patienten da, der noch relativ jung ist, und soll sagen, fängt er an oben hier jetzt äh ja (.), wo ich mir auch nicht sicher bin, ob das wirklich, wie weit das wirklich dann dann dann diese Demenz ist.
- S1: Bei ner beginnenden Atrophie, da sagt man das nicht gleich.
- S2: Das mein ich nämlich ja ja ja.
- S5: Es ist irgendwie sowieso schwierig da//

- S1: Und dann ist es ja auch noch kein Alzheimer in dem Sinne.
- S2: Aber dann müssen wir eigentlich nur aufmerksam werden und das hm hm den Verlauf beobachten.
- S5: Ich denke es ist, irgendwie sollte es ma, sollte man ja irgendwie den Patienten das auch auf deutsch verständlich machen können. Es ist irgendwie, tu ich mich da auch schwer. Es ist schwierig. Ich denke schon, dass was hier schon gesagt worden ist, Alzheimer ist negativ belegt. jeder hat in seiner Verwandschaft, Bekanntschaft, im fernerer oder näheren Umgebungskreis garantiert nen schlimmes Beispiel, wo jemand ganz schlimme hm Alzheimerdemenz hatte und (.) und kennt die Beispiele. Das ist also sehr negativ belegt. Davor fürchten sich auch die Patienten. Aber ich hab eben auch// Wir können den nicht sagen, sie haben ne Demenz. Na klasse, auch schonmal gehört und so. Es ist schwierig (.) das äh das Krankheitsbild irgendwie in deutsche Worte zu fassen ja. Hm (.) tu ich mich auch schwer und fühl mich da auch nicht so toll mit. Muss ich sagen. Weil die Pat// die Angehörigen fragen natürlich dann und so. Und man umschreibt das dann, äh ja, und wir machen jetzt was und (.) das muss nicht schlimmer werden oder wir könn´s auf nem Level halten und so ja hm.
- S1: Und dann haben se natürlich die Angehörigen auch gelesen, dass, wenn du frühzeitig mit diesen Medikamenten beginnst, dass du dann natürlich äh (.) das bisschen aufhalten kannst. Und nicht so spät. Also das ist immer so ne Gradwanderung, ja. (.) Ist ne Gradwanderung. (..)
- I1: Okay ähm welche Rolle spielen denn zum Beispiel Leitlinien oder Fortbildungen zum Thema Demenzdiagnostik für Sie persönlich? Wie ist da das Angebot, wie Ihr persönlicher Bedarf, wie nutzen Sie das?
- S2: Das Angebot ist gut. Es gibt wirklich immer mal wieder Weiterbildungen in diese Richtung.
- S5: Also ehrlich gesagt, ich kenn, ich kenne keine aktuelle Leitlinie. Muss ich ganz ehrlich sagen.
- S2: Aber diese Leitlinien, nach denen richt ich mich auch nicht so.
- S5: Also es gibt sicherlich eine, aber ich kenn se dann nicht, weil es eben äh alle zwei Jahre ne neue Leitlinie COPD gibt oder schlag mich tot. Weil es ist eben so vielfältig, ja. Also ich wüsst es nicht wie man da konkret vorgeht. Die Neurologen solltens wissen. Bin ich ganz sicher. Aber (.) nja, stimmt. Bildungsangebote, Weiterbildungen gibts, ja, war auch jetzt in letzten zwei Jahren zweimal oder im letzten einen Jahr zweimal sogar äh im Rahmen des BDA-Stammtisches hier in Musterstadt. Allerdings auch mal nen bisschen anders ja mit der Kunst da und so.
- S2: Das war gut, also es gibt schon//
- S5: Das war gut. Aber es gibt andere.
- S2: Ja ja über die Pharmafirmen, die machen schon ne ganze Menge. Ja,

- dass wir da//
- S5: Weil die müssen ja ihre hochpreisigen Produkte auch ordentlich
- S2: Ist ja in Ordnung.
- S5: uns
- S2: Aber davon profitieren wir. Das ist schon in Ordnung, ja.
- I1: Also da haben=se auch Interesse dran und nutzen die dann auch?
- S2: Auf alle Fälle, weil wir ja wissen, dass es zunimmt.
- S1: Naja sicherlich.
- S2: Wir müssen uns da immer mehr mit befassen und und wir wissen auch, dass es zeitaufwendig ist und dass man da immer (.) bessere also Fakten haben muss, damit es auch alles nen bisschen schneller geht. Und das ist also ja. Dass man das mehr verinnerlicht noch und vielleicht dann doch noch mehr macht und vielleicht noch nen bisschen mehr bessere Ergebnisse erzielt dann.
- S4: Wobei ich eben auch sagen muss äh Leitlinien hin, Leitlinien her. Manche Krankheiten kann man ganz gut nach Leitlinien behandeln oder zumindest kann man die vor Augen haben, weil das ne struk// strukturierte Sache ist. Bei dem (.) wo ist da ne Struktur? Das ist so individuell. Meistens auch noch, da haben die Begleiterkrankungen. Wir müssen immer gucken, was machen die Wechselwirkungen, Interaktionen mit Medikamenten und, was ich oft bemerke, bei euch sicher auch, äh (.) äh, dass es ne Depression äh ganze große Rolle spielt. Ähm nicht nur bei den jungen Leuten, klar, aber auch bei den alten Leuten. Und Demenz und Depression (.) dann muss ich immer sagen so, das wars jetzt, weil (.) dann da fehlt mir die Zeit, da fehlt mir dann manchmal auch so (.)
- S3: Der Nerv.
- S4: der Nerv, der Mut das anzugehn. Geb ich zu. Und dann wirds schwierig und dann nimm mal ne Leitlinie zur Hand äh ja.
- S1: Wann denn?
- S4: Nee es ist so. Also ich sag mal, was ist ne, bei also bei COPD weil du grad gesagt hast. Das ist, da kannst ganz gut leitliniengerecht therapieren. Und auch bei bei bei den kardialen Erkrankungen. Hm bei einigen jedenfalls geht das.
- S2: Ja ja, das geht ganz gut.
- S4: Das ist so nen Standard und das geht auch gut
- S2: Ja ja.
- S4: Und das klappt. Aber da hm (.) hab, muss ich sagen ist schwer.
- S5: Aber man muss, man muss auch sagen, ja der der demente Patient also die letzten beiden, die ich da auf der Strecke jetzt verfolgen kann. Der ist ja zum Teil wirklich och (.) nen bisschen schwierig, ja. Also der Letzte, der Letzte, an den ich mich entsinne. Das war ja noch die fale Sache, der hatt also seiner alten Hausärztin gekun// gekündigt. Und

äh ja gut. Und dann hatte ich ihn aufm Hals. Das war wahrscheinlich keine gute Entscheidung. Aber (.) äh so läuft's dann manchmal im Leben und wie gesagt, ich hab den dann nicht vor zwanzig Minuten ausm Sprechzimmer wieder heraus expediert bekommen, weil der der war in dem Stadium, wo der wütend war über alles. Der war mit seiner Frau stinkig. Der war zu uns Ärzten böse und und alles ja. Der war also unzufrieden mit der Situation. Hat das noch reflektiert, dass hier was mit ihm nicht stimmt ja. Und war (.) ganz schlimm schwierig ja. Und da, das ist dann manchmal natürlich auch ne Nervensache, wo man sagt: "Oh Gott, davon zehn Patienten und ich kann die Praxis zumachen. Das wars dann. Endgültige Ansage."

S2: Und dann sitzen noch zwanzig draussen, die auch noch reinwollen, ja?

S5: Ja eben ja. Also das will ich damit bloß sagen, wie man, ja wo man sagt ja Leitlinien ja hallo. Hm [Lachen] So. Schwierig. Der der Weg ist das Ziel. Hm.

S1: Das war nen gutes Sprichwort.

[Lachen]

S1: Ist so. (.)

I1: Ähm es klang jetzt schon ab und zu immer nen bisschen an, ähm, dass es verschiedene Faktoren und Umstände gibt, die so, die sie so nen bisschen an, ich sag jetzt, ich benutz jetzt das Wort nochmal, an dieser leitliniengerechten Diagnostik nen bisschen hindert. Wenn Sie das nochmal zusammen tragen könnten, nochmal beschreiben würden, was das für Faktoren und Umstände sind.

S2: In erster Linie Zeitmangel.

S1: Zeitmangel, volle Praxis.

S2: Ja.

S1: Ja Zeitmangel.

S2: Das ist, Zeitmangel ist das aller (.) entscheidendste ja. Bei mir jedenfalls.

S4: Zeit und

S2: Also ich find das ansonsten schon ne sinnvolle Sache mit den Leitlinien. Dass man son son sone sone son Weg vorgegeben hat. Aber ich ich ich schaff das nicht mal die rauszuholen (.) während der Praxis. Während des Praxisbetriebes ja. Und hinterher hab ich manchmal keine Lust mehr.

S5: Ja man muss, ja, subjektiver Faktor, Interessenfaktor natürlich ja, wo man sagt ok, andere in der Medizin ist ja so weitgefächert interessieren mehr, würd ich mich mehr drauf// Man kann ja nicht alles abdecken. Und dann aber auch, das muss man einfach so sagen, ich kenn mich da überhaupt nicht aus, was man da für dieses Basisassessment da überhaupt kriegt oder oder ob das überhaupt extrabugetär ist, keine Ahnung, weiß ich nicht, weil ich gesagt habe,

ich muss nicht alles machen. Aber es ist so ,äh und das wird man immer wieder beobachten, dass bestimmte Leistungen oder auch Angebote durch den Gesetzgeber, sprich durch'n Gemeinsamen Bundesausschuss (.) durch, dadurch, dass sie eben gefördert werden, ob geldlich, dass dann da vielleicht bei einigen dann doch das Interesse erwacht. Weiß ich nicht. Aber in dem Moment, bei mir hats kein Interesse geweckt, weiß ich jetzt nicht.

S2: S4, ist das extrabugetär?

S4: Hm hm.

S5: Ist nicht mal? Naja dann kann mans, dann kann mans natürlich vergessen. Also alles was zeitaufwendig und wenns dann im Buget, das werdet ihr ja noch merken, Jule was, wisst ihr ja bei bei Mutti.

S4: Das ist es eben.

S5: Was dann da verschwindet im Buget ist natürlich dann absolut, sag ich mal, ja selbsterstörerisch für (.) zum Teil, weil (.) man, was, (.) das Buget ist halt nach zwei Monaten alle bei vielen. Und ja (.) dann ist nicht so (..) dann ist das nicht so motivierend (.) dann weiter auf Verschleiß zu arbeiten ja aufwendig.

S2: Diese sehr zeitaufwendigen Dinge.

S5: Also wenns extrabugetär wär, würdens vielleicht mehr Kollegen auch mal anbieten. Ist doch so ja.

S1: Die Heimhausbesuche werden jetzt nicht mehr extrabugetär werden (.) ab 1.7.10.

S3: Was wird nicht mehr sein?

S1: Die Heimbesuche, diese Ziffer mit der fünfzehn hinten.

S3: Den Besuch am selben Tag bestellt und ausgeführt, das ist dann nicht mehr extrabugetär?

S1: Ja.

S3: Ist ja hübsch.

S1: Hm.

S4: Das ist sicher das Große, was dann sicher erst später bei Ihnen dann auch nachher vor ihrem Auge erscheint, dass in der Niederlassung alles nen bisschen anders ist, ja. (.) Was wir auch nicht gut finden.

S5: Hm aber.

S4: Klar aber wir müssen wirtschaftlich denken. Wir sind kleine Unternehmer (.) oder? Manchmal müssen wir uns das immer mal wieder sagen und dann fällt leider manchmal sowas dann hinten runter, oder?

S2: Hm hm.

S4: Ja verstehn Sie jetzt wahrscheinlich noch nicht so? Aber [Lachen]

S5: Nee.

S4: Das kommt dann irgendwann.

S5: Sodass man schon sagen kann, dass also in gewisser Weise auch die

- Gremien, die staatlichen oder wie auch immer Vorgehaltenen, da hm ja das entweder fördern oder hemmen können. Ganz klar ja.
- S4: Von der Seite.
- S2: Und ich hab schon das Gefühl, dass die das hemmen. Also muss ich mal sagen.
- S5: Unter Umständen. Da weiß ich eben auch nicht.
- S2: Ja sie wollen, dass wir uns darum kümmern um dieses aufwendige Problem. Aber sie
- S4: Zum Nulltarif.
- S2: Zum Nulltarif ja. Und das ist inzwischen auch ein Thema für uns, wo wir auch nicht mehr so gerne mitmachen dann ja. (..) Ja ja.
- I1: Ok, dann würde mich so zum Abschluss noch interessieren, was Sie von nem generellen Screening auf Demenz in der Hausärztlichen Praxis halten?
- S3: Gar nichts. (.) Dann können sie das auf andere Diagnostiken oder auf andere Krankheitsbilder auch dann// Herr Müller hatte mal die flotte Idee ganz Musterstadt mal gastr// zu gastroskopieren um vielleicht ganz Musterstadt zu eradizieren. Ich übertreibe jetzt mal.
- S5: Übers Trinkwasser.
- S3: Ja, (.) äh (.) Sie können nicht, sie können nicht für jedes und eigentlich ist es ja jedes Krankheitsbild nen spezielles Krankheitsbild. (.) Sie können nicht für jedes ein (.) Screening einführen.
- S1: Und was soll da alles drin sein?
- S3: Was sollen da Sinn drin?
- S1: Was soll da drin sein alles in dem Screening?
- S3: Dann kommt die nächste Frage wieder sofort: "Was kost das, wer zahlt das?"
- S2: Ja wer zahlt das ja?
- S3: Ja dann gibt es vielleicht irgendeine Kasse: " Wir machen das Somemrangebot zwischen fünfzig und sechzig in diesem Monat. Machmer mal nen Alzheimer-Screening für unsere Patienten." Ich sag das jetzt mal so überspitzt weil die Krankenkasse X für uns in diesem Juno anbietet
- S1: Furchtbar.
- S3: vom vierundzwanzigsten bis vierunddreißigsten Lebensjahr den Check-up Plus "Fit in den Sommer". Das heißt aber, Sie können sich jetzt also einen vierundzwanzig bis fünf// äh fünfundzwanzig bis vierunddreißigjährigen Krankenkasse X-Versicherten einstellen (.)
- S2: Für diesen einen Patienten
- S3: Den von Hacke bis Nacke untersuchen.
- S2: kriegen wir mehr also für einen alten multimorbiden Patienten, den wir ein Vierteljahr behandeln.
- S3: Würden wir viel Geld für kriegen für so einen ja. So das wäre jetzt

zum Beispiel doch ein Screening sozusagen ein zeitlich begrenztes für einen bestimmten (..) für ein bestimmtes

S1: Wie DMP.

S3: äh Patientenklientel. Das ist so nen Beispiel.

S5: Hm.

S3: Aber wenn Sie jetzt davon ausgehen als Wunschdenken, man könnte also ein Gesamtscreening für eine Demenzerkrankung in Deutschland ins Leben rufen, halt ich also A für nicht notwendig äh sprich auch übertrieben (..) und B für finanziell überhaupt nicht durchstellbar.

I1: Aus welchen Gründen nicht notwendig und übertrieben?

S3: Was wolln=sen damit erreichen? Wollen Sie jetzt zum Beispiel jeden (..) auf nen Lungenkarzinom untersuchen? Wollen Sie jeden//

S4: Wobei das noch eher messbar wäre und noch irgendwo

S3: koloskopieren? Das geht das geht ja noch schnell, wenn wenn de jeden wie früher die [...]. Das würd ich ja noch verstehen. Bist also regelmäßig zur Lunge, also zum Lunge-Röntgen gegangen.

S1: Also ich will mal was sagen. Ich war jetzt zur Weiterbildung. Und zwar

S3: Aber das, nee, das das ist mir einfach zu viel. Und dann muss ich an irgendeinem Punkt auch mal sagen: "Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß."

S1: Das wollt ich jetzt nochmal unterstützen. Ich war jetzt zur Weiterbildung bei Frau Schmidt. Da war ein Genetiker da. (..) Und äh es gibt jetzt diese verschiedenen Mody bei Diabetes bis Mody vier. Und Mody zwei ist praktisch ein Diabetes, der auch im jugendlichen Alter kein Insulin braucht. Und dieser Genetiker, der hat uns dann nachher eine Liste gegeben. Und da kannst du (..) auch das genetisch untersuchen lassen, ob du ne Veranlagung hast für Alzheimer. Könnteste machen. Momentan sind diese ganzen äh genetischen Tests unwahrscheinlich teuer. Aber er hat gesagt, also wenn das so weiter geht, könnte dieser ganze Screening auf dein Erbgut äh mal so tausend bis tausendfünfhundert Euro pro Patient kosten.

S3: Willst du das wissen?

S1: Nee.

S3: Ich och nicht.

S2: Das kommt noch dazu, wer will denn das wissen ja?

S3: Wenns soweit ist dann können wir gucken, aber nicht vorher.

S2: Und wann (..) wenn man dann ganz genau weiß, man kann wirklich hundert Prozent was dagegen tun okay und man fängt zum richtigen Zeitpunkt an okay. Aber das ist alles noch nicht soweit. Es sind alles schöne Ideen für die Zukunft, aber im Moment nicht nicht realisierbar.

S5: Das ist das Problem. Ja hat man ähm ich//

S1: Auch Kolonkarzinom kannst du da schon vorher testen, ob du die Veranlagung hast.

- S2: Ja
S1: Und alles solche Sachen.
S2: Ja aber du kr// nachher ist es doch nicht so und dann lebst du dein Leben lang unruhig mit dem Gedanken, dass du es vielleicht doch kriegen könntest. Es ist doch fürchterlich dieser Gedanke.
S1: Und dann ist es so, dann könnte man ja so schon seinen Partner danach aussuchen vorher ja?
[Lachen]
S1: So wie in Amerika. Ist doch so ja. Kannste doch dann machen. Anhand des genetischen Materials Codes von jedem.
S2: Wir zerstören hier vielleicht nen paar Illusionen, aber so ist es die Praxis ja. Ja ja.
S5: Ich bin da ja immer noch fatalistischer. Also ich weiß nicht.[Lachen] Das geht aber in ethische Bereiche rein und da werd ich, kann ich dann auch mal schnell gesteinigt werden. Ich bin auch nicht sicher, dass das das Ziel (.) überhaupt nja des menschlichen Lebens oder auch unserer Gesellschaft sein kann, dass man alles oder vieles darauf fokussiert (.) immer älter zu werden oder so.
S3: Richtig.
S5: Kinder im Himmel. Die Mensch der Mensch hat wahrscheinlich in den letzten fünfhundert Jahren als einziges Lebewesen auf dieser Erde solch Zuwachs an Lebenserwartung erfahren. Der Wal und die Riesenkrake im Meer, die sind schon seit fünf Millionen Jahren werden die so alt wie sie werden se ungefähr. Aber wir (.) ja stellen das auf so ne Art Prioritätenliste hab ich den Eindruck.
S3: Ja das stimmt.
S5: Gesellschaftlich und so weiter. Und da geh ich eigentlich nicht mit. Da geh ich nicht mit. Wenn da die Ureinwan// einwohner in Südamerika sich auf ihren Stein zurückziehen, weil sie merken, mein Leben, mein Lebensflamme wird kleiner und dann sagen: "Ich trete jetzt ab" oder in Nordamerika, dann ist, dann find ich das so fein und so ne ja so ne Größe auch ja. Aber bei uns dreht sich alles darum, wie werd ich fitter älter und am Ende haben wir ne Bevölkerung, die völlig ab ab Siebzig völlig morbide ist, multimorbide, mit der wir ja zu kämpfen haben. Und wenn das das Ziel sein soll, dann verweigere ich mich diesem Ziel, weil das das seh ich nicht. Das ist das ist krank. Und und eigentlich könnte man da mit viel anderen Mitteln, nämlich mit allen nichtmedikamentösen, ich bin Sportmediziner hallo, ja, da wär ne Number needed to treat ganz gering. Wenn man da eben frühzeitig anfangen müsste und die würde nicht bei hundertzwanzig liegen oder bei hundertfünfzig um einen Patienten zu heilen und hundertneunundvierzig die Nebenwirkungen zu geben.
S1: Genau.

- S5: Und dann, das ist, aber wie gesagt, wenn ich sowas laut sagen würde, in dem kleinen Kreis kann ich das sagen, da würd ich, da würd ich ethisch sofort einen auf den Deckel kriegen ja. Oh nee das geht doch nicht. Aber wir erleben ja auch jeden Tag in der in der Praxis. Die die kämpfen ja um jeden Monat selbst bei schlechter Lebensqualität. Ja kommen die Sechundachzigjährigen und alles tut weh. "Mir tut alles weh heute" "Aber Sie sind sechundachzig." Hallo.
- S3: Na dann biste ja schon der böse, das darfst du ja gar nicht sagen.
- S5: Das darfst du nicht sagen und das ist ein Problem.
- S2: Wenn sie das nicht akzeptieren wollen.
- S3: "Gucken sie doch mal auf ihren Personalausweis, da steht nen Geburtsdatum." Oh, das ist ja schon nen netter Hinweis.
- S2: [Lachen] Ach weißte, das ist aber auch nen bisschen.
- S3: Nee. "Dann kommen Sie mit mir mal vor den Spiegel und jetzt gucken Sie mal in Ihren Ausweis. Sie sehen doch gut aus."
- [Lachen]
- S5: Das ist positiv besetzt.
- S3: Nee ich bin ja noch nicht fertig.
- S5: Achso.
- [Lachen]
- S3: "Und ne Patientin in Ihrem Alter hat mir vor ein paar Jahren mal gesagt, wissen Sie Doktor, und das find ich so toll, wenn Sie in meinem Alter früh morgens aufwachen und es tut Ihnen nichts weh, dann sind Sie tot." Sag ich: " Und das dürfen Sie mit nach Hause nehmen." Es ist einfach so. Mit zunehmendem Alter da tun eben die Knochen weh basta. Und Sie können nicht überall ein neues Gelenk einbauen. Ja und das ist genau das, was ich vorhin sagte, dienstags aus Mallorca kommen und fit sein, damit sie freitags wieder (.) nach Norwegen düsen können. Das sollen sie ja tun. Aber (.) ich benutze einfach auch mal das Wort mit einem gewissen Maß an Demut. (.) Ja und das ist (.) auch in diese Richtung mal zu sehen. Geb ich dir völlig Recht. Wir sind nicht auf dieser Erde, um uns hier ewig rumzutreiben. Das ist einfach so.
- S5: Das ist so. Aber das, wenn du das sagst als Gesundheitspolitiker in Deutschland wirste erschossen und nicht wieder gewählt. Und deshalb, ich, auch nochmal, das führt jetzt ins Politische ja, also ich, weil ich da nun bei der KV da manchmal mitgearbeitet habe. Diese Priorisierungsbestrebungen, das ist ja, wär ja auch ne Art Priorisierung wenn wir jetzt sagen, wir machen ne Demenz ähm Screening. Die ist in den skandinavischen Ländern schon tse, die machen das schon zehn zwölf Jahre. Das hat sich bei uns bloß keiner in den Mund zu nehmen getraut. Dass eigentlich ne Priorisierung im Gesundheitswesen dringend notwendig ist. Dass man sich auf den

Kern, Kernprobleme be// äh fokussieren muss und da die Mittel gezielt einsetzen muss. Und nicht eben noch ja (.) äh alles alles, was medizinisch möglich ist, rauszukitzeln. Das geht nicht. Dann müssen wir anders sagen, dann müßmer den Staat anders aufstellen, keine Ahnung ja. Oder eben wirklich da sagen, okay die Volkswirtschaft muss ganz umdenken. Alles in die Gesundheit. Wir gehen raus aus Afghanistan. Tja, aber würde jetzt zu weit führen. Bloß mal gesagt, ja da sind andere Länder viel weiter.

I1: Okay dann würd ich jetzt hier auch erstmal//

I2: Ich, also ich muss ja die ganze Zeit schweigen.

[...]

S1: Sie sind ja nun in der Klinik tätig.

S3: Jetzt nicht mehr oder wie?

I2: Ich möchte gerne von Ihnen hören, haben Sie schon einmal daran gedacht, wann Sie sterben werden? Wie alt werden Sie und können Sie sich vorstellen, dass Sie selbst dement werden?

S2: Ja.

S1: Ja.

S4: Ja.

S3: Klar kann man sich das vorstellen. Viele Intellektuelle werden dement.

I2: Was ruft das bei Ihnen hervor?

S3: Momentan noch gar nichts. (.)

I2: Wenn Sie einen dementen Patienten sehen, denken Sie an sich selbst?

S3: Nein, nee.

S2: Doch ich manchmal ja. Meine meine Omi die hat äh hat äh, es ist nicht Alzheimer nachgewiesen worden, aber sie ist dement und sie kennt uns nicht mehr und ich bin ihr so ähnlich. Und irgendwie denk ich oft (.), dass ich äh (.) auch so sein so werden könnte. Ja, dass mir das auch passiert. Denk ich schon, ja. Ich glaub es nicht und ich hoff es nicht. Ja aber ich denk es schon. Und ich denke immer, was ich dann, wie ich's dann am liebsten hätte. Ja wie (.) möcht ichs früh wissen, möcht ichs spät wissen, möcht ich äh ja. Ich würd schon ganz gerne ne Therapie haben, aber ich weiß auch irgendwann merk ich, dass es (.) dann tun mir die Angehörigen leid ja okay aber hm.

S3: Also ich denke da nicht an mich. Du kannst doch auch nicht bei jeder Frau, die zu dir kommt "ich hatte jetzt nen Cervixkarzinom" an dich denken.

S2: Na, nen bisschen schon.

S3: Ich kann doch nicht bei jedem, ich kann dich nicht bei jedem, der mit nem mit nem mit nem sonstwas kommt denken um Gottes Willen, das ist dein Alter, der ist in deiner Preisklasse äh.

S2: Nein nicht vordergründig, aber ich versuche schon mich in die Leute

reinzusetzen.

S3: [...]

S2: Zu verstehn, was sie bewegt und was man tun kann und wie man helfen kann. Aber man kann es ja nicht verhindern, man kann es nicht verhindern, auch wenn man frühzeitig diagnostiziert. Das ist ja eben leider nicht so. Sonst würden wir uns vielleicht doch noch noch tiefer reinknien oder so. Oder noch noch. Es wird sicherlich auch so kommen, dass das immer ne größere Rolle spielt und dass wir bei dann (.) grad bei jüngeren Leuten oder so, wo das eben so ist. Aber dann vielleicht nen bisschen eher was machen kann. Aber die alten Leute, wir wir wir können da nicht viel machen. Wir müssen nur zusehen, dass das Umfeld passt, dass wir sie gut betreuen, dass wir die Angehörigen schulen, dass wir dass wir da helfen ja. Denn die//

S5: Wir haben das, wir werden das Problem nicht haben. Ich weiß nicht, den einem oder anderen hab ich das schonmal nahe gebracht. ich hab einfach mal // Also wir Kollegen werden das Problem nicht so haben. Wissen Sie warum? Weil der Durchschnittsarzt in Sachsen-Anhalt mit neunundsechzig Jahren abtritt. Äh, das das das klingt jetzt erstma fatal, aber das ist eine reine Feststellung, nachzulesen im Deutschen Ärztebl// also im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt äh nämlich die Sterbedaten, die Sterberate der letzten von 2004 bis 2008. Die letzten beiden Jahre wurden schon gar nicht mehr veröffentlicht, warum auch immer. Und da, weil ich nen paar Kollegen kannte, hab ich gedacht, Mensch, den kennste doch, der ist doch so alt wie du, was war denn da? Punkt Selbstmord pipapo und so einige Sachen. Und da hab ich mich einfach mal hingesetzt und habe die Sterbedaten von hundertsechszig Ärzten dieser Jahrgänge, hundert, äh 2004 bis 2008 einfach mal zusammen gerechnet und da kam raus: Der Durchschnittsarzt in Sachsen-Anhalt gibt mit neunund// neunundsechzig Jahren das Stethoskop aus der Hand. Und das ist jetzt aber rein rein mal so formal und deshalb auch son bisschen was ich sagte ja, das ist schlimm, aber das lesen wir nicht auf der ersten Seite. Und deshalb kann ich das auch alles nicht verstehn mit dem Ärzteversorgungswerk. Das geht um die Versorgungsansprüche der Frauen, der Ärzefrauen. Aber das sind erstmal nur die Fakten, dass wir die jüngere Generation natürlich gerne äh da schon nen bisschen älter werden wollen. Aber das wir absolut, bin ich der Meinung, nicht die Lebenserwartung erreichen werden wie ja wie, wirklich die freien Berufe.

S4: Wie unsere Patienten.

S5: Das kann ich nicht erkennen. Oder wie unsere Patienten.

I2: Ganz kurz, noch eine eine weitere, eine letzte Frage, die interessiert mich auch persönlich. Ja also jetzt nicht nur für Doktorarbeit, sondern.

- Wenn Sie einen Patienten, wie verändert sich ihr Verhalten, wenn Sie wissen, dass ein Patient dement ist, gegenüber dem Patienten?
- S4: Sicher bringt man mehr Verständnis auf für manche Dinge, wenn es so ne Aggressionen waren oder solche Dinge, dass man da irgendwo Konfrontationen hatte. Denk ich mal, dass man dann einfach versucht nen andern Zugang zu finden. Wir ordnen die dann also nen bisschen anders ein dann im Ablauf. Also versuchens, nen paar jedenfalls. Ähm ansonsten (.) eigentlich. Ja und dass dass man das Gespräch noch mehr mit den Angehörigen sucht, wo ich sagen muss, bei manchen Patienten kenn ich dann oder lern ich dann erst das Umfeld kennen. Was ich vorher, wo ich nur den Patienten kannte und dann erst die die Angehörigen oder die häusliche Situation. Weil bis dahin kam er halt immer alleine und ich hab gedacht, der ist da so kompetent, kriegt das hin. Und wenn man dann die Diagnose hat, guck ich vielleicht nen bisschen mehr nach links und rechts. Aber sonst verändert sich, also das würde sich bei mir oder verändert sich bei mir selber. Mit Schwestern vielleicht auch mehr Verständnis, die vielleicht vorher ihn dann eben "Ach der versteht das nicht oder der hat das schon wieder vergessen." Dass die dann auch nen bisschen anders damit umgehn aber sonst, anders eigentlich nicht.
- S3: Im persönlichen Kontakt eigentlich nicht anders. Also vonwegen so ne heidedeile Nummer dann abzuziehn, damit der dann (.)
- S1: So ne Art Verdrängungs//
- S3: Ja nee, eigentlich nicht.
- S1: Dass du dann einfach, also dass er kommt und dann verdrängst du das, dass er dement ist und versuchst halt normal zu reden.
- S3: Ja so zu sprechen wie immer.
- S2: Ja, so handle mach ich eigentlich auch ja.
- S3: Man benutzt dann vielleicht doch
- S1: Andere Worte.
- S3: andere Worte.
- S1: Das machste schon.
- S2: Und man fragt öfter, wies geht.
- S3: Aber nicht, man verfällt nicht in das Kindchenschema wenn man, das nicht.
- S1: Nee.
- S2: Hm hm.
- S3: Das wüsst ich eigentlich nicht. (..) Sie grinsen so nett.
- S2: Was dachten Sie denn dazu, wie unsre Meinung ist?
- I2: Nein, es gibt (.) mal so zu reflektieren, wie ich selbst mit umgehe, ne. Also ich, wir beschäftigen uns jetzt grade mit dem Thema und ähm (.) ich merks an mir selbst ne, dass ich, wie sich mein Verhalten verändert, wenn ich nen Patienten als dement einstufe.

- S2: Und wie?
- I2: Das beunruhigt mich sehr. Weil ich zwar alles mögliche für nen Demenzpatienten versuche und auch sehr (.) [...] sehr um Würde bemüht bin und alles mögliche.
- S2: Hm.
- I2: Trotzdem ändert sich mein Verhalten gegenüber dementen Patienten. Gar nicht anders.
- S1: Dass man bestimmte Themen nicht mehr anspricht.
- I2: Ja sie (.) sie tasten sich immer ab.
- S1: Hm.
- I2: Was kann ich sagen, versteht er das? Gewisse Dinge äh spreche ich nicht mehr an. Die Zeit, die ich mit dem Patienten spreche, wird kürzer. Es nimmt an Belanglosigkeit zu.
- S2: Aber das ist doch auch normal. Ich denke trotzdem, ich denke trotzdem, dass es doch ähm, was da möglich ist. Man tut dann, was möglich ist. Man hat auch das Gespür dafür, was möglich ist. Und das wird weniger. Und ich denke, dass macht man, das ist nichts Negatives.
- S1: Es darf sich aber nicht mehr beschränken auf: "Wie gehts Ihnen denn heute?"(..)
- S2: Also ich denke trotzdem, dass es nicht so viel anders ist als mit anderen. Aber dass man eben (.) äh diese intensiven Gespräche kann man ja nicht mehr führen. Es ist schon beschränkt dann. Es ist aber es ist nicht es ist dadurch nicht, muss man kein schlechtes Gefühl haben, glaube ich.
- I2: Aber naja, welch// was besprech ich mit dem Patienten, was besprech ich denn lieber mit den Angehörigen?
- S2: Da, wenn die beide dabei sind, ertapp ich mich manchmal, dass ich das dem Angehörigen sage und dann dann sa// antwortet der Patient aber ja. Und dann sag ich, oh pass auf, dass du ihn jetzt nicht übergehst.
- S5: Ja ist richtig.
- S3: Jetzt woll=mer doch mal was anderes ansprechen, der kommt doch eigentlich primär nicht wegen seiner Demenz zu mir
- S2: Ja ja, das sowieso.
- S3: sondern wegen einer anderen multifokalen Erkrankung.
- S5: Richtig.
- S2: Aber grade da muss man aufpassen.
- S3: "Sie sind doch nicht heute bei mir, weil Sie wieder dementer geworden sind, sondern weil die Pumpe wieder mehr tut beziehungsweise weil wir gucken müssen, was der Hypertonus macht."
- S2: Und dann merkt man ja, was er versteht und was er nicht versteht.
- S3: Eigentlich verdrängen wir ja die Demenz und behandeln das Andere.

- S2: Aber man muss sich, man muss aufpassen.
S1: Genau das mit dem Verdrängen.
S3: Und damit haben wir ja nen Gesprächsthema.
S5: Nee ist richtig. Eigentlich sind wir Casemanager für die anderen
S3: Ja.
S5: Für die multimorbiden anderen Sachen und jetzt kommt, jetzt kommt zu allem Unglück auch noch die Demenz dazu ja. Und jetzt müssen wir aber trotzdem das andere managen, weil die, also ich hab jetzt keinen, wo der wirklich nur de// al// dement ist, ob nu vasculär oder Alzheimer, sondern der hat Grunderkrankungen, die wir auch behandeln müssen ja. Und wo wir dann der Blu//, was S3 schon sagte, und das ist dann, und dass dann eben zu managen, das auch hinzukriegen mit zunehmender Demenz, das treibt uns viel mehr um ja. Und deshalb werden das dann ja so schwierige Gespräche oft. Aber dass ich jetzt direkt ne Veränderung bemerkt hätte, das würd ich höchstens so sagen, S2, dass man, weil da oft oder immer nen Angehöriger dabei ist ja dass man den Patienten nicht übergeht.
S2: Das und das ja ja ja muss man aufpassen. Aber ich denke, wir wissen wenigstens, dass wir aufpassen müssen. Ja ich denke, das ist schon ja, dass dass wir ihn nicht übergehen sollen. Alles was noch geht, da muss man ihn fördern und ihn einbeziehen und (.) und ich denk schon.
S1: Wichtig ist in meinen Augen noch, wenn die jetzt in der Klinik waren, (.) auch hier in der geriatrischen Klinik, dass man auch nochmal auf die Medikamente nochmal richtig einguckt, eingeht und auch was se was sonst von irgendwelchen Fachärzten noch nehmen, dass man nochmal nach Interaktionen guckt. Denn das ist wirklich.
[...]
S1: Und das sie das auch alles morgens und so weiter schlucken müssen.

13.3. Transkription Fokusgruppe 2

Gesprächsprotokoll:

Interviewort: Halberstadt

Datum: 03.11.2011

Dauer: 40 min

Durchführung: Stephanie Papert

Anzahl der Teilnehmer: 17 Hausärzte, 2 Interviewer, 1 Beobachter

Geschlecht der Hausärzte: 8 Frauen, 9 Männer

Fachspezialisierungen der Hausärzte: 4 Internisten, die jetzt hausärztlich tätig sind; 7 Fachärzte für Allgemeinmedizin; 1 Fachärztin für Chirurgie, die seit 1990 als Hausärztin niedergelassen ist; 5 Hausärzte kamen später hinzu und äußerten keine persönlichen Informationen

Standorte der Praxen: Halberstadt

Interviewsituation: alle Ärzte untereinander bekannt (Qualitätszirkel), entspannte Situation, durch die große Anzahl der Teilnehmer, häufig Überschneidungen der Redebeiträge

Die verwendeten Transkriptionszeichen:

(.)	kurzes Absetzen
..	mittlere Pause von 2 Sekunden
...	3 Sekunden
(4sek.)	Pause; Dauer in Sekunden
(,)	Senken der Stimme
(^)	Heben der Stimme
(-)	Stimme in der Schwebe

(!)	besonderer Ausruf
neee	<i>Dehnung</i>
(selber ?)	vermuteter Wortlaut
(?)	unverständliche Äußerung
&	auffällig schneller Anschluss
„.....“	dialogische Rede
/	Konstruktionsabbruch
viellei	Wortabbruch
((z.B. laut))	„objektiv“ feststellbare, parasprachliche, nicht verbale, oder gesprächsexterne Aktivität
((z.B. ironisch)))	interpretativ feststellbare begleitende Sprechqualität
(k)	Korrektur

- M 2: Ok, dann fange ich jetzt einfach mit dem ersten Thema an (‘) und ich möchte sie am Anfang bitten, dass sie mir ihr Patienten Klientel hinsichtlich des Alters einmal beschreiben. Wie hoch ist der Anteil älterer in ihrer Praxis? War das schon immer so? Gab es da Veränderungen?
- TN 1: Wer fängt an? Soll ich anfangen? Bei mir war es so, dass ich also *von Null* auf angefangen habe. Ich habe also keinen Luxus übernommen. Bin also im ersten Quartal noch locker mit fünfzig Patienten über die Bühne gegangen (.) und dann hat sich das ständig gesteigert. Im Verlaufe meiner Zeit habe ich dann von älteren Kollegen die aufgehört haben viele Patienten übernommen, so dass mein Klientel jetzt schon stabil seit vielen Jahren doch eher ältere Patienten sind. Ich hab´ ´n Rentneranteil von *vierundfünfzig* Prozent.
- TN 2: Bei mir ist es so / Also die Praxis entspricht auch mehr der demografischen Situation in Sachsen-Anhalt. Wir sind natürlich auch bestrebt, auch jüngere Patienten zu interessieren (,) ne (‘) Mein Rentenanteil beträgt geschätzte *fünfunddreißig* Prozent und das ist für mich (k) ich achte schon auf ´ne gute Mischung (,) im Budge et cetera. ((lachen))
- TN 3: Ja, ich hab´ also *fast nur* alte Leute, muss man so sagen. Ich brauche also keine ((*unverständlicher Wortlaut*)) Als, ich weiß nicht, wie viele Rentner aber ich würde sagen, fast zwei Drittel werden das sein bei mir (,) mit ihrer Multimorbidität und den ganzen Problemen (,) Demenz und was da alles zu kommt.

- TN4: Gut / Ich habe sicherlich etwas weniger (-) ich möchte sagen (.) sechzig Prozent mit Sicherheit auch Rentner (,) ja (') Wir haben also auch neunzehnhundertneunzig die Praxis neu gegründet. Aber wir eben jetzt inzwischen eben auch die zwanzig Jahre mit unseren Patienten alt geworden, haben wir manchmal so das Gefühl. Also ich erwische mich immer mehr, dass ich die über neunundfünfzigjährige Ordinationsziffer eingeben muss. Also sechzig Prozent mindestens.
- TN5: Ja, ich bin eigentlich von Hause aus Kinderarzt. Habe mich mit meiner Mutter vor zwanzig Jahren auch niedergelassen / die als Allgemeinmedizinerin tätig war / die hat vor zehn Jahren aus Altersgründen aufgehört / habe da dann den Teil mit übernommen (') mache aber weiterhin doch (.) sehr viele Untersuchungen (k) oder Behandlungen im Kindesalter noch (') .. Bin sicherlich Derjenige, der noch am meisten Prospansoft aufschreibt hier in der Runde ((TN lachen)) Ja (,) wie gesagt / ich würde sagen, so dreißig Prozent ältere (k) oder über sechzigjährige (-) fünfunddreißig (-) (-) vierzig Prozent.
- TN6: Ich hab' meine Praxis damals von einer ehemaligen Betriebsärztin übernommen. Der Patientenstamm, den ich damals übernommen habe bestand aus (.) naja (.) zu neunzig Prozent aus Vorruheständlern. Inzwischen ist die Praxis weiter gewachsen, aber der Altersschnitt ist nicht besser geworden. Die Vorruheständler sind jetzt alle längst Rentner. Ich würde sagen, ich habe so auch siebzig Prozent Rentner ungefähr. Ich liege weit über dem Fachgruppendurchschnitt.
- TN 7: Ja, ich habe auch 'ne Praxis übernommen von 'ner älteren Kollegin, die dann in Rente gegangen ist (') mit 'nem sehr hohen Rentneranteil und mittlerweile ist aber auch die Praxis deutlich gewachsen und ich denke (,) knapp fünfzig Prozent Rentner sind es bestimmt
- TN8: Ich habe vor fünf (k) ungefähr fünf Jahren die Praxis übernommen von meiner Vorgängerin (') die hat auch über ihr Rentenalter hinaus gearbeitet und über Jahrzehnte 'ne Hausarztpraxis betrieben und ist also mit ihren Patienten alt geworden (.) und dementsprechend sind natürlich die Patienten dann auch ziemlich alt, also so von den Statistiken, die wir da immer mal kriegen, liege ich auch über dem Durchschnitt (') kann jetzt aber keine genauen Zahlen nennen. Aber, ja, wenn ich jetzt Patienten neu annehme sind sie eigentlich immer jünger, so dass ich mich langsam nach unten arbeite ((lachen)).
- TN9: Also ich habe die Praxis, die ich jetzt betreibe von meinem Mann übernommen (') / war erst in Gemeinschaftspraxis mit ihm / und das ist 'ne ganz alte Praxis (.) Das ist glaube ich jetzt die älteste jetzt in ((Auslassung Ortsname)) Und da mein Mann krank wurde habe ich dann 'n bisschen alleine weiter gemacht und habe dann nicht mehr so sehr viele Patienten über fünfundsechzig bis siebzig Prozent

Rentenalter (k) ab Rentenalter hab' ich auch (.) und es kommen mal wieder 'n paar Jüngere (.) sterben ja auch 'n paar Alte. #00:07:43-8# ((viele TN lachen))

TN10: Ich arbeite mit meinem Vater zusammen in 'ner Gemeinschaftspraxis und denke, wir haben auch über die Hälfte an Rentnern.

TN11: Ich hab' auch vor fünf Jahren eine Praxis übernommen in so 'nem Stadtteil (.) will ich mal sagen (.) von ((Auslassung Ortsname)) Ist wie so 'n kleines Dorf da oben in 'ner Siedlung fast / das ist insgesamt auch 'n altes Patienten Klientel will ich mal sagen / ich hab' bestimmt auch siebzig Prozent Rentner (-) ja (-) aber es kommen auch immer mal Jüngere nach, ja.

TN12: Ja, also sieht bei uns eigentlich auch ähnlich aus. ich hab' mit meinem Kollegen zusammen vor knapp zwei Jahren 'ne dreier-Praxis übernommen, die alle gleichzeitig aus Altersgründen ausgeschieden sind und habe auch überwiegend älteres Klientel. Also gemischt schon (') aber ich würde auch sagen so naja (,) bestimmt sechzig Prozent Minimum ältere.

M2: Und was würden sie sagen, mit welchen Beschwerden kommen hauptsächlich auch die älteren Patienten zu ihnen in die Praxis?

TN4 ? ((unverständlicher Wortlaut)) ((TN lachen))

TN 5. Schmerzen

TN7: und Beschwerden & jetzt nur Beschwerden (,) ja.

M1: Beschwerden (') oder Krankheiten (,) #00:08:54-0#

TN7: Beschwerden.

M1: Beschwerden.

TN5: Rückenschmerzen.

TN7: Rückenschmerzen und Schwindel.

TN8: Luftnot

TN7: Ja, auch mal, ja vorwiegend nicht.

TN9: Also alle Symptome ihrer chronischen Krankheiten die sie immer wieder neu interpretiert und erklärt haben wollen.

TN4: Kalte Füße (-) dann tastest ((unverständlicher Wortlaut)) ((viele TN lachen))

TN7: ja.

TN2: Sehr viel auch Schlafstörungen. ((mehrere Teilnehmer bejahen diese Aussage)) und ((Infekt, weswegen ganz viele kommen = *vermuteter Wortlaut*))

TN4: auch mit Husten. #00:09:31-4#

M2: Also sie würden schon sagen, dass körperliche Beschwerden im Vordergrund sind?

((mehrere Teilnehmer bejahen diese Aussage knapp))

- M2: Und ist auch die Demenz ein Thema in ihrem Sprechstundenalltag?
- TN3: Ja
- TN5: Ja, zunehmend.
- TN7: Ja.
- TN1: Alleine schon, weil Patienten einfach älter werden. Wir haben ja in den letzten Jahren nochmal riesengroßen Ruck vorgenommen mit der Lebenserwartung und dadurch ist das eigentlich schon klar, dass das einen immer größeren Stellenwert bei uns einnehmen wird.
- TN7: Ist aber auch immer ´n schwieriges Problem (,) wenn man schon mal erkennt dass dadurch / dass Demenzsymptome da sind, den Patienten das zu vermitteln. Da braucht man also immer die Angehörigen. Und wenn man mit den Patienten mal versucht, so ´n Demenztest zu machen, ist das für die Patienten auch *ganz schwierig*. Also, dass ist ein heißes Eisen auch, weil die Patienten ja noch im Anfangsstadium der Demenz sind und natürlich nicht im Prinzip als dement abgestempelt werden wollen.
- TN3: Die fühlen sich erniedrigt teilweise dann /
- TN7: Das ist ´n ganz schwieriges Thema, wirklich.
- TN8: Man muss dann immer die Angehörigen mit einbeziehen.
- TN6: und wechseln dann zum Ehepartner ((viele TN lachen))
((unverständlicher Wortlaut))
- TN8: Es gibt aber auch genug, die denken, sie haben ´ne Demenz und /
- TN7: da ist gar nichts
- TN1: Naja, die meisten denken, sie sind nicht dement, aber sie sind ´s.
- TN2: Oft kommt ja der Anstoß auch von der Familie her, von den Partnern oder den Kindern
- TN7: Das ist oft, ja.
- TN2: Und manchmal ist es auch so, man testet die, die selber in der Praxis kommen die ziemlich normal noch rüberkommen / und man testet und die Testergebnisse sind eigentlich gar nicht so schlecht. Aber die Berichte was der (k) aus dem Alltag / sind katastrophal. Also da hat man oft ´ne Diskrepanz. Und wenn man dann nochmal ´n paar Monat wartet und dann den Test macht, dann hat man´s auch, dass man dann auch die entsprechend positiven Seiten im Test hat.
- M2: Können sie mir dann noch mal so Situationen schildern, wenn sie ihre Patienten so beobachten, welche Auffälligkeiten denn bei ihnen denn so den Verdacht auf ´ne demenzielle Erkrankung schließen lassen.
- TN1: Manchmal ist es kurios. Manchmal weiß der Patient gar nicht, warum er bei mir drin sitzt (,) ja (´) Ist auch ´n typisches Zeichen dafür, dass der schon gar nicht mehr weiß, warum er eigentlich gekommen ist. Das ist sehe ((unverständlicher Wortlaut))

- TN5: Oder wenn ihre Tabletten alle sind und se eigentlich erst vor vier Wochen das Rezept geholt haben und nicht mehr wissen wo se liegen, was se nehmen.
- TN1: Auch emotional (,) man kennt ja den Patienten
- TN9: Man kennt ´n und die verändern sich
- TN1 Die verändern sich, ja. Die lachen über Dinge, über die man nicht lachen kann (´) die reagieren eigenartig, ja (´) und man merkt, die werden lebensfremd.
- TN8. Und die sind auch nicht mehr so exakt angezogen.
- TN3. Also manchmal kriegt man ´s relativ zeitig mit und der Ehepartner der kriegt das manchmal nicht so / Also der Ehepartner, die sind ja im gleiche Alter mehr oder weniger, der kriegt das dann nicht so mit. Und wenn man das Thema dann sagt, dann sagt er "ja (-) ja (-) irgendwas hat sich verändert". Aber diese Diagnose "Demenz" oder so (-) verdrängen die eigentlich auch auf der Partnerebene.
- M2: Können sie das mit dem "nicht mehr richtig angezogen" nochmal ´n bisschen genauer beschreiben.
- TN8. Ja, also die / passt vieles nicht zusammen, ist auch mal was verkehrt rum, es ist bekleckert, sie sind nicht ordentlich gekämmt und gepflegt und man sieht so / naja, die sah´ mal früher besser aus (,) war immer schick, oder immer ordentlich und jetzt wird se so ´n bisschen / riecht auch manchmal ´n bisschen strenger. Ja, die vernachlässigen sich also etwas und merken das nicht.
- M2: Noch andere Dinge, die auffallen, vielleicht beim Hausbesuch?
- TN1: Na da wir Hausärzte sind, gehört das natürlich auch dazu.
- TN4: Kommt drauf an wo die wohnen.
- TN4 Die machen erst gar nicht die Tür auf, ne (´) man ruft vorher an / sagen extra zur Schwester: "*Ruf´ dort mal bitte an.*" Und dann steht man an der Klingel (-) dann muss man selber nochmal die Nummer raussuchen mit dem Handy und anrufen und dann "*ach ja, stimmt, sie wollten ja heute kommen*"
- TN5: oder sie finden Knopf nicht, womit man die Tür auf macht wenn man klingelt (,) stehen dann hilflos davor und wissen nicht, was sie damit anfangen sollen das ist auch schon vorgekommen.
- TN4: Und typisch ist eben, dass auch die Wohnung nicht mehr aufgeräumt ist. Das schaffen sie eben auch nicht mehr alles, auf die Reihe zu bekommen. Da sieht man dann manchmal auch unsinniges Zeug (,) Papierkorb steht auf dem Tisch und Essenreste werden im Schubfach entsorgt und solche Sachen
- TN5: Und alle Tabletten sind in einer Schachtel
- TN4: Oder so was

- TN7. Ich war heute bei einer Patientin da fahr´ ich alle vier Wochen hin und die hat gesagt: "*Schön, dass wir uns endlich mal kennen lernen*" & das ist dann auch /
- TN6: Das gibt es viel.
- ((Einfügen von iPhoneDatei-Mitschnitt))
- M2: Welche diagnostischen Möglichkeiten kennen Sie denn und welche nutzen Sie auch in Ihrer Praxis um eine Demenz abzuklären?
- TN4: Also ich finde das Wichtigste so ist eigentlich das Gespräch mit dem Patienten. Dass man guckt, ob er örtlich, zeitlich und zur Person orientiert ist. Dass man so als Suchtest schon sehr schnell ne Übersicht bekommt. Ich führe wohl auch in meiner Praxis Demenztests durch, obwohl das immer schwierig ist.
- TN8: Also ich fang doch mal so nen bisschen ab so nem bestimmten Alter solche Tests... Uhrentest, Mini Mental Status.
- TN9: Also mit der Uhr das ist schon sowas Verblüffendes. Der Test ist so einfach, aber die kriegen das nicht mehr hin.
- TN2: Aber ich hab einen Patienten, da hab ich gedacht, der kriegt das nicht hin, der konnts. Das gibt's auch.
- TN9: Aber der Uhrentest. Da denkt man, das ist so einfach, da ne Uhr aufmalen.
- TN3: 10 vor 12.
- TN5: 10 vor 10.
- TN1: 10 nach 10.
- TN5: Wir sind mit Digitaluhren aufgewachsen.
- TN4: Konsole aufmalen, das kriegen wir hin. [Lachen] Wo ist der rote Knopf?
- ((Wechsel Audiodatei 3))
- M1: Bitte die nächste Frage ((TN lachen))
- TN9. Wir waren bei der Diagnostik
- TN11: Uhrentest und Diagnostik halt
- TN8: Uhrentest (.) reicht völlig aus.
- TN10: Ja, reicht völlig aus
- TN8: Ja, reicht völlig aus, denn alles ist irgendwie an den Haare herbei gezogen / denn die Uhr gut malen können in kurzer Zeit /
- TN1: Nee, es ist auch schon wichtig, auch mal zu frage, was man für ´n Tag hat, was für ´ne Uhrzeit und wo man lebt / und es ist erstaunlich, wie viele Leute, die eigentlich so ganz gut drauf sind das nicht wissen.
- TN?: Ja, eine meiner Patientinnen meint, sie hat ihre Zeitung nicht hier. Aber man muss natürlich sagen, wenn man im Urlaub ist, man sich auch erstmals orientieren
- ((mehrere Redebeiträge zeitgleich, daher unverständlich))
- TN7. Also als Rentner ist man nicht mehr so orientierungsfähig. Da weiß man das nicht immer / oder in welchem Bundesland man lebt

- TN6: oder s' Datum
- TN10: Das ist manchmal schwierig.
- TN5: Oder das Datum im Urlaub, das ist schwierig.
- TN7: Na gut, für alte Leute ist das ((vielleicht auch nicht wichtig = vermuteter Wortlaut))
((mehrere Redebeiträge zeitgleich, daher unverständlich))
- TN5: Das ist auch 'ne Frage beim Kopfrechnen häufiger (,) ja ('): „Sie haben 5 Euro, kaufen was für 2, 30 (.) wie viel kriegen sie wieder?“ Das klappt auch wunderbar. da kann man auch sehr schnell sehen, ob das noch alles klappt.
- TN6: Den Namen des Ehepartners, der muss ja sofort kommen ((viele TN lachen)) Was gibt 's n da zu überlegen ((viele TN lachen)) TN7 Hoffst du !) ((lachen))
- TN6: "Welcher" kommt dann ((viele TN lachen))
- TN7: Na die Generation (.) die ist noch in 'nem anderen Sinne groß geworden.
- TN6: Das stimmt.
- TN7: Aber ich hatte jetzt wirklich mal eine, da hat der gedacht, seine Frau ist seine Mutti und hat se auch immer so angesprochen (,) ja (') "Inge" / Und dann hat die mal gefragt: "Na weißt du, wer ich bin?" Naja, da wusste er dann nicht so richtig, was er sagen sollte. Da kam dann raus / na der dachte immer, das ist seine Mutti. Da hat der sie gefragt: "Wer ist denn die Frau, die da immer im Bett neben mir liegt" ((viele TN lachen)) & "Na das bin ich doch, deine Frau!" . "Ach so." (.) Und dann war er noch so clever, er ist da immer rnoch drauf eingegangen, was sie gesagt hat.
- TN6: Und wie alt?
- TN7: Na sagen wir mal so um die achtzig. Aber niedlich dabei, ja (') ((lachen))
- M1: Gestern habe ich gesehen (.) *Jopi Heesters* bei seinen Auftritten. Der will nicht mehr von der Bühne gehen und der will nicht mehr aufhören zu singen ((viele TN lachen)) / und ich denke mal, dass alle, die die Vorstellung besuchen / die gehen alle nur hin, um den zu sehen.
- TN9: Ja, das stimmt.
- TN4: Traurig.
- TN3: Aber der ist so noch von sich eingenommen, den interessiert gar nichts anders mehr. Der singt da / und ohne Ende und seine Frau steht daneben und souffliert die Texte.
- M2: Gibt es in der Praxis so Laborparameter, die sie dann, wenn sie den Verdacht haben vielleicht speziell abnehmen, um Differenzialdiagnosen auszuschließen (') oder zählt wirklich nur der persönliche Eindruck vom Patienten.

- TN1: Auf welche Krankheit bezogen (,) auf Demenz (')
- M2: Auf Demenz, ja.
- TN1: Nö, da gibt es keine Laborparameter.
- TN? Nein, wüsste ich jedenfalls nicht.
- ((mehrere Redebeiträge im Hintergrund zeitgleich))
- TN5: Ich hatte jetzt erst eine mit ´ner Niereninsuffizienz, die hat halluziniert.
Die war einfach urämisch.
- M1: Ja gut, dann war se nicht dement. Das ist was anderes.
- TN5 Ja, aber die hat / Aber wirkte dann so
- ((Redebeiträge im Hintergrund))
- TN6. Dann war se im Präkoma.
- TN5. Nein, noch nicht, die hat einfach halluziniert.
- TN6. Bei welchen Kreatininwerten (-) wie hoch war ´das (-)
- TN 5: vierhundertfünfzig
- TN6: und Harnstoff von fünfzig
- TN3: Das ist ja ´n akutes Ereignis.
- TN9: Na wenn die immer / das sind dann sieht man ja /
- TN5: Die war zwei Wochen vorher beim Nephrologen zur Kontrolle. da war "Krea" noch hundert und Harnstoff bei zehn und dann zwei / und dann hat se auf einmal nachts Stimmen gehört, ja (') Also so schnell kann ´s gehen, dass man abgestempelt wird.
- TN2: Manchmal sind es auch Medikationen, die übers Gehirn laufen. Also Parkinson-Mittel ((mehrere Teilnehmer bejahen die Aussage)) oder auch mal Schlafmittel oder so was. Wenn man die weg lässt, sind die Leute plötzlich wieder ganz normal und davor halluzinieren die auch. Also das kann auch ´ne Rolle spielen.
- M2: Spielt für sie in der Demenzdiagnostik die Bildgebung eine Rolle?
- TN11: Das kommt darauf an, wie alt die sind. Also wenn ich ´ne achtzigjährige hätte, würde ich nichts machen. Aber wenn ich bei ´ner fünfzigjährigen / das kann ja auch vorkommen. Da muss man dann schon anders reagieren, als wenn se / ((unverständlicher Wortlaut))
- TN3: An muss auch von Symptomen ausgehen, weil / ich hatte ´ne Patientin jetzt vor kurzem, die war Mitte sechzig (,) Anfang siebzig (') die kam / fiel mit Wortfindungsstörungen auf (,) die war beim Neurologen schon vor zwei Jahren. War nichts. Und jetzt war se im MRT
- TN7: mhm (,) kann ja auch mal was / kommt drauf an.
- TN4: Naja gut, aber da hat man ja dann auch irgendwann mal weitere klinische Symptome.
- TN3: Nee, hat se nicht. Die hatte die Wortfindungsstörungen und von der Neurologin wurde se dann irgendwann mal ins MRT geschickt. Also keine körperlichen Ausfälle.
- TN4. Na gut, hätte man noch zwei oder vier Wochen gewartet, dann wäre bestimmt noch was anderes hinzugekommen. Das meine ich damit. ja.

- TN3: Das hätte passieren können. ja.
- M2: Sie haben jetzt schon einzelne Sachen zusammengetragen. Ich würde Sie einfach nochmal ganz konkret bitten, mir zu beschreiben, wenn sie jetzt ´n Patienten haben, wo sie den Verdacht auf ´ne Demenz haben, wie ihr persönliches Vorgehen ist. Vielleicht, wenn sie sich erinnern an ihren letzten Fall, den sie in der Praxis hatten, dass einfach nochmal zu schildern, wie ihr Vorgehen ist.
- TN1: Also im Prinzip ist es so, dass es zwei Wege gibt. Entweder kommen die Angehörigen auf einen drauf zu und sagen, ihnen kommt da irgendwas schwierig vor. Das ist eigentlich der schwierigere Weg. oder aber man hat selbst Kontakt mit dem Patienten und merkt, dass dort etwas nicht in Ordnung ist. Und dann versuche ich, ohne dass der Patient merkt, dass es in diese Richtung geht, durch entsprechende Fragen, die ich stelle, mir ´n Überblick zu verschaffen, ob sich da jetzt wirklich strukturell was geändert hat. Wenn es so ist, dass der Weg ist, das der Patient zu mir gekommen ist und ich stelle das von mir aus fest, dann ist es eigentlich einfacher. dann kann man mit dem Patienten auch sehr viel offener mit dem Patienten darüber sprechen. Schwieriger ist der Weg, wenn die Angehörigen den hinschleppen zu uns und jetzt muss hier endlich mal ´ne ordentliche Diagnostik gemacht werden (´) der Patient Angst hat (´) / eben auch diese Versagensangst hat / dann wird es also oft auch *sehr sehr sehr* schwierig, da weiter zu kommen. Da ist es dann oftmals günstig den einfach (k) den Patienten einfach nochmal alleine wiederzubestellen und ihm in aller Ruhe klar zu machen, dass es jetzt hier nicht darum geht, in irgendein Schubfach zu schieben, sondern zu erreichen, dass der solange wie möglich sein gewohntes Umfeld erhalten kann. Und da wollen wir ihn eigentlich drin unterstützen. Dann kann man das oftmals doch noch ganz gut in den Griff bekommen.
- TN2: Na dann muss man auch noch versuchen, Defizite im Alltagsleben zu eruieren (´) / wie ist seine Alltagstauglichkeit (´) / mit ihm bereden (,) ne (´) wo bräuchte er Hilfe (-) wo bräuchte er keine Hilfe, welche ambulanten Möglichkeiten gibt es (-) um ihm dabei behilflich zu sein und wenn man merkt das klappt und im Gespräch macht er noch mit und ist offen / und manche wollen da auch nicht, weil sie sich eher erniedrigt fühlen, wenn se Hilfe bekommen (,) dann kann man das ´ne Weile so laufen lassen und beobachten.
- M2: Ändert sich ihr Verhalten dem Patienten gegenüber, wenn für sie feststeht, der Patient hat ´ne Demenz?
- TN2: Na die Aufmerksamkeit (.) der Fokus wird ´n bisschen verschoben.
- TN6: Na und man muss versuchen, die Angehörigen einzubeziehen. das ist letztendlich ganz wichtig.

- TN8: Ich gebe dann auch eher schriftlichen Anweisungen und schreibe Empfehlungen und schreib das einfach auf, was ich sonst halt einfach erzähle und denke "das wird er sich schon merken.
- TN6: Ich find das ganz wichtig, dass die was in die Hand kriegen wo die dann immer wieder nachlesen können und wissen dann wieder, was der Doktor gemeint hat und was er möchte. Ansonsten geht es eben darum, das zu organisieren (,) sich Hilfe in der Verwandtschaft zu holen, Sozialschwestern zu organisieren, die ihn überwacht / die dann auch ´n Auge hat, wie es in der Wohnung aussieht / und dann entsprechend entschieden, geht das noch zuhause oder muss man jetzt doch den Notbremse ziehen.
- M2: Welche Rolle spielen denn Leitlinien oder Fortbildungsveranstaltungen für Demenzdiagnostik für sie? Wie ist da ihr persönlicher Bedarf (´) wie nutzen sie das (´)
- TN8: Ja sehr viele (,) das ist gar nicht mehr so (,) ist wenig.
- TN10: Das ist nicht so oft
- TN11: Ich würde eigentlich auch sagen, dass ist eigentlich auch / das ist eigentlich das, wo wir die Spezialisten sind. Ich meine, neben den Neurologen natürlich auch, weil wir sind die, wo die als erstes auflaufen, ja (´) und eigentlich wäre es so, dass wir als Hausärzte den Fachärzten vielleicht Weiterbildung geben könnten über Demenzkranke (,) ja (´) Ich bin der Meinung, dass für mich ´ne Fortbildung / eigentlich ´ne Fortbildung oder ´ne Leitlinien keinen Sinn machen. (4)
- M2: Haben sie ´ne Leitlinie zur Demenzdiagnostik in ihrem Arztzimmer stehen, die sie manchmal zur Hand nehmen?
- TN11: Nein, die gibt´s nicht. Nein.
- TN2: Doch, ich hab´ was, aber ich weiß jetzt nicht wie das heißt ((lachen))
- M1: und das schicken se jetzt an jeden rum ((lachen))
- TN2: Ich such´ ´s raus.
- M1: Kennen sie die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin?
- TN5: Ich denke schon. Ja. Ich hab´ ´se auch liegen. Das war ´ne ganze Reihe und da war Demenz mit dabei
- TN11: Ich weiß, dass es die gibt. Wir hatten auch ´ne SIQ-Weiterbildung über dieses Thema. Aber ich bin der Meinung, dass das wirklich so ist, wenn wir wirklich / Wenn wir so viele Jahre mit solchen Patienten zu tun haben, dass wir merken, wenn der Patient in diese Richtung kommt und da entsprechend drauf reagieren
- TN9: Woher hast du das?
- TN5: Qualitäts-/ Qualitätszirkel. Qualitätszirkel.
- TN2: Die Frage ist ja dann die Therapie dann auch. Das ist ja noch umstritten noch.

- TN1: Das ist ja ´ne andere Frage.
- TN5: Genau. da gucke ich auch manchmal hin. #00:10:22-3#
- TN2: Ich meine, die Diagnose die kann man so stellen. Da braucht man keine Leitlinie ((TN1 bejaht die Aussage)) Ich meine, du kennst den Patienten vom Status quo und weißt, wie er heute ist und hast diese Veränderung (´) das ist eigentlich relativ / und dann kommt noch so ´n paar Tests
- TN5: Genau, und dann hat man schon die Diagnose.
- TN2: Name des Partners (´) hier der Uhrentest. (´) Wenn das alles nicht / was ist heute für ein Tag (´) und dann guckt er einen an und sagt "*der Mond scheint*" dann sagst du "ok" dann ist das / so ist das. Und wenn man dann so fragt / ganz konkrete Frage, die schnell kommen muss und der reagiert und nur überlegt und man merkt Hilflosigkeit dabei. Also nicht (,) er hat ´ne Wortfindungsstörung, sondern echt Hilflosigkeit. Er wird (k) hat mit dieser Frage nicht gerechnet.
- TN9: lacht drüber
- TN2: und grient dann und versucht das Thema zu wechseln, ja (´) / "ja, ja" oder "nein, nein" oder /
- M2: Gibt es Faktoren oder Umstände, wo sie sagen, das hindert mich so ´n bisschen an der Diagnostik von der Demenz? Oder sagen sie einfach so "*Ich bin zufrieden, wie ich jetzt die Demenz bei meinen Patienten diagnostiziere.*"
- TN6: Ja, der Druck vom vollen Wartezimmer, der hindert einen daran.
- TN4: Also man sucht (k) also ich suche nicht nach Demenz.
- TN6: Nee, das mache ich auch nicht.
- TN6: Das fällt mir auf, dann reagiere ich (´) dann muss aber auch schon ´n bisschen fortgeschritten sein.
- TN2: Und dann ist ja auch immer die Frage, wie schwer und welche / wie schon angesprochen / was für ´n Bedarf besteht jetzt / in erster Linie pflegerisch unterstützend, im Haushalt und so weiter.
- TN7: Naja, ((´n Heim = *vermuteter Wortlaut*)) ist jetzt kein Heilmittel (.) oder kein Wundermittel oder / die Medikamente die es gibt, die sind teuer und ob die helfen, das ist ja auch umstritten
- TN6: Nee, die helfen nicht, das ist anerkannt. Es gibt nichts gegen Demenz. Eigentlich gibt ´s nichts.
- TN7: Eigentlich gibt es nichts. So, und warum soll ich jetzt da so ´ne akribische Suche betreiben.
- ((mehrere Redebeiträge im Hintergrund))
- TN2: Und die Laborparameter werden ehe bei diesen älteren Leuten mehr oder weniger engmaschig kontrolliert, die also ´ne organische andere / außer dem Cerebrum bedingte Ursache dann haben. das ist klar, die muss man dann natürlich behandeln. ansonsten mit Medikamenten wie Axora können wir ja gar nicht aufschreiben.

- TN9: Kriegen wir aber oft, wenn se ind er Klinik waren.
- TN2: Kann der Neurologe machen dann / also wenn jetzt ganz spezielle, teure Medikamente verordnet werden, was eigentlich in letzter Zeit gar nicht mehr so vorkommt
- TN9: nee, kommt nicht so oft vor.
- TN2: nicht so oft, aber vor ein paar Jahren war s noch so. Dann schicke ich die zum Neurologen, weil wir anfechtbar sind dann nämlich als Hausärzte.
- TN3: Das kommt ja dann wieder zurück.
- TN2: Regressgefahr bekommen / und die schreiben ´s auch meistens nicht auf.
- TN9: Also ich hatte jetzt so ´n Fall, da habe ich aber auch keine große Besserung gemerkt, und dann hab´ ich ´s abgesetzt. Aber prompt ist der schlechter geworden, nach Aussagen der Familie. kann natürlich auch sein, auch sein, dass die da jetzt so ´n bisschen rumtricksen und sagen, der hat da so was Gutes gekriegt, jetzt kriegt er ´s nicht mehr
- TN11: und teuer, ja (´)
- TN4: Dieses Anspruchsdenken was auch noch in der Bevölkerung immer mehr wird.
- TN11: Das Anspruchsdenken. Genau!
- TN2: Und wenn se jetzt so zwanzig Jahre wie wir jetzt hier ´n Großteil praktizieren, das ist ja erschreckend, wenn man jetzt mal die Zukunft in zehn zwanzig Jahren gedanklich hinaus projiziert (´) dann möchte ich eigentlich kein Allgemeinmediziner mehr sein das sage ich ganz ehrlich. ((lachen)) machen se lieber ´n kleines Fach. ((lachen)) ja ist so. ((lachen)) Es ist unheimlich / geht immer mehr in Richtung amerikanische Verhältnisse.
- TN11: Und man wird immer angespuckt (.) vom Patienten und von der Krankenkasse.
- TN1: Also mein Hauptproblem sind wirklich Angehörige, die mit Druck hinterher sind, um den Patienten zu dieser Diagnostik zu zwingen oder zu drängen. das ist eigentlich mein Hauptproblem bei dieser Geschichte. Ansonsten, wenn ich den Patienten alleine bei mir habe, oder auch mit der Partnerin und die sind gar nicht wegen diesen Problemen da, dann sehe ich keine großen Probleme. ja, und da brauch man keine zwanzig Minuten um das festzustellen. das geht eigentlich relativ schnell.
- TN5: Das ist dasselbe wie bei ´ner Depression. Die Angehörigen sind mit der Diagnose überfordert. Die denken, der geht zum Arzt, da passiert was und dann ist er wieder so wie vorher (,) ja (´) Aber das passiert ja nicht (,) ja (´) und das muss man denen irgendwie / Wir wissen, dass es so ist (´) dass jetzt ´n Prozess losgeht, der mehr oder weniger schnell abläuft. Aber dass er der Alter (.) oder sie die Alte nicht mehr

ist / und das wollen die anderen nicht begreifen. Das muss man denen dann ganz deutlich sagen.

TN6: Das betrifft aber auch andere Krankheiten,

TN3: jede chronische

TN6: wo einfach erwartet wird, dass ´ne Heilung stattfindet (.) die gar nicht möglich ist.

M2: Was halten sie von einem generellen Screening auf Demenz in der Hausarztpraxis.

TN6: Ist nicht durchführbar (.) zumindest nicht in Ostdeutschland.

TN9: Was soll das auch bringen! Zu was für Ergebnissen soll das führen!

TN3: Können sie im Westen machen in den Großstädten, die nicht wissen, was sie machen sollen und Däumchen drehen. Aber nicht in ´ner ostdeutschen Praxis.

TN7: Ja, welche Konsequenz hat so was.

TN9: Ja (!) Welche Konsequenz soll das haben. Alle schreiben Axura auf und wird teuer für alle.

TN6: Wo ist der Nutzen (.) genau (.)

TN4: Also theoretisch wäre das dann gut und angebracht, wenn man wüsste, es gibt ein Medikament, was die Sache zurück schrauben kann ((*mehrere Teilnehmer bejahen die Aussage*)) dann wäre ich dafür, dass man so was einführt. Da es das aber nicht gibt, bin ich der Meinung, sind das Ressourcen, die vielleicht woanders wichtiger angelegt sind, als bei dieser Erkrankung. Wir können ehe die Krankheit, wenn überhaupt mit diesen Medikamenten soweit aufhalten, dass die vielleicht / theoretisch ist es so / vielleicht ein oder eineinhalb Jahre länger noch selbstständig sein können und dann ist unser Fenster schon wieder geschlossen.

TN8: So (.) und das kostet aber viel Geld.

TN9: Und dann wird man wieder angezählt. Also man steht ja dann eigentlich auch wieder in so ´ner Zwickmühle. Also was heißt "eigentlich" /

TN4: Mir geht es dabei eigentlich nicht um ´s Geld. Ich bin sogar dabei, dass ich auch Patienten selbst einstelle (´) gesetzt dem Fall, dass ich damit erreichen kann, dass die zuhause noch zurechtkommen. Solange die draußen, zuhause noch zurechtkommen, sehe ich noch ´ne Rechtfertigung für solch ´ ein Medikament (.) weil ich auch nicht beweisen kann dass es nicht wirkt und wenn es aber soweit ist, dass der Patient ständig fremder Hilfe bedarf (,) entweder ins Heim kommt (-) der aber ständiger Überwachung durch die Familie bedarf, dann ist eigentlich das Fenster geschlossen. dann brauchen wir kein Medikament mehr.

TN9: Naja, aber ganz so wird ´s ja auch nicht gesehen, denn ´s heißt ja auch, wenn du das Medikament gibst und es hat einen geringen Erfolg, dann ist auch die Pflege leichter. Das wird ja auch diskutiert

und zur Erleichterung der Pflege soll ´s das ja auch geben (k) oder weiter geben.

TN6: Ja (-) jeder wird das ´n bisschen anders sehen. ich hab´ meine feste Meinung

TN9: Naja, aber ´s ist ein Diskussionsbeitrag.

TN1: Es gibt ja auch nicht-medikamentöse Maßnahmen. Hier wär´ nun eben die Frage, inwieweit man denn vielleicht auch eher so ´ne Sachen einsetzen würde, wenn man wüsste, da ist was im beginnen (,) ja (´) dass man eben versucht, die Leute zu integrieren in den entsprechenden Beschäftigungsangeboten die es hier gibt von verschiedenen Anbietern her. Aber naja, es fehlt schlicht und einfach die Zeit. Es gab ja glaube ich / im letzten Jahr / von der AOK so ein Programm, ja (´) wo denn auch mal im Quartal / das mit dem *Mini-Mental-Test* /

TN9: Im dritten oder vierten war das

TN1: Ich weiß nicht, ich habe vielleicht ein oder zwei machen können, aber das war / es fehlt schlicht und einfach die Zeit. und es kostet viel Geld (k) viel Zeit und ich meine, wenn man sieht was dann so ´n Mini-Mental-Test bringt, dann verliert man ja sofort die Lust / Aber darunter darf man ´s überhaupt nicht sehen unter dem Aspekt, sondern eher, dass man das für den Patienten tut. gut (,) über das VERAH-programm haben wir ja noch die Möglichkeit, zu mindestens mal die Schwester den Hausbesuch machen zu lassen, aber auch da ist die Zeit im Prinzip begrenzt. Im Prinzip macht man ´s dann, wenn ´s offensichtlich wird (,) oder wenn ´s irgendwem auffällt (,) entweder einem selber oder den Angehörigen (,)9 wenn ´s denn wahrscheinlich schon zu spät ist.

TN 3: Also so ´n Demenz-Screening, wenn man das machen wollte (,) das könnten ehe die Ärzte nicht durchführen.

TN 7: Ja aber gut, das kannst du doch nun wirklich ´ne Schwester machen lassen.

TN3: Müsste wer anders durchführen. Psychologen oder so was weiß ich (-) oder qualifizierte Schwestern.

TN4: Das ist Psychologen einfach nicht möglich, die haben andere Aufgaben

TN3: Und die Ärzte / die ((*Behandlung* = *vermuteter Wortlaut*)) wird ja immer größer.

TN9: Na die haben auch andere Aufgaben.

TN8: Und die Dementen werden immer mehr

TN4: Genau (,) und die / wird man immer älter / und wenn man so ´n Screening macht, das kann nicht Sache der Ärzte sein. Das ist einfach nicht bezahlbar und nicht durchführbar. Ob das ´n Effekt hat oder nicht, ist ne andere Sache.

- TN7: Ich bin der Meinung, dass man das organisieren könnte. Ich bin der Meinung, dass man das organisieren könnte und das könnte auch über Schwestern durchgeführt werden, aber ich sehe kein Benefit dafür (.) ja (') warum man das macht (.) ja (') ja (.) In der Situation wo der Patient an der Grenze ist, wo ihm geholfen werden muss ist es sinnvoll. Aber vorher finde ich, ist es nicht sinnvoll.
- TN2: Es wär' vielleicht noch 'n Sinn da, wenn man jetzt verschiedene Stufen beschrieben würden, und man das jetzt mit 'ner Diagnostik jetzt fest machen könnte und der Patient hätte dann meinetwegen Anspruch auf Pflegestufe eins (-) zwei (-) oder irgendwie / das irgendwas passiert. Aber diese ganze Pflegestufeneinschätzung die läuft ja total an uns vorbei. Ob ich da nun den Test mache oder nicht mache, das interessiert ja gar keinen.
- TN8: Und dann sind se schon sehr dement und kriegen immer noch keine Pflegestufe.
- TN6: Also letztendlich ist das / für uns kommt das an wie 'ne Art "Beschäftigung" (-) man hat 's vielleicht mal aufgeschrieben, aber es hat keine Konsequenzen für uns, ja.
- TN5: Dann ist ja auch die Bewertung der Testergebnisse so 'ne Sache. man müsste dann sagen wir mal nicht nur einen Test machen (.) sondern 'ne ganze Reihe von Tests, um sicher (k) oder einigermaßen sicher sagen zu können "hier haben wir 'ne beginnende Demenz" oder nicht. Die Sensitivität ist ja da auch sehr unterschiedlich (.) ja (-) so. Und die Frage ist ja dann auch das "*follow-up*" das heißt, es reicht ja nicht, die einmal zu screenen, sondern man müsste dann sagen ok / dann müsste man das in gewissen Abständen wieder machen, weil ja mit zunehmendem Alter wieder machen, weil ja mit zunehmendem Alter die Inzidenz der Demenz wieder steigt. Aber wer soll das machen.
- TN3: Vor allen Dingen, in welchem Alter will man das Screening beginnen? Also das ist ja / das relativiert sich ja auch / sagen wir mal, alle neunzigjährigen screenen wir,
- TN7: oder ist sechzig
- TN9: Geht eher noch
- TN3: Fangen wir bei fünfzig an
- TN9: Mindestens ((lachen))
- TN3: Da fallen mir auch spontan 'n paar ein, die ich gerne screenen möchte ((lachen)) ber da würde wahrscheinlich was Negatives bei rauskommen. Aber ich meine, "Screening" das muss ja immer mit dem Hintergedanken sein "*ich erkenne 'ne Krankheit die ich behandeln kann und der Patient hat davon 'n Benefit.*" Ich weiß nicht, was es bringen soll alle / ich sag' mal, wir fangen bei fünfundsechzig an / alle fünfundsechzigjährigen zu screenen auf Demenz und drei findet (.9

- was haben die davon für ´n Benefit, dass ich die gefunden habe.
((Wenn die integriert sind = *vermuteter Wortlaut*))
- TN9: Wenn du willst, dass du dement wirst ((lachen))
- TN7: ((vielleicht wollen ´s verschiedene gar nicht wissen = *vermuteter Wortlaut, da sehr leise gesprochen*))
- TN4: Doch. Die Suizidrate steigt sprunghaft an.
- M2: Ich hätte jetzt so / von meiner Seite wär ich jetzt auch bei meiner letzten Frage. haben sie selbst Angst, dement zu werden?
- TN7: Ja. Na so alt bin ich ja noch nicht.
- TN2: Ja logisch.
- TN4: Ja "Angst" nicht. ich möchte ´s nicht sein (.) aber Angst habe ich nicht.
- TN9: Wenn ich die Krankheit kriege / kann man sich ja wenig gegen wehren / ich möchte se nicht
- TN4: Es gibt noch mehr unschöne Krankheiten. Da kann man ja nur noch Angst haben. das geht nicht.
- TN2: Also mir ist es wurscht. ((lachen)) muss ich ganz eindeutig sagen. Ich kann ´s ehe nicht ändern. Angst habe ich nicht davor (-) schön wär´s nicht (') aber ich würde deswegen jetzt kein Drang sehen, jetzt feststellen zu lassen ob ich dement bin oder nicht.
- TN4: mir auch.
- TN9: Aber wenn man die Erkrankung hat, dann ist das schon bedeutsam. Ich finde das ganz schlimm. Die haben die Ängste, die wissen nicht mehr wo se sind. Du musst dir das al vorstellen, du bist völlig orientierungslos (-) das ist schon ´n schlimmer Zustand
((mehrere Redebeiträge zeitgleich, daher unverständlich))
- TN5: "Angst" ist nicht der richtige Ausdruck.
- TN9: Aber ich empfinde das schon so, dass die ganz schön leiden die dementen. Redebeiträge zeitgleich, daher unverständlich
- TN6: Die haben Angst (.) sind unruhig.
- TN7: Na wenn es erstmals passiert ist, dann ist es egal. Aber dr Anfang ist bestimmt sehr schlimm.
- TN9: Ja, also ich stelle mir das ganz schlimm vor. ich meine, wenn man nichts mehr mitkriegt (')
- TN7: Dann ist es egal
- TN3: Man sollte beizeiten seine Sachen ordnen
- TN1: Genau (.) richtig
- TN7: Ich stelle es mir schlimmer vor, wenn mein Partner das hat. das stelle ich mir schlimmer vor, als für mich selbst. Also ich war heute gerade wieder im Heim bei einer Patientin, die unheimliche Ängste hat (.) die sich dann mal wieder orientieren kann und dann überhaupt nicht weiß wo sie ist (,) überhaupt nicht weiß, wer vor einem steht. Also ich stelle mir das schlimm vor.

- TN3: Ich war heute auch im Heim und eine Patientin saß im Essenraum und hat während der Visite wo ich da war dreißig Minuten lang ein Lied gesungen ((viele TN lachen))
- TN7: Das ist ja schön. Dann geht es ihr nicht schlecht.
- TN3: Ja, eben. Ihr geht es gut. Aber alle anderen haben was rumgeworfen, damit sie aufhört ((*lachen und unverständliche Kommentare*)) Also ich weiß nicht, aber diejenige, die die Demenz hatte, hatte sicherlich keine Ängste. ((lachen))
- M1: Dann bist du die einzige die Angst hat hier in der Runde.
- TN9: Ja, das möchte ich nicht kriegen ((lachen))
- TN5: Das der Partner das kriegt ((lachen))
- TN2: Also ich würde ´s keinem weiter sagen ((lachen))
- TN1: Also ich schiebe so was auch nicht total von mir. Genauso / man sollte auch den Tod nicht von sich schieben. man sollte den Sachen doch irgendwie realistisch / so bin ich zumindest auch veranlagt / das man dann auch sagt "du könntest auch betroffen sein. Denn Ärzte sind ja / und umso älter wir werden, desto wahrscheinlicher ist es ja, das man selbst betroffen ist. Und man kann nur versuchen prophylaktisch was zu tun und sich fit zu halten
- TN9: Kreuzworträtsel
- TN1: Gesunde Ernährung
- TN9: Gehrjogging
- TN1: Nicht jeden Abend ´n Hefeweizen trinken ((lachen))
- TN3: Ich hab´ ein "ohne"
- TN1: Ja ja, weiß ich doch.((lachen))
- TN2: Und zwei Wochen Urlaub im Jahr
- TN1: und auch nicht zu viel Stress in der Praxis
- TN3: Ach so (!)
- TN6: Das kannst de aber erst, wenn de älter bist. ((lachen))
- TN1: Wenn die Kinder noch studieren, dann musst de "buffen" ja (´)
- TN7: stimmt.
- TN8: kein nachmittags-RTL ((lachen)) #00:24:17-5#
((Audio-Datei 2))
- M1: Das ist jetzt ´n bisschen außerhalb des Protokolls. Aber ich frag´ sie das. Können sie sich selbst vorstellen, dass sie dement werden?
- TN7: Ja natürlich
- TN4: Ja selbstverständlich
- TN9: Das kann sein
((mehrere andere Teilnehmer bejahen zeitgleich die Frage kurz))
- M1: Das ist die eine Frage und die andere Frage, die ich noch mal aufwerfen will ist: Wenn sie für sich beschlossen haben, dass eine Patientin oder ein Patient dement ist. Wie verändert sich ihr Verhalten gegenüber diesen Patienten? Oder ändert sich das nicht` oder /

- TN9: Doch, man wird intensiver in der Betreuung
- TN4: Man wird fürsorglicher
- TN9 Frau Dr. ((Auslassung Name)) sagte, man wiederholt die Anweisungen, man gibt es schriftlich mit, man sucht den Kontakt zu den Angehörigen (-) Also das verändert sich schon, die Behandlung.
- M1: Es geht jetzt um die direkte Interaktion.
- TN9: Ja, man wird / man wiederholt viele Dinge und man versucht sich zu vergewissern, dass derjenige das auch verstanden hat. das ist ja /
- TN3: Man holt sich Feedback.
- TN9: Ja genau. man holt sich das zurück.
- TN5: Ich versuche das immer so zu steuern, dass der sich wohl fühlt, wenn er mir gegenüber liegt (k) steht (.) bitte ((lachen)) weil ich weiß, er versteht das sowieso alles nicht mehr richtig (.) ja (') Er soll sich wohl fühlen bei mir. das ist das Beste, was ich für ihn dann machen kann.
- TN10: Man braucht mehr Geduld ja (')
- TN5: Also für uns selbst / Wir wissen aus der Hirnforschung dass im Prinzip / so wie ich mich sehe, so werde ich zum größten Teil (.) ja (') Quantenphysik. Also wenn ich mich als dementen alten Mann sehe, dann habe ich verloren (.) ja (') ((lachen)) Also ich muss mich bis zum letzten Tage agil / Also ich hab' für mich beschlossen, zehn Tage bevor ich (.) wollen wir mal sagen sterben werde ((lachen TN 9 +7)) ja (.) da werde ich noch andere Dinge tun. Also aktiv. Ich sag' zu meinen Patienten immer über die Marathon-Zeiten unterhalten, wenn wir siebzig und älter sind bzw. über 's letzte Studium, was wir noch dran gehängt haben, weil nach vierzig Jahren Medizin wird das auch langweilig. man muss schon noch was anderes machen. und das kann man dann im Rentenalter dann irgendwo sich mal ergänzend mit reinziehen. ganz entspannt ohne Prüfung (-) oder man geht zur Prüfung weil man 's lustig findet ((lachen)) aber nicht, weil man se bestehen muss oder so. Also so wie ich mich sehe im Alter, denke ich, das sit schon 'n Bild, was ich in die Realität so reinprojiziere.
- TN3: Das ist schon verdächtig ((lachen))
- TN10: Das hat immer mein Mann erzählt (.) sollten die Treiber bei der treibjagt sollten se dreiviertel zehn losgehen. Haben se gefragt, wann das denn wäre. haben se gesagt: "Also um zehn schlägt die Uhr von der Kirche zehnmal und 'ne Viertelstunde vorher geht ihr los. Das ist dasselbe ((lachen))

13.4. Auswertung der Transkription

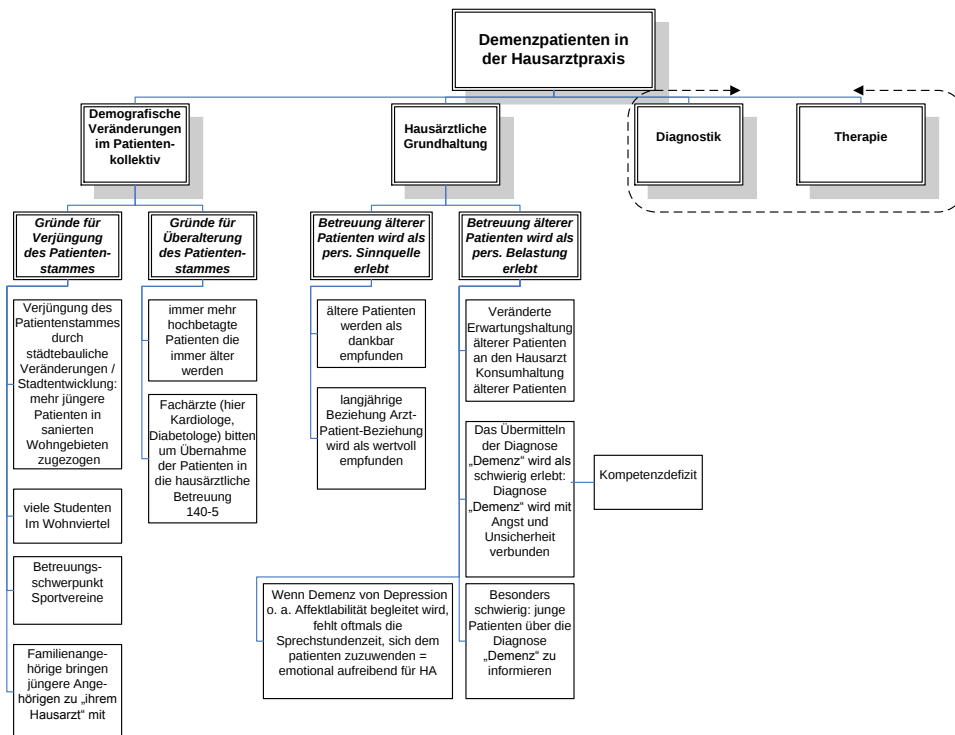


Abbildung 7 Auswertung der Fokusgruppe I: Elemente des diagnostischen Vorgehens

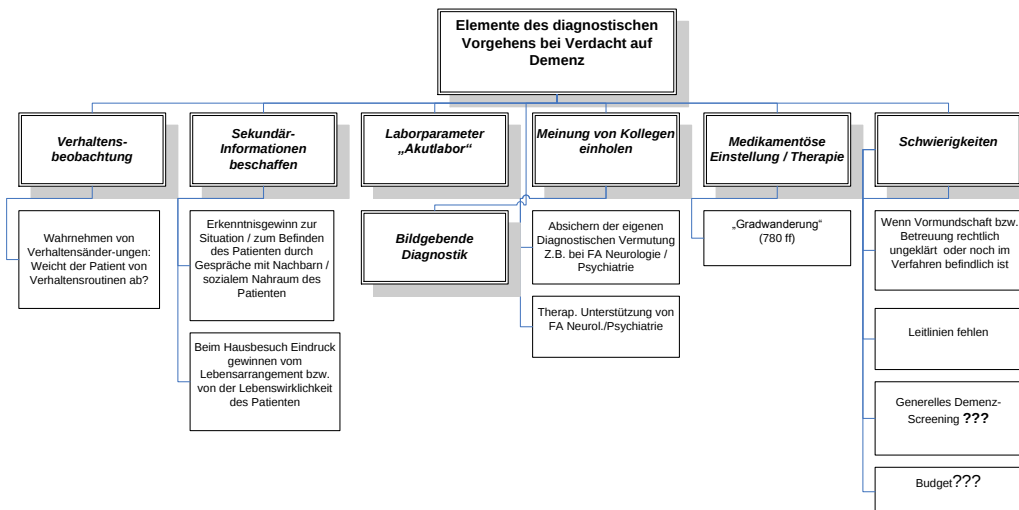


Abbildung 8 Auswertung der Fokusgruppe I: Demenzpatienten in der Hausarztpraxis

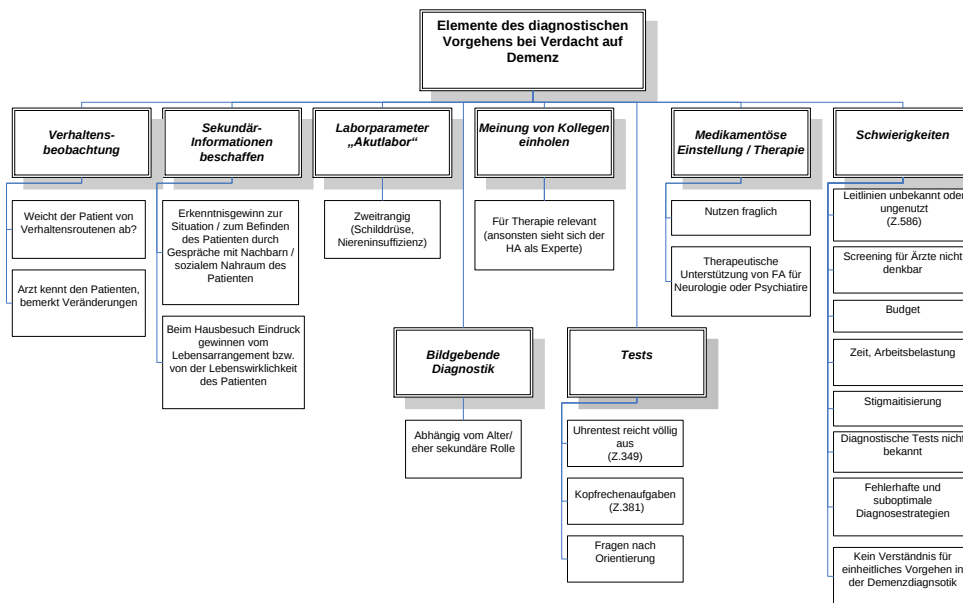


Abbildung 9 Auswertung der Fokusgruppe II: Elemente des diagnostischen Vorgehens

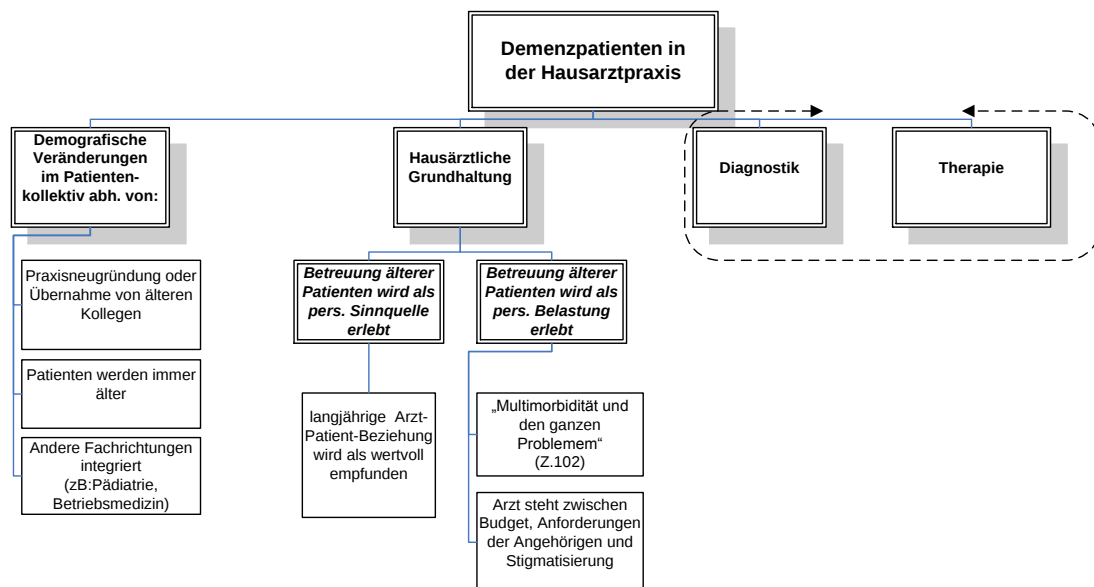


Abbildung 10 Auswertung der Fokusgruppe II: Demenzpatienten in der Hausarztpraxis

13.5. Anschreiben und Fragebogen der quantitativen Machbarkeitsstudie

Dissertationsstudie „Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis“

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

mein Name ist Stephanie Papert und ich arbeite seit dem Januar 2012 als Assistenzärztin in der Klinik für Geriatrie in den Pfeifferschen Stiftungen. Im Oktober 2011 habe ich mein 2. Staatsexamen absolviert. Nun befinde ich mich auf dem Weg zur Fachärztin für Allgemeinmedizin.

Im Oktober 2008 startete am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Magdeburg mein Dissertationsprojekt zum Thema „Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis“.

Im Zeitraum von April 2010- bis November 2011 erfolgten bereits zwei sogenannte Fokusgruppeninterviews (im Design einer explorativen qualitativen Studie) mit zufällig ausgewählten Teilnehmern aus hausärztlichen Qualitätszirkeln. In jeweils einstündigen Diskussionsrunden (n = 22) wurden „Kernthemen“ des oben genannten Themas herausgearbeitet und daraus ein „Messinstrument“ in Form des vorliegenden Fragebogens entwickelt. Diesen Fragebogen sende ich Ihnen heute zu und würde mich über eine Beantwortung sehr freuen.

Alle Informationen, die im Rahmen dieser Studie gesammelt werden, werden ausschließlich durch mich in pseudonymisierter Form ausgewertet, nicht an Dritte weitergegeben und auch nicht online gespeichert. Nach erfolgreicher Auswertung werde ich Ihnen bei bestehendem Interesse gerne ein Feedback zu den durchgeführten Untersuchungen geben.

Ich bitte herzlichst um Ihre Teilnahmebereitschaft und verbleibe

mit freundlichen Grüßen Stephanie Papert



Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Magdeburg
Prof. Dr. med. T. Lichte
Dr. med. Heusinger von Waldegg

„Demenzdiagnostik – Aufgabe des Hausarztes?“

ID

1. Woran erkennen Sie in Ihrem Praxisalltag eine Demenz?

	selten					oft
(1) Der Patient macht mich selbständig auf demenztypische Symptome aufmerksam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(2) Angehörige weisen mich auf demenztypische Symptome hin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(3) Ich denke an eine Demenzerkrankung weil						
- die Kleidung des Patienten auffällt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- sich das Hygieneverständnis des Patienten ändert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- der Patient unangepasste Emotionen zeigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- der Patient von Verhaltensroutinen abweicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- eine nachlassende Merkfähigkeit auffällt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- eine nachlassende Orientierung auffällt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- der Patient Wortfindungsstörungen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- der Patient Schlafstörungen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- die Konzentration und die Aufmerksamkeit des Patienten nachlassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- die Compliance des Patienten schwankt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ich bei Hausbesuchen auf Veränderungen der Haushaltsführung und Lebensführung achte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(4) Die „gute Sprechstundenleistung“ veranlasst mich in den meisten Fällen zu keiner weiteren Diagnostik.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(5) Bei Patienten, die mir jahrelang bekannt sind, ist die Sensibilität für Veränderungen im Verhalten und Erleben besonders herabgesetzt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie gehen Sie vor, um den Demenzverdacht zu bestätigen?

	selten					oft
(1) Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests. Wenn ja, welche:						

	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(2) Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch. Wenn ja, welche:.....	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(3) Ich veranlasse bildgebende Diagnostik. Wenn ja, welche:	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(4) Ich benutze Leitlinien.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(5) Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein. Wenn ja, von welchen:	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(6) Meine klinische Einschätzung des Patienten reicht zur Diagnosestellung aus.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Welche Schritte leiten Sie zur Behandlung einer Demenz ein?	
Gestaltung des Behandlungssetting	<i>selten</i> <i>oft</i>
(1) Ich biete Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(2) Ich biete Beratungsgespräche für Angehörige an, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(3) Ich bestelle die Patienten engmaschiger ein.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(4) Ich mache öfter Hausbesuche.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(5) Ich organisiere ambulante Pflegedienste selbst.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Medikamentöse Therapie	
(6) Ich reduziere die Medikamente, um Einnahmefehler zu reduzieren.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(7) Ich stelle die Patienten frühzeitig im Krankheitsverlauf auf ein Antidementivum ein.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Wir möchten gerne herausfinden, welche Schwierigkeiten für Sie mit der Diagnosestellung verbunden sind. Wie zutreffend bewerten Sie die folgenden Aussagen?	
(1) Ich teile die Diagnose einer Demenz meinen Patienten ungerne mit, weil: - Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben.	<i>Stimme voll und ganz zu</i> <i>stimme überhaupt nicht zu</i>
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
- ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
- ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
- keine Chance auf Heilung besteht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
(2) Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
(3) Es fehlt die Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
(4) Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Wir möchten erfragen, wo Sie persönlich die Grenzen Ihrer Demenzbehandlung sehen. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?							
(1) Ich glaube dass die Familie des Patienten allein für die Versorgung verantwortlich ist.	<i>Stimme voll und ganz zu</i>	☐	☐	☐	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	☐	☐
(2) Ich glaube Demenzbehandlung ist vertane Zeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(3) Wenn ich eine Demenz diagnostiziert habe, weiß ich nicht wirklich welche wirksame Behandlung ich einleiten könnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(4) Ich glaube dass die Behandlung einer Demenz auch familiäre und weitreichende Faktoren berücksichtigen muss.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(5) Es hängt nicht von meiner Behandlung ab, ob ein Patient mit Demenz gut versorgt ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(6) Wenn das Fortschreiten einer Demenz aufgehalten werden kann, dann schreibe ich dies meiner medikamentösen Therapie zu.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(7) Ich als Hausarzt kann eine Demenz auch gut allein behandeln.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(8) Wenn ich eine Demenz früher entdecken würde, könnte ich bei diesen Patienten auch mehr erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Die letzten sechs Fragen erfragen eine kurze Selbsteinschätzung zu ihrer Person.							

[illegible]

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

13.6. Anschreiben und Fragebogen der quantitativen Studie

Dissertationsstudie zur „Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis“

Sehr geehrte>>Serienbrief<<

mein Name ist Stephanie Papert und ich arbeite als Assistenzärztin in der Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin. Im Rahmen meiner Dissertation am Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg untersuche ich das Vorgehen Allgemeinmediziner bei der Demenzdiagnostik. In zwei Fokusgruppeninterviews mit Teilnehmern aus hausärztlichen Qualitätszirkeln wurden wichtige Aspekte herausgearbeitet und daraus ein Fragebogen entwickelt. Diesen Fragebogen sende ich Ihnen heute zu und würde mich über eine Beantwortung und Rücksendung per Fax sehr freuen.

Im Zusammenhang mit einer Kooperation mit der Sektion Allgemeinmedizin in Halle möchte ich Sie außerdem bitten, Ihre Meinung als Hausarzt zur Versorgung von Patienten mit Alkoholmissbrauch mitzuteilen. Ziel ist hier die Untersuchung der wirklichen Hemmnisse einer Behandlung von Alkoholmissbrauch in den Hausarztpraxen.

Alle Informationen, die im Rahmen dieser Studie gesammelt werden, werden ausschließlich durch mich in pseudonymisierter Form ausgewertet, nicht an Dritte weitergegeben und auch nicht online gespeichert.

Nach erfolgreicher Auswertung werde ich Ihnen bei bestehendem Interesse gerne ein Feedback zu den durchgeführten Untersuchungen geben.

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte an das Institut für Allgemeinmedizin Magdeburg **Fax: 0391-67-21010**.

Ich bitte herzlichst um Ihre Teilnahmebereitschaft und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. A. Klement, Stephanie Papert Dr. med. G. Heusinger von Waldegg Prof. Dr. med. T. Lichte“



Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Magdeburg
Prof. Dr. med. T. Lichte
Dr. med. Heusinger von Waldegg

„Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis“

ID

1. Woran erkennen Sie in Ihrem Praxisalltag eine Demenz?

	selten					oft
(1) Der Patient macht mich selbständig auf demenztypische Symptome aufmerksam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(2) Angehörige weisen mich auf demenztypische Symptome hin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(3) Ich denke an eine Demenzerkrankung weil						
- die Kleidung des Patienten auffällt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- sich das Hygieneverständnis des Patienten ändert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- der Patient unangepasste Emotionen zeigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- der Patient von Verhaltensroutinen abweicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- eine nachlassende Merkfähigkeit auffällt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- eine nachlassende Orientierung auffällt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- der Patient Wortfindungsstörungen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- der Patient Schlafstörungen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- die Konzentration und die Aufmerksamkeit des Patienten nachlassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- die Compliance des Patienten schwankt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ich bei Hausbesuchen auf Veränderungen der Haushaltsführung und Lebensführung achte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(4) Die „gute Sprechstundenleistung“ veranlasst mich in den meisten Fällen zu keiner weiteren Diagnostik.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(5) Bei Patienten, die mir jahrelang bekannt sind, ist die Sensibilität für Veränderungen im Verhalten und Erleben besonders herabgesetzt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie gehen Sie vor, um den Demenzverdacht zu bestätigen?

	selten					oft
(1) Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests. Wenn ja, welche:						
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...						

(2) Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch. Wenn ja, welche:.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(3) Ich veranlasse bildgebende Diagnostik. Wenn ja, welche:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(4) Ich benutze Leitlinien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(5) Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein. Wenn ja, von welchen:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(6) Meine klinische Einschätzung des Patienten reicht zur Diagnosestellung aus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Inwieweit stimmen sie den folgenden Aussagen zu Screeningfragebögen zur Demenzdiagnostik zu?						
Ich lehne Screeningfragebögen zur Demenzdiagnostik (SFD) ab,	<i>Stimme voll und ganz zu</i>			<i>stimme überhaupt nicht zu</i>		
(1) weil SFD mein ärztliches Urteil nicht ersetzen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(2) weil SFD nicht zur hausärztlichen Arbeit passen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(3) weil SFD von den Betroffenen nicht verstanden werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(4) weil Demenz durch SFD nicht geheilt werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(5) weil SFD dem individuellen Patienten nicht gerecht werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(6) weil SFD den Konsultationsablauf und die Konsultationsatmosphäre stören.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(7) weil SFD den Betroffenen verunsichern können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(8) weil den Betroffenen durch SFD nicht geholfen werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(9) weil SFD eine Modeerscheinung sind, die vergehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(10) weil SFD den Betroffenen aufwendig erklärt werden müssen und Zeit kosten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(11) weil SFD den Betroffenen verärgern können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(12) weil der Therapieerfolg durch SFD nicht gefördert wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Welche Schritte leiten Sie zur Behandlung einer Demenz ein?						

	<i>selten</i>					<i>oft</i>
Gestaltung des Behandlungssetting						
(1) Ich biete Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(2) Ich biete Beratungsgespräche für Angehörige an, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(3) Ich bestelle die Patienten engmaschiger ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(4) Ich mache öfter Hausbesuche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(5) Ich organisiere ambulante Pflegedienste selbst.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamentöse Therapie						
(6) Ich reduziere die Medikamente, um Einnahmefehler zu reduzieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(7) Ich stelle die Patienten frühzeitig im Krankheitsverlauf auf ein Antidementivum ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Wir möchten gerne herausfinden, welche Schwierigkeiten für Sie mit der Diagnosestellung verbunden sind. Wie zutreffend bewerten Sie die folgenden Aussagen?						
(1) Ich teile die Diagnose einer Demenz meinen Patienten ungern mit, weil:	<i>Stimme voll und ganz zu</i>		<i>stimme überhaupt nicht zu</i>			
- Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- keine Chance auf Heilung besteht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(2) Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(3) Es fehlt die Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(4) Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Die letzten sechs Fragen erfragen eine kurze Selbsteinschätzung zu ihrer Person.						

[illegible]

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

13.7. Weitere Tabellen der Korrelationsanalyse der quantitativen Studie

	Z-Wert (Die gute Sprechstundenleistung veranlasst mich in den meisten Fällen zu keiner weiteren Diagnostik)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	-,308	,003
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	-,324	,001
Z-Wert (weil ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird)	-,332	,000

Tabelle 16: Quantitative Studie, Gute Sprechstundenleistung

	Z-Wert (Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch)	,319	,001
Z-Wert (Ich veranlasse bildgebende Diagnostik)	,176	,057
Z-Wert (Ich benutze Leitlinien)	,407	,000
Z-Wert (Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein)	-,069	,455
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	,591	,000
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	,236	,010
Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	,217	,017
Z-Wert (Ich stelle den Patienten frühzeitig auf ein Antidementivum ein)	,213	,019
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	,334	,000
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben)	,224	,014
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern)	,214	,020
Z-Wert (weil ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird)	,278	,002
Z-Wert (weil ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird)	,188	,041
Z-Wert (weil keine Chance auf Heilung besteht)	,345	,000
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige)	,011	,905
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf)	,181	,047
Z-Wert (Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren)	,166	,069

Tabelle 17: Quantitative Studie, Screeningtest bei Demenzverdacht

	Z-Wert (Ich veranlasse bildgebende Diagnostik)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	,682	,000
Z-Wert (Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests)	,176	,057
Z-Wert (Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch)	,443	,000
Z-Wert (Ich benutze Leitlinien)	,387	,000
Z-Wert (Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein)	-,022	,818
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	,053	,596
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	,335	,000
Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	,319	,000
Z-Wert (Ich stelle den Patienten frühzeitig auf ein Antidementivum ein)	,124	,180
Z-Wert (Der Patient macht mich selbständig auf demenztypische Symptome aufmerksam)	-,016	,867
Z-Wert (Angehörige weisen mich auf demenztypische Symptome hin)	,171	,061
Z-Wert (weil die Kleidung des Patienten auffällt)	,083	,369
Z-Wert (weil sich das Hygieneverständnis des Patienten ändert)	,161	,080
Z-Wert (weil der Patient unangepasste Emotionen zeigt)	,052	,574
Z-Wert (weil der Patient von Verhaltensroutinen abweicht)	,081	,381
Z-Wert (weil eine nachlassende Merkfähigkeit auffällt)	,095	,304
Z-Wert (weil eine nachlassende Orientierung auffällt)	,031	,738
Z-Wert (weil der Patient Wortfindungsstörungen hat)	,026	,777
Z-Wert (weil der Patient Schlafstörungen hat)	,317	,000
Z-Wert (weil die Konzentration und die Aufmerksamkeit des Patienten nachlassen)	,200	,029
Z-Wert (weil die Compliance des Patienten schwankt)	,182	,047
Z-Wert (weil ich bei Hausbesuchen auf Veränderungen der Haushaltsführung und Lebensführung achte)	,279	,002

Tabelle 18: Quantitative Studie, Bildgebung

13. Anhang

	Z-Wert (Ich benutze Leitlinien)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	,633	,000
Z-Wert (Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests)	,407	,000
Z-Wert (Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch)	,220	,026
Z-Wert (Ich veranlasse bildgebende Diagnostik)	,387	,000
Z-Wert (Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein)	,030	,749
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	,346	,000
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	,371	,000
Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	,361	,000
Z-Wert (Ich biete Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an)	,259	,005
Z-Wert (Ich biete Beratungsgespräche für Angehörige an, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen)	,174	,058
Z-Wert (Ich bestelle Patienten engmaschiger ein)	,249	,006
Z-Wert (Ich mache öfter Hausbesuche)	,274	,003
Z-Wert (Ich organisiere ambulante Pflegedienste selbst)	,163	,077
Z-Wert (Ich stelle den Patienten frühzeitig auf ein Antidementivum ein)	,234	,010
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	,108	,274
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben)	,033	,721
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern)	,123	,187
Z-Wert (weil ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird)	-,033	,729
Z-Wert (weil ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird)	,109	,243
Z-Wert (weil keine Chance auf Heilung besteht)	-,006	,947
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige)	-,032	,728
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf)	,157	,091
Z-Wert (Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren)	,364	,000

Tabelle 19: Quantitative Studie, Leitlinien

	Z-Wert (Meine klinische Einschätzung des Patienten reicht zur Diagnosestellung aus)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	-,324	,001
Z-Wert (Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests)	-,065	,475
Z-Wert (Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch)	-,046	,639
Z-Wert (Ich veranlasse bildgebende Diagnostik)	-,123	,180
Z-Wert (Ich benutze Leitlinien)	,049	,598
Z-Wert (Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein)	-,203	,025

Tabelle 20: Quantitative Studie, Klinische Einschätzung ausreichend

	Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	,376	,000
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	,932	,000
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	,240	,012

Tabelle 21: Quantitative Studie, Änderung Behandlungssetting

	Z-Wert (Ich stelle frühzeitig auf ein Antidemntivum ein)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	,223	,029
Z-Wert (Ich mache beim ersten Verdacht auf eine Demenz Screeningtests)	,213	,019
Z-Wert (Zum Ausschluss von Differentialdiagnosen führe ich weitere Untersuchungen durch)	,218	,024
Z-Wert (Ich veranlasse bildgebende Diagnostik)	,124	,180
Z-Wert (Ich benutze Leitlinien)	,234	,010
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	,223	,021
Z-Wert (Ich biete Aufklärungsgespräche zum Krankheitsverlauf an)	,011	,905
Z-Wert (Ich biete Beratungsgespräche für Angehörige an, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen)	,022	,806
Z-Wert (Ich bestelle Patienten engmaschiger ein)	,049	,586
Z-Wert (Ich mache öfter Hausbesuche)	,232	,009
Z-Wert (Ich organisiere ambulante Pflegedienste selbst)	,184	,041
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	,313	,001
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben)	,028	,760
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern)	,251	,005
Z-Wert (weil ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird)	,101	,272
Z-Wert (weil ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird)	,197	,030
Z-Wert (weil keine Chance auf Heilung besteht)	,357	,000
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige)	,051	,575
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf)	,163	,073
Z-Wert (Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren)	,191	,035

Tabelle 22: Quantitative Studie, Antidemntivum

13. Anhang

	Z-Wert (Ich hole mir Meinungen von Fachärzten ein)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	-,123	,203
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen Wunsch nach weiterer Diagnostik haben)	-,134	,146
Z-Wert (weil Angehörige häufig einen unangemessenen Behandlungsaufwand einfordern)	-,017	,852
Z-Wert (weil ich fürchte, dass der Patient nach der Diagnose Demenz durch sein soziales Umfeld stigmatisiert wird)	-,017	,860
Z-Wert (weil ich mich Sorge, dass durch die Diagnose Demenz meine Beziehung zum Patienten belastet wird)	-,114	,216
Z-Wert (weil keine Chance auf Heilung besteht)	-,062	,509
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für ausführliche Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige)	-,101	,270
Z-Wert (Es fehlt die Zeit für das kontinuierliche Erfassen von Testergebnissen im Krankheitsverlauf)	-,117	,203
Z-Wert (Ich habe Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung die Demenzform zu differenzieren)	-,229	,012

Tabelle 23: Quantitative Studie, Fachärzte

	Z-Wert (Soziale Erwünschtheit)	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	-,005	,962
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	-,073	,459
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	,067	,461
Z-Wert (Änderung Behandlungssetting)	,036	,690
Z-Wert (Ich stelle den Patienten frühzeitig auf ein Antidementivum ein)	,066	,465
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	,059	,541

Tabelle 24: Quantitative Studie, Soziale Erwünschtheit

		Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	
		Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	m	,490	,004
	w	,386	,008
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	m	,277	,102
	w	,460	,000
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	m	,135	,432
	w	,237	,093
Z-Wert (Soziale Erwünschtheit)	m	-,262	,117
	w	,136	,304
Z-Wert (Alter)	m	-,415	,012
	w	-,108	,425

Tabelle 25: Quantitative Studie, Diagnostik in Abhängigkeit vom Geschlecht

		Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	
		Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	m	,490	,004
	w	,386	,008
Z-Wert (Behandlung insgesamt)	m	,155	,338
	w	,363	,003
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	m	,362	,028
	w	,367	,004
Z-Wert (Soziale Erwünschtheit)	m	-,031	,847
	w	-,109	,385
Z-Wert (Alter)	m	-,307	,058
	w	,048	,712

Tabelle 26: Quantitative Studie, Einstellung zu Screeningfragebögen in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Z-Wert (Behandlung insgesamt)		
		Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
Z-Wert (Diagnostik insgesamt)	m	,277	,102
	w	,460	,000
Z-Wert (Einstellung zu Screeningfragebögen)	m	,155	,338
	w	,363	,003
Z-Wert (Schwierigkeiten insgesamt)	m	,321	,045
	w	,235	,054
Z-Wert (Soziale Erwünschtheit)	m	,058	,714
	w	,056	,624
Z-Wert (Alter)	m	-,247	,115
	w	-,235	,043

Tabelle 27: Quantitative Studie, Behandlung in Abhängigkeit vom Geschlecht