

---

**Inauguraldissertation  
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)  
im Fach Gerontologie  
an der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften  
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation

Chancen einer hausärztlichen Frühversorgung  
von Menschen mit Demenz.

Untersuchung zur Akzeptanz und Qualität  
leitliniengerechter Demenzdiagnostik und -therapie

vorgelegt von  
Nina Köhler, geb. Laux

Jahr der Einreichung  
2014

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler  
Berater: Prof. Dr. Eric Schmitt

---

## Inhaltsübersicht

Inhaltsverzeichnis	III
Danksagung	VIII
Zusammenfassung	IX
Vorbemerkung	1
<b>1. Hintergrund und Zielsetzung der Arbeit</b>	<b>2</b>
1.1 Einführung: Die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz	2
1.2 Das Modellprojekt „start-modem“ als Ausgangsbasis der Arbeit	2
1.3 Ziel der Arbeit	3
1.4 Aufbau der Arbeit	4
<b>2. Theoretische Grundlagen</b>	<b>6</b>
2.1 Leitlinien in der medizinischen Versorgung	6
2.2 Demenzielle Erkrankungen	8
2.3 Demenzdiagnostik und -therapie im hausärztlichen Bereich	13
2.4 Die Konzeption des Modellprojekts	26
<b>3. Fragestellung und Zielkriterien: Hausarztbasierte Demenzversorgung – Akzeptanz des Versorgungsmodells und Qualität von Diagnostik und Therapie</b>	<b>31</b>
<b>4. Methode</b>	<b>35</b>
4.1 Ablauf des Modellprojekts im Detail	36
4.2 Datenerhebung	46
4.3 Datenanalyse im Überblick	59
<b>5. Ergebnisse und Interpretation</b>	<b>63</b>
5.1 Teilnehmende Hausärzte	65
5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige	74
5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie	91
5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf	152
5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen	158
5.6 Aussagen der Hausärzte	166
5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie	194
<b>6. Diskussion</b>	<b>198</b>
6.1 Beantwortung der Fragestellung	198
6.2 Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens und Hinweise für die weitere Forschung	206
6.3 Verbesserungsvorschläge für das Gesundheitssystem und für die Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich	212
6.4 Persönliches Fazit	232
Literaturverzeichnis	234
Tabellenverzeichnis	246
Abbildungsverzeichnis	248
Abkürzungsverzeichnis	250
Anhang	251
Erklärung	266

## Inhaltsverzeichnis

Hinweise für den eiligen Leser: Im Inhaltsverzeichnis sind diejenigen Abschnitte grau hervorgehoben, deren Lektüre geeignet ist, sich einen Überblick über die zentralen Inhalte der Arbeit zu verschaffen.

Danksagung	VIII
Zusammenfassung	IX
Vorbemerkung	1
<b>1. Hintergrund und Zielsetzung der Arbeit</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Einführung : Die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Das Modellprojekt „start-modem“ als Ausgangsbasis der Arbeit</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Ziel der Arbeit</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Aufbau der Arbeit</b>	<b>4</b>
<b>2. Theoretische Grundlagen</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Leitlinien in der medizinischen Versorgung</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Demenzielle Erkrankungen</b>	<b>8</b>
2.2.1 Abgrenzung der Demenz vom normalen Altern	8
2.2.2 Definition Demenz	8
2.2.3 Formen, Symptome und Behandlung der Demenz	9
2.2.4 Epidemiologie und demenzbedingte Kosten	12
<b>2.3 Demenzdiagnostik und -therapie im hausärztlichen Bereich</b>	<b>13</b>
2.3.1 Bedeutung einer frühzeitigen Demenzdiagnose	13
2.3.1.1 Nutzen für Patienten und Angehörige	13
2.3.1.2 Gesellschaftlicher Nutzen	16
2.3.1.3 Stellungnahmen von Fachgesellschaften und anderen Organisationen	16
2.3.2 Die Rolle des Hausarztes bei der Demenzdiagnostik	17
2.3.3 Ist-Stand der Versorgungssituation: Demenzdiagnostik und -therapie in der hausärztlichen Praxis	19
2.3.3.1 Qualifikation und Motivation von Hausärzten (Außenperspektive)	19
2.3.3.2 Qualifikation und Motivation von Hausärzten (Innenperspektive)	20
2.3.3.3 Forschungsstand in der BRD	21
<b>2.4 Die Konzeption des Modellprojekts</b>	<b>26</b>
2.4.1 Folgerungen aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen („Versorgungsmodell“)	26
2.4.2 Überblick über das Modellprojekt	26
2.4.3 Zusammenhang zwischen der Arbeit und dem Modellprojekt	29

<b>3. Fragestellung und Zielkriterien: Hausarztbasierte Demenzversorgung – Akzeptanz des Versorgungsmodells und Qualität von Diagnostik und Therapie</b>	<b>31</b>
<b>4. Methode</b>	<b>35</b>
<b>4.1 Ablauf des Modellprojekts im Detail</b>	<b>36</b>
4.1.1 Rekrutierung der teilnehmenden Ärzte	36
4.1.1.1 Teilnehmende Facharztzentren	36
4.1.1.2 Rekrutierung der teilnehmenden Hausärzte	37
4.1.1.3 Betreuung der Ärzte im Verlauf der Studie	38
4.1.2 Schulung der Hausärzte	39
4.1.2.1 Schulung der selbst diagnostizierenden Hausärzte (SD-Hausärzte)	39
4.1.2.1.1 Konzeption der Schulung	39
4.1.2.1.2 Inhalte der Schulung	40
4.1.2.1.3 Organisation der Schulung	42
4.1.2.1.4 Schulung der medizinischen Fachangestellten	42
4.1.2.2 Informationsveranstaltung für zuweisende Hausärzte (ZW-Hausärzte) und medizinische Fachangestellte	42
4.1.2.3 Nachschulung	43
4.1.3 Rekrutierung der teilnehmenden Patienten und Angehörigen durch die Hausärzte	43
4.1.4 Demenzdiagnostik und -therapie durch die Ärzte	44
4.1.5 Befragung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen	45
4.1.6 Befragung von Hausärzten	46
4.1.7 Grundsätze der Ethikkommission	46
<b>4.2 Datenerhebung</b>	<b>46</b>
4.2.1 Überblick über die Erhebung der Daten im zeitlichen Verlauf	46
4.2.2 Datenquellen: Variablen	48
4.2.2.1 Daten zur Vorgehensweise der Ärzte: Diagnostik und Therapie	48
4.2.2.2 Daten von Demenzpatienten und ihren Angehörigen	49
4.2.2.3 Daten von Hausärzten	50
4.2.3 Datenquellen: Erhebungsbögen	51
4.2.3.1 Ärztliche Protokollbögen zur Diagnostik und Therapie	51
4.2.3.2 Anamnesebögen und Testverfahren für Demenzpatienten und ihre Angehörigen	52
4.2.3.3 Studienspezifische Ärzte-Fragebögen	58
<b>4.3 Datenanalyse im Überblick</b>	<b>59</b>
<b>5. Ergebnisse und Interpretation</b>	<b>63</b>
<b>5.1 Teilnehmende Hausärzte</b>	<b>65</b>
5.1.1 Anzahl der teilnehmenden Hausärzte	66
5.1.2 Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte	69

5.1.3 Kernaussagen des Abschnitts 5.1	71
5.1.3.1 Zusammenfassung „Teilnehmende Hausärzte“ und Interpretation	71
5.1.3.2 Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Anzahl und Charakteristika teilnehmender Hausärzte“	72
<b>5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige</b>	73
5.2.1 Anzahl teilnehmender Patienten und Angehöriger	74
5.2.2 Nicht-Teilnahme an der Studie durch Patienten und Angehörige	76
5.2.3 Drop Outs	80
5.2.4 Patienten- und Angehörigencharakteristika	82
5.2.5 Gewinnung von Patienten durch Hausärzte	85
5.2.6 Kernaussagen des Abschnitts 5.2	87
5.2.6.1 Zusammenfassung der Vorgehensweise der Hausärzte bzgl. „Teilnehmende Patienten und Angehörige“ und Interpretation	88
5.2.6.2 Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Anzahl und Charakteristika der von den Hausärzten rekrutierten Patienten“	89
<b>5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie</b>	91
5.3.1 Patienten insgesamt	92
5.3.1.1 Leitliniengerechte Diagnostik (Patienten insgesamt)	93
5.3.1.2 Kognitive Leistungsfähigkeit (Patienten insgesamt)	95
5.3.1.3 Häufigkeit positiver und negativer Demenzdiagnosen	97
5.3.2 Patienten ohne Demenzdiagnose	98
5.3.2.1 Leitliniengerechte Diagnostik (Patienten ohne Demenzdiagnose)	99
5.3.2.2 Kognitive Leistungsfähigkeit (Patienten ohne Demenzdiagnose)	101
5.3.2.3 Diagnose: keine Demenz	103
5.3.3 Patienten mit Demenzdiagnose	104
5.3.3.1 Diagnostik	104
5.3.3.1.1 Leitliniengerechte Diagnostik (Patienten mit Demenzdiagnose)	104
5.3.3.1.2 Kognitive Leistungsfähigkeit (Patienten mit Demenzdiagnose)	107
5.3.3.1.3 Demenzform	111
5.3.3.1.4 Plausibilität der Demenzdiagnosen der SD-Hausärzte	112
5.3.3.2 Therapie	123
5.3.3.2.1 Antidementiva im engeren Sinn (AChEH und Memantin)	123
5.3.3.2.2 Sonstige psychiatrische Medikation	127
5.3.3.3 Übergreifende Analysen	128
5.3.3.3.1 Einflussfaktoren auf die Entscheidung für oder gegen leitliniengerechte Diagnostik (Laborparameter, Bildgebung)	128
5.3.3.3.2 Einflussfaktoren auf die Diagnose	131
5.3.3.3.3 Leitlinientreue einzelner Ärzte	138
5.3.4 Kernaussagen des Abschnitts 5.3	139
5.3.4.1 Zusammenfassung der Vorgehensweise der Hausärzte bzgl. „Demenzdiagnostik und -therapie“ und Interpretation	139
5.3.4.2 Beantwortung der Fragestellung Qualität	145
<b>5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf</b>	152
5.4.1 Gewinnung von Patienten im Zeitverlauf	152
5.4.2 Untersuchungen und Diagnosen im Zeitverlauf	155

5.4.3	Kernaussagen des Abschnitts 5.4	156
5.4.3.1	Zusammenfassung der Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf und Interpretation	156
5.4.3.2	Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf“	157
<b>5.5</b>	<b>Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen</b>	<b>158</b>
5.5.1	Angaben der Demenzpatienten und ihrer Angehörigen zu Depressivität, Lebensqualität, Alltagskompetenz und neuropsychiatrischen Symptomen in Testverfahren	159
5.5.2	Angaben der Demenzpatienten und ihrer Angehörigen im Anamnesebogen	160
5.5.3	Kernaussagen des Abschnitts 5.5	163
5.5.3.1	Zusammenfassung „Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen“ und Interpretation	163
5.5.3.2	Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Aussagen der Patienten und Angehörigen zur ärztlichen Betreuung“	164
<b>5.6</b>	<b>Aussagen der Hausärzte</b>	<b>166</b>
5.6.1	Angaben vor der Studie: Studienspezifischer Baseline-Fragebogen	167
5.6.2	Angaben nach der Studie: Studienspezifischer Follow-Up-Fragebogen	172
5.6.2.1	Ergebnisse des Fragebogens	173
5.6.2.2	Vorher-Nachher-Vergleich	185
5.6.2.3	Durch Schulung erzielte Veränderung	187
5.6.2.4	Angaben der medizinischen Fachangestellten	188
5.6.3	Kernaussagen des Abschnitts 5.6	189
5.6.3.1	Zusammenfassung „Angaben der Hausärzte“ und Interpretation	189
5.6.3.2	Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Selbstauskunft der Hausärzte“	193
<b>5.7</b>	<b>Weitere Erkenntnisse aus der Studie</b>	<b>194</b>
<b>6.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>198</b>
<b>6.1</b>	<b>Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung</b>	<b>198</b>
6.1.1	Akzeptanz des Versorgungsmodells	199
6.1.2	Qualität der Diagnostik und Therapie	202
6.1.3	Abschließende Zusammenfassung	205
<b>6.2</b>	<b>Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens und Hinweise für die weitere Forschung</b>	<b>206</b>
6.2.1	Reflexion der Rahmenbedingungen	206
6.2.2	Reflexion des Studiendesigns	208
6.2.3	Reflexion der Datenbasis	210
6.2.4	Reflexion der Auswertung	211
<b>6.3</b>	<b>Verbesserungsvorschläge für das Gesundheitssystem und für die Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich</b>	<b>212</b>
6.3.1	Qualifizierung der Ärzte	213
6.3.2	Motivierung der Ärzte	215

---

6.3.3 Praxisbezogene Maßnahmen	220
6.3.4 Gesellschaftliche Maßnahmen	224
6.3.5 Übergeordnete Verbesserungsvorschläge	228
<b>6.4 Persönliches Fazit</b>	<b>232</b>
Literaturverzeichnis	234
Tabellenverzeichnis	246
Abbildungsverzeichnis	248
Abkürzungsverzeichnis	250
Anhang	251
Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) und c) der Promotionsordnung der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften	266

## Danksagung

Danken möchte ich den Personen und Institutionen, die durch ihre Unterstützung zu dem Forschungsprojekt und dieser Arbeit beigetragen haben. Mein Dank gilt

- meinem Doktorvater *Prof. Dr. Eric Schmitt* für die Betreuung der Dissertation, den konzeptuellen Spielraum, den er mir eingeräumt hat, sowie seine hilfreichen Anregungen,
- *Prof. Dr. Johannes Schröder* für die Bereitschaft, das Zweitgutachten zu erstellen,
- *Prof. Dr. Andreas Fellgiebel*, der als Initiator und Projektleiter von start-modem die Voraussetzungen für die vorliegende Arbeit geschaffen und mich mit der Projektkoordination betraut hat,
- *Dr. Heiner Melchinger* für die angenehme Zusammenarbeit im Rahmen des Projekts,
- *Prof. Dr. Karl-Heinz Renner* für die Beratung bei einigen statistischen Fragen,
- dem *Bundesministerium für Gesundheit* für die Förderung der Leuchtturmprojekte,
- den *Kooperationspartnern des Projekts*: der Landeszentrale für Gesundheitsförderung e.V. (LZG), dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, der Medizinischen Fachhochschule Hannover, dem Hausärzterverband Rheinland-Pfalz und der Landessärztekammer Rheinland-Pfalz,
- den *Hausärzten, medizinischen Fachangestellten und Fachärzten* für die aktive Teilnahme an dem Projekt,
- den *Patienten und ihren Angehörigen*, die in einer schwierigen Lebensphase bereit waren, das Projekt zu unterstützen.

Auf privater Ebene gilt mein Dank meinen Freunden, Kollegen und meiner Familie, insbesondere meinem Mann Oliver Köhler für seine große Geduld und meinen Eltern Christa und Prof. em. Dr. Lothar Laux für ihre fortwährende Unterstützung.

## Zusammenfassung

**Theoretische Grundlagen:** Übergeordnetes Ziel der Arbeit ist es, zu einer verbesserten Frühversorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen beizutragen. Bei vielen Menschen mit Demenz wird üblicherweise keine ärztliche Diagnose gestellt. Das bedeutet auch, dass die Betroffenen meist keine angemessene medizinische Behandlung erhalten und die Familien die mit der Krankheit verbundenen Belastungen oft allein bewältigen müssen. Mit einer frühzeitigen Diagnose sind zahlreiche Vorteile für die Betroffenen, ihre Angehörigen und das Gesundheitssystem verbunden.

Der Hausarzt nimmt eine zentrale Position in der Demenzdiagnostik ein: Wie kein anderer Arzt hat er die Möglichkeit, seine Patienten frühzeitig auf demenzielle Symptome anzusprechen und eine Demenzdiagnostik einzuleiten. Für den Patienten und seine Angehörigen ist der Hausarzt in der Regel der erste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragestellungen – auch bei Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Studien zeigen allerdings erhebliche Qualitätsunterschiede bei der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit (potenziellen) Demenzerkrankungen: Kritisiert wird vor allem, dass viele Hausärzte keine oder verspätete Demenzdiagnosen stellen, zu wenig über Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten wissen und wirksame Medikamente zu selten verschreiben. Als Barrieren einer angemessenen Frühversorgung von Patienten mit Demenz sind Informationsdefizite auf Seiten der Ärzte und emotionale Faktoren (wie Unsicherheit, Angst vor Patientenverlust) sowie externe Faktoren (wie zeitliche Kapazitäten, Budgetierungen) anzunehmen. Für die ärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz stehen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie zur Verfügung.

**Modellprojekt:** Die Schlüsselrolle der Hausärzte im diagnostischen Prozess wurde in einer Studie der Universitätsmedizin Mainz untersucht: Das „Hausarztbasierte Modellprojekt Demenzversorgung“ (start-modem) mit PD Dr. Andreas Fellgiebel als Projektleiter und der Autorin dieser Arbeit als Projektkoordinatorin war eines der 29 Leuchtturmprojekte, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurden. Innerhalb des Projekts erhielt eine Gruppe von Hausärzten ( $n = 34$ ) eine leitlinienbasierte Schulung in Demenzdiagnostik und -therapie. Diese Hausärzte führten dann selbstständig die Diagnostik bei Patienten mit Verdacht auf Demenz durch (SD = selbst diagnostizierende Hausärzte). Eine zweite Gruppe Hausärzte ( $n = 66$ ) überwies ihre Patienten zur Diagnosestellung an eines von drei regionalen Facharztzentren und übernahm nur die Erhebung der relevanten Laborparameter und die Veranlassung der kranialen Bildgebung (ZW = zuweisende Hausärzte). In beiden Gruppen waren die Hausärzte für die sich anschließende Therapie verantwortlich. Die Hausärzte entschieden selbst über ihre Zuordnung zu einer der beiden Gruppen und sprachen ebenfalls selbst die Patienten und Angehörigen wegen der Studienteilnahme an. Die selbst diagnostizierenden Hausärzte standen im Mittelpunkt der Untersuchung. Ihre Daten werden je nach Fragestellung mit denen der zuweisenden Hausärzte oder der Fachärzte verglichen, die als Referenzgruppen dienen.

**Fragestellungen:** Gestützt auf die Darstellung der diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise von Hausärzten bei demenziellen Erkrankungen unter Alltagsbedingungen werden folgende Fragestellungen untersucht:

(1) *Wie ist die Akzeptanz des Versorgungsmodells seitens der Hausärzte?*

Mit dem Akzeptanz-Kriterium wird überprüft, inwieweit die Ärzte im Rahmen des Modellprojekts die Notwendigkeit einer frühzeitigen Demenzdiagnostik und -therapie anerkennen und bereit sind, dabei eine aktive Rolle zu übernehmen.

(2) *Wie ist die Qualität der durch die Hausärzte durchgeführten Demenzdiagnostik und -therapie?*

Mit dem Qualitäts-Kriterium wird überprüft, inwieweit motivierte und geschulte Hausärzte unter Berücksichtigung der Leitlinien Diagnostik und Therapie leisten können (ohne dass eine zusätzliche Facharztkonsultation nötig ist).

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Daten des Modellprojekts, geht aber darüber hinaus, indem zusätzliche vertiefende Fragestellungen bearbeitet und ausführlichere statistische Analysen durchgeführt wurden. Außerdem ist es das besondere Anliegen der Arbeit, angeleitet von den empirischen Ergebnissen und Erfahrungen Empfehlungen für Verbesserungen im Gesundheitssystem und bei der Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich vorzuschlagen.

**Erhebung und Auswertung:** Die Datenerhebung erfolgte zum Teil durch die Hausärzte selbst (gestützt auf ärztliche Protokollbögen zur Diagnostik und Therapie), zum Teil durch die Projektmitarbeiter (gestützt auf Anamnesebögen und Testverfahren für Demenzpatienten und ihre Angehörigen sowie auf Ärztefragebögen). Die auf SPSS basierende Datenauswertung umfasste deskriptive und inferenzstatistische Verfahren. Je nach Fragestellung wurden korrelative (inklusive regressionsanalytische) oder Verfahren zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden eingesetzt, wobei in Abhängigkeit vom Skalenniveau parametrische oder nonparametrische Tests herangezogen wurden.

**Ergebnisse und Interpretation:** Für jeden Abschnitt im Ergebnisteil werden die detaillierten Befunde jeweils zu Kernaussagen zusammengefasst. Wesentliche Ergebnisse sind:

(1) *Akzeptanz:* (a) Weniger als ein Drittel der angefragten Hausärzte (100 von ca. 350) war bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Bezogen auf die Gesamtheit aller angefragten Hausärzte muss die Akzeptanz des Versorgungsmodells daher eher als gering bezeichnet werden. (b) Letztlich konnten genügend Hausärzte für die Studienteilnahme gewonnen werden. Es war einfacher, Hausärzte für die Gruppe der Zuweisenden zu gewinnen, doch beide in Frage kommenden Wege – das Selbst-Diagnostizieren und das Zuweisen an einen Facharzt zur Diagnosestellung – fanden Anklang. Während der Studie gab es hinsichtlich der Akzeptanz nur geringe Unterschiede zwischen den Ärztesgruppen. (c) Fast alle Hausärzte nahmen bis zum Ende an der Studie teil. Während der Studie waren allerdings oft Einschränkungen in der Motivation der teilnehmenden Hausärzte bezüglich der aktiven Studienteilnahme zu beobachten (mit großen interindividuellen Unterschieden). Dafür spricht

besonders, dass die Hausärzte weniger Patienten für die Studie rekrutiert haben als aufgrund der Prävalenzzahlen zu erwarten gewesen wären. (d) Andererseits sind die SD-Hausärzte bei denjenigen Patienten, die sie in die Studie einschlossen, häufig (und häufiger als die ZW-Hausärzte) aktiv vorgegangen, indem sie die Patienten von sich aus auf mögliche Symptome angesprochen und eine Diagnostik eingeleitet haben, was für ihre Akzeptanz einer frühzeitigen Diagnostik spricht. (e) In den Selbstauskünften der Hausärzte zeigten sich Einschränkungen in der Akzeptanz bezüglich leitliniengerechter Diagnostik und Therapie. (f) Folgt man den Selbstauskünften der SD-Hausärzte, war die Schulung für die meisten relevant und der Grund für eine Verbesserung ihrer ärztlichen Vorgehensweise bei Patienten mit Verdacht auf Demenz (z.B. verstärktes Ansprechen ihrer Patienten auf kognitive Symptome). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diejenigen Ärzte, die sich für die Studienteilnahme entschieden hatten, das Versorgungsmodell mit den Aspekten frühzeitige Demenzversorgung und Schlüsselrolle der Hausärzte grundsätzlich akzeptierten. Sie erkannten die Relevanz der Thematik und ihre eigene Verantwortung für die adäquate Versorgung ihrer Patienten an. Bei der praktischen Umsetzung des Versorgungsmodells ergaben sich jedoch einige Schwierigkeiten.

(2) *Qualität von Diagnostik und Therapie:* (a) Die Hausärzte nahmen insgesamt 156 Patienten in die Studie auf, wobei sich bei 61 % der Demenzverdacht bestätigte. (b) Die SD-Hausärzte führten selbstständig die Diagnostik durch, ohne dass sie auf die Unterstützung von Fachärzten zurückgreifen mussten. Ihre Demenzdiagnosen waren im Sinne der Entscheidung für oder gegen eine Demenzdiagnose plausibel. (c) Ihre häufigste Demenzdiagnose war jedoch „Demenz – nicht näher bezeichnet“, was auf eine differenzialdiagnostische Unsicherheit der SD-Hausärzte hinweist. Die Fachärzte dagegen legten sich immer auf eine spezifische Diagnose fest. (d) Die Patienten beider Hausärztesgruppen befanden sich zum Zeitpunkt der Diagnose in einem relativ frühen Stadium der Erkrankung, wie die Ergebnisse der Screeningtests zeigten. Dennoch wäre die Identifizierung einiger Patienten auch bereits in früheren Erkrankungsstadien möglich gewesen, was auch die Angaben der Patienten und Angehörigen nahe legten. (e) Die Leitlinien wurden sogar von den geschulten Hausärzten nur zum Teil umgesetzt: Die SD-Hausärzte erhoben nur bei 88 % der Patienten, bei denen sie später die Diagnose „Demenz“ stellten, die relevanten Laborparameter und veranlassten nur bei 59 % eine bildgebende Untersuchung. Weniger als der Hälfte der Patienten mit Alzheimer- oder gemischter Demenz verschrieben sie Antidementiva. Allerdings war die Leitlinienorientierung der SD-Hausärzte im Rahmen der Studie deutlich höher als allgemein üblich und sogar höher als die der Fachärzte. Zusammengefasst ergibt sich, dass die Hausärzte in der Lage waren, demenzielle Erkrankungen in relativ frühen Krankheitsstadien zu erkennen. Die Ergebnisse des Modellprojekts weisen nicht darauf hin, dass die Demenzdiagnostik besser durch Fachärzte durchgeführt werden sollte – mit der Einschränkung, dass die Fachärzte den Hausärzten bei der Feststellung der Demenzform überlegen waren. Gleichzeitig wird aber auch die Notwendigkeit deutlich, die ärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern.

**Diskussion:** Die Diskussion umfasst drei Themenkomplexe: (1) die abschließende Beantwortung der Fragestellungen zur Akzeptanz des Versorgungsmodells und zur Qualität der Diagnostik und Therapie der Hausärzte, (2) die kritische Reflexion des methodischen Vorgehens und Hinweise für die weitere Forschung sowie (3) Verbesserungsvorschläge für das Gesundheitssystem und für die Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich – gestützt auf die Ergebnisse des Projekts und Theorien der Gesundheitspsychologie sowie der Leitlinienimplementierung: (a) Zum einen betreffen die Verbesserungsvorschläge unmittelbar den Hausarzt: Neben Schulungsmaßnahmen wird besonders der Motivierung der Hausärzte eine entscheidende Bedeutung beigemessen. (b) Zum anderen werden Maßnahmen aufgeführt, die sich stärker auf die hausärztliche Praxis (z.B. Einbeziehung der medizinischen Fachangestellten) richten oder (c) auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen abzielen (z.B. Entstigmatisierung durch neue Altersbilder). Außerdem werden übergeordnete Verbesserungsvorschläge entwickelt, die über Einzelmaßnahmen hinausgehen: die stärkere Verknüpfung von Diagnostik mit therapeutischen und supportiven Möglichkeiten sowie die Einführung eines gerontologischen Koordinators und eines Coachs. Ein abschließendes Fazit hebt hervor, dass die Arbeit dazu beigetragen hat aufzuzeigen, welche wichtige Rolle die Hausärzte bei der Versorgung von Menschen mit Demenz innehaben und welche Chancen eine hausärztliche Frühversorgung bieten kann.

## Vorbemerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit steht in dieser Arbeit bei personenbezogenen Begriffen stets die männliche Form stellvertretend für beide Geschlechter.

Sämtliche Abkürzungen, die verwendet werden, werden bei der ersten Erwähnung eingeführt. Im Anhang befindet sich ein Abkürzungsverzeichnis.

Im Inhaltsverzeichnis sind einige Stellen grau hinterlegt. Sie markieren die wesentlichen Aussagen der vorliegenden Arbeit und sollen dem Leser ein zügiges Lesen ermöglichen. Grau hinterlegt sind Kapitel 1 und 3 sowie Teile der Kapitel 2 und 4. Da die Arbeit, insbesondere bei den statistischen Berechnungen und Ergebnissen, zahlreiche statistische Details enthält, folgt jedem Abschnitt des Ergebnisteils – ab Kapitel 5 – eine (grau hinterlegte) Darstellung der Kernaussagen. Wesentliche Inhalte der Arbeit – von der Beantwortung der Fragestellung über die kritische Reflexion bis hin zu den Schlussfolgerungen – finden sich auch in der Diskussion (Kapitel 6).

„Glauben Sie, dass es wichtig ist, eine richtige Diagnose zu bekommen und warum?“

„Ja, das ist sehr wichtig. Es ist so frustrierend, ein Leben zu leben, von dem du weißt, dass mit dir etwas nicht stimmt. Du weißt, dass etwas falsch ist, aber du kannst nicht erkennen, warum du durcheinander bist, dich seltsam verhältst oder einfach nicht du selbst bist. Ich glaube, dass es besser ist, die Diagnose zu wissen und eine entsprechende Behandlung zu bekommen. Es gibt viele Medikamente (nicht nur die, die nur für die Alzheimer-Krankheit entwickelt wurden), die Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, helfen können. Und vielen Menschen helfen sie tatsächlich. Wenn ein Medikament nicht hilft, sollte man ein anderes probieren. Auch für die Familienmitglieder ist die Diagnose eine Erleichterung. Sie wissen und verstehen dadurch, warum ihre Angehörigen sich seltsam verhalten. Sie können hoffentlich mehr von den Problemen verstehen, die auftauchen, wenn sie wissen, dass es dafür einen ernsten medizinischen Grund gibt.“ Lynn Jackson, Betroffene (Alzheimer Info, 2005)

# 1. Hintergrund und Zielsetzung der Arbeit

Das Thema „Demenz“ gewinnt zunehmend in der Gesellschaft an Bedeutung: Es häufen sich die Berichte in den Medien, die Pflegekassen passen ihre Leistungen an den spezifischen Bedarf von Menschen mit Demenz an, die kommunalen und freien Träger vergrößern ihr Angebot (z.B. durch Demenzberatungsstellen und die Bereitstellung von Betreuungskräften) und auch das Wissen um die Erkrankung und das Verständnis für Betroffene wachsen.

Die bereits hohe Zahl der Demenzerkrankungen wird in den nächsten Jahrzehnten den Hochrechnungen zufolge noch weiter zunehmen. Angesichts dieser Tatsache und der derzeit fehlenden Heilungsmöglichkeiten wächst der Druck, eine angemessene Versorgung dieser Personengruppe zu gewährleisten.

## 1.1 Einführung: Die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz

Derzeit ist immer noch von einer deutlichen Unterversorgung von Menschen mit Demenz auszugehen. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass viele Demenzerkrankungen nicht als solche erkannt werden. Die ärztliche Diagnose als Grundvoraussetzung für jegliche weitere Unterstützung hat daher eine besondere Bedeutung in den Versorgungssystemen. Doch weniger als ein Fünftel der Menschen mit Alzheimer-Demenz in Deutschland erhalten eine leitlinienorientierte Diagnostik (Melchinger, 2010a).

Diese medizinische Unterversorgung hat Folgen für die gesamte Lebenssituation der Betroffenen – und auch ihrer Angehörigen. Viele registrieren die wachsenden Defizite und sind verunsichert. Die nahe liegende Reaktion, der Gang zum Arzt, erfolgt jedoch oft nicht: Viele Betroffene und Angehörige schreiben die Defizite dem „normalen“ Alterungsprozess zu. Andere vermuten „die Alzheimer-Krankheit“ als Ursache für die beobachteten Symptome, suchen ihren Arzt aber nicht auf, weil sie von einer unheilbaren Krankheit ausgehen. Durch eine medizinische Abklärung haben Betroffene und ihre Angehörigen dagegen die Chance, die mit einer Diagnosestellung verbundenen therapeutischen Optionen zu nutzen und sich rechtzeitig und angemessen mit der Situation auseinanderzusetzen.

## 1.2 Das Modellprojekt „start-modem“ als Ausgangsbasis der Arbeit

Das „Hausarztbasierte Modellprojekt Demenzversorgung“ (start-modem) war eines der Leuchtturmprojekte Demenz. Diese wurden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung demenziell Erkrankter zu verbes-

uern. Das Modellprojekt untersucht die Schlüsselrolle der Hausärzte im diagnostischen Prozess.

Im Rahmen dieses Projekts führten Hausärzte – nach einer spezifischen Schulung – bei ihren Patienten mit Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung eine demenzspezifische Diagnostik durch. Verglichen wurde ihr Vorgehen mit dem anderer Hausärzte, die ihre Patienten zur Diagnosestellung an Facharztzentren überwiesen. Untersucht wurden zwei Kriterien: die Akzeptanz der Hausärzte und die Qualität der Diagnostik. Dieses Projekt ist eines der wenigen, das das Vorgehen der Hausärzte in ihrem Praxisalltag widerspiegelt. Es wird in den Abschnitten 4.1 und 4.2 ausführlich dargestellt.

### **1.3 Ziel der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit verfolgt folgende Ziele:

(1) Ein Ziel der Arbeit ist die Darstellung der diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise von Haus- und Fachärzten bei demenziellen Erkrankungen unter Alltagsbedingungen.

(2) Ein weiteres Ziel ist die Beantwortung der Frage, ob ein Versorgungsmodell im Bereich der Demenzfrühversorgung, das den Hausarzt als Schlüsselfigur einsetzt, von den Hausärzten selbst anerkannt wird. Dazu gehört auch die Akzeptanz der Notwendigkeit einer frühzeitigen Demenzdiagnostik und Therapie. Untersucht wird daher die Akzeptanz des hausärztebasierten leitliniengerechten medizinischen Versorgungskonzepts im start-modem-Projekt durch die Hausärzte.

(3) Zudem sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, inwieweit motivierte und geschulte Hausärzte Demenzdiagnostik und Therapie eigenständig leisten können, ohne dass die Konsultation von Fachärzten nötig ist. Untersucht wird die Qualität der von ihnen durchgeführten Diagnostik und Therapie im Hinblick auf die Umsetzung von Leitlinien.

(4) Ein zentrales Ziel der Arbeit ist auch, gestützt auf die Erkenntnisse und Erfahrungen im Projekt die Chancen einer hausärztlichen Frühversorgung von Menschen mit Demenz hervorzuheben und gleichzeitig Verbesserungsmöglichkeiten für das Gesundheitssystem und die Umsetzung demenzspezifischer Leitlinien im hausärztlichen Bereich zu entwickeln.

Übergeordnetes Ziel der Arbeit ist es, zu einer verbesserten Frühversorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen beizutragen.

## 1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit besteht aus insgesamt sechs Kapiteln:

(1) In Kapitel 1, *Hintergrund und Zielsetzung der Arbeit*, erfolgte eine einführende Beschreibung der derzeitigen Versorgungssituation von demenziell Erkrankten. Weiterhin wurden das „Hausarztbasierte Modellprojekts Demenzversorgung“ (start-modem) als Ausgangsbasis für die vorliegende Arbeit kurz vorgestellt und das Ziel der Arbeit kurz vorgestellt.

(2) Die *theoretischen Grundlagen* werden in Kapitel 2 beschrieben: Nach der Darstellung der allgemeinen Bedeutung von Leitlinien in der medizinischen Versorgung und dem aktuellen Kenntnisstand über demenzielle Erkrankungen wird die „Demenzdiagnostik und -therapie im hausärztlichen Bereich“ behandelt: Die Bedeutung einer frühzeitigen Demenzdiagnostik und die Rolle des Hausarztes werden erläutert. Der Ist-Stand der Versorgungssituation im Hinblick auf Demenzdiagnostik und -therapie in der hausärztlichen Praxis – darunter die existierenden Mängel in der hausärztlichen Versorgung von demenziell Erkrankten – werden auf dem Hintergrund der aktuellen Literatur beschrieben. Kapitel 2 endet mit einem Überblick über das Modellprojekt, das einen möglichen Weg zur Verbesserung der Versorgungslage erprobt. Der Zusammenhang zwischen dem Projekt und der vorliegenden Arbeit wird erläutert.

(3) Kapitel 3 beinhaltet die *Fragestellung* der Arbeit mit der Darstellung der Zielkriterien „Akzeptanz des Versorgungsmodells“ und „Qualität der Diagnostik und Therapie“ sowie der entsprechenden Variablen.

(4) In Kapitel 4 wird das *methodische Vorgehen* beschrieben: der Ablauf des Modellprojekts, die Datenerhebung und die Datenanalyse. Die Beschreibung der Stichprobe erfolgt – anders als sonst üblich – nicht im Methodenteil, sondern zu Beginn des Kapitels 5 (Ergebnisteil). Der Grund dafür ist, dass die Hausärzte sich selbst einer der beiden Studienbedingungen zuordnen und ebenfalls die Patienten und Angehörigen ansprechen konnten, um sie für die Studie zu gewinnen. Ihr Vorgehen stellt damit eine wichtige Datenquelle hinsichtlich des Zielkriteriums „Akzeptanz des Versorgungsmodells“ durch die Hausärzte dar. Diese Daten müssen daher dem Ergebnisteil zugeordnet werden.

(5) Das Kapitel 5 beinhaltet die *Ergebnisse und ihre Interpretation*. Nach der Darstellung der Charakteristika der an der Studie teilnehmenden Hausärzte und der von ihnen rekrutierten Patienten wird die Vorgehensweise der Hausärzte hinsichtlich Diagnostik und Therapie im Praxisalltag und im Zeitverlauf beschrieben. Aussagen von Patienten und Angehörigen sowie Aussagen der Hausärzte selbst liefern zusätzliche Informationen zum Vorgehen und zur Einstellung der Hausärzte. Der Darstellung der Einzelergebnisse folgt unmittelbar eine datennahe Interpretation. Am Ende jedes Abschnitts finden sich die Kernaussagen, die aus einer Zusammenfassung mit Interpretation und der Beantwortung der Fragestellung für die

entsprechende Variable bestehen. Den Abschluss von Kapitel 5 bildet eine Sammlung von Beobachtungen und Erfahrungen der Projektmitarbeiter, die über eine Datenanalyse hinausgehen.

(6) Die *Diskussion* in Kapitel 6 umfasst vier Bereiche: die abschließende Beantwortung der Fragestellungen zur Akzeptanz des Versorgungsmodells und zur Qualität der Diagnostik und Therapie der Hausärzte, die kritische Reflexion des methodischen Vorgehens und Hinweise für die weitere Forschung sowie die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen für das Gesundheitssystem und für die Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich. Die Verbesserungsvorschläge betreffen sowohl einzelne Bereiche (z.B. Motivierung der Ärzte) als auch übergreifende Empfehlungen (z.B. Unterstützung der Ärzte durch einen gerontologischen Koordinator). Den Abschluss der Arbeit bildet ein persönliches Fazit.

## 2. Theoretische Grundlagen

Dieses Kapitel beinhaltet die wesentlichen Positionen, die der Konzeption des Modellprojekts und der vorliegenden Arbeit zugrunde liegen. Es endet mit einem Überblick über das Projekt selbst.

### 2.1 Leitlinien in der medizinischen Versorgung

Leitlinien gewinnen bei zunehmender Komplexität der Medizin immer mehr an Bedeutung. Unter „Leitlinien“ versteht man „systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2013a). Somit sind Leitlinien „wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen“ (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung [BÄK], 1997, S. 1). Sie erleichtern den Ärzten die Auswahl relevanter wissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Transfer in die Praxis. Leitlinien sind nicht verpflichtend (AWMF, 2013a).

Leitlinien gehen in ihrer Funktion aber über reine Handlungsempfehlungen hinaus, sie fungieren zudem auch als „wichtige und effektive Instrumente der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“ (AWMF, 2013a). Der Gesetzgeber stärkte die Bedeutung von Qualitätsmanagement für Ärzte: Hausarztpraxen sind dazu verpflichtet, sich sowohl an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen als auch einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a Sozialgesetzbuch [SGB] V).

Die Zielsetzung von Leitlinien wird von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgendermaßen zusammengefasst (1997, S. 1):

- „Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“,
- „Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der ärztlichen Berufspraxis“,
- „Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten“,
- „Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten“,
- „Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung“,

- „Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Ordnungsgeber, Fachöffentlichkeit und andere) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen“

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat in den letzten Jahren ein Leitliniensystem etabliert. Zusammen mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist sie seit 2003 Träger des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien, das vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin organisiert wird und auf die Entwicklung versorgungsbereichsübergreifender Leitlinien zu ausgesuchten Erkrankungen hoher Prävalenz abzielt (Kopp, 2011). Nach der AWMF werden Leitlinien anhand einer Stufenklassifikation unterschieden, welche Tabelle 2.1 zu entnehmen ist. Leitlinien der S3-Klasse verfügen demnach über die beste Qualität.

Tabelle 2.1

*Stufenklassifikation von Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2013b)*

S1	Handlungsempfehlungen von Experten	Konsensfindung in einem informellen Verfahren
S2k	Konsensbasierte Leitlinien	Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung
S2e	Evidenzbasierte Leitlinien	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S3	Evidenz- und konsensbasierte Leitlinien	Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung

Für die Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen erschien 2009 eine S3-Leitlinie, an der sich neben den Herausgebern, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), zahlreiche andere Fachgesellschaften beteiligt haben, unter anderem die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie (DGGPP), Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP), die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP), der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) und der Berufsverband deutscher Psychiater (BVDP). Insgesamt wurde die S3-Leitlinie „Demenzen“ von 28 Fachgesellschaften konsentiert. Zum Zeitpunkt des Projektbeginns existierten mehrere Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften von unterschiedlicher Qualität.

Neben den Patienten, die eine evidenzbasierte Behandlung erhalten, können Ärzte von der Orientierung an Leitlinien zur Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen im Alltag profitieren: 56 % der Hausärzte gaben in einer postalischen Befragung an, dass Leitlinien für Diagnose und Therapie von Demenzerkrankungen hilfreich seien (Kaduszkiewicz, Wiese & Bussche, 2008). Die Bekanntmachung und Empfehlung von Leitlinien führt neben Wissenserwerb auch zu höherer diagnostischer Zuversicht und zu einer aktiveren Annäherung an die Thematik (Hout, Vernooij-Dassen & Stalman, 2007).

## 2.2 Demenzielle Erkrankungen

### 2.2.1 Abgrenzung der Demenz vom normalen Altern

Der normale Alterungsprozess hat Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit: Während kristallisierte kognitive Fähigkeiten (wie z.B. verbale Wortflüssigkeit) im Alter erhalten bleiben oder sich noch steigern können, unterliegen die fluiden Fähigkeiten einem alterskorrelierten Abbau – dazu zählen Informationsverarbeitung, Geschwindigkeit des Denkens und inhaltsübergreifende Problemlösefähigkeiten. Bezogen auf Gedächtnisleistungen zeigen sich Alterseffekte vor allem im episodischen und semantischen Gedächtnis (Zusammenfassung nach Baltissen, 2000).

Im Unterschied zu demenziellen Erkrankungen bleibt die Lernfähigkeit erhalten und es kommt nicht zu Störungen der Sozial- oder Alltagskompetenz, Störungen der höheren kognitiven Leistungen (wie Sprache oder Logik) oder schweren Gedächtnisstörungen (Ebert, 2011).

Eine „subjektive und objektivierbare kognitive Einbuße bei erhaltener Alltagskompetenz“ wird als „Leichte kognitive Störung“ bezeichnet (DGPPN & DGN, 2009b, S. 88). Diese kann vorübergehend oder zumindest nicht progredient sein. Die Übergangswahrscheinlichkeit zur Demenz liegt bei ca. 10 - 15 % aller Fälle pro Jahr (Ebert, 2011).

Im Frühstadium sind Demenzen „durch kognitive Störungen mit fließenden Übergängen zur altersnormalen Leistungsvarianz ohne klare Diskontinuitäten in der Symptomatik gekennzeichnet“ (Weyerer & Bickel, 2007). Somit ist eine Differenzierung zwischen einer demenziellen Entwicklung und dem normalen Alterungsprozess schwierig.

### 2.2.2 Definition Demenz

Der Begriff „Demenz“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet wörtlich „weg vom Verstand“. Bei einem Demenzsyndrom handelt es sich „um eine sekundäre Verschlechterung einer vorher größeren geistigen Leistungsfähigkeit“ (Förstl & Lang, 2011, S. 6).

Im ICD-10, "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation [WHO], 2012), wird „Demenz“ wie folgt definiert:

„Demenz (F00 - F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und

bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“ Die Beeinträchtigungen müssen mindestens über einen Zeitraum von 6 Monaten vorliegen.

### 2.2.3 Formen, Symptome und Behandlung der Demenz

Eine Demenz kann durch alle Erkrankungen bzw. psychotropen Substanzen verursacht werden, die zu einer Hirnschädigung führen oder die Hirnfunktionen beeinflussen. Man unterscheidet primäre und sekundäre Formen. Bei der primären Demenz betrifft die zugrunde liegende Erkrankung das Gehirn selbst, bei der sekundären Demenz sind die Störungen der Hirnfunktionen Folgen anderer zugrunde liegender Erkrankungen (Ebert, 2011; vgl. Tab. 2.2).

Tabelle 2.2

*Formen der Demenz mit ungefähren Häufigkeiten (nach neueren Untersuchungen sind die Mischformen häufiger; nach Ebert, 2011)*

Primäre Demenzen		Sekundäre Demenzen	
Degenerative Demenzen	Gemischte Demenzen	Vaskuläre Demenzen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Alzheimer</li> <li>- Parkinson (Demenz mit Lewy-Körpern)</li> <li>- frontotemporale Demenz</li> <li>- seltene Erkrankungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vaskulär</li> <li>+</li> <li>degenerativ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Multiinfarkt-demenz“, Einzelinfarkte, lakunäres Syndrom, hypoxisch-ischämische Enzephalopathie</li> <li>- seltenerere Erkrankungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mechanisch</li> <li>- toxisch</li> <li>- metabolisch</li> <li>- infektiös</li> <li>- Mangelzustände</li> </ul>
50 - 70 %	10 - 25 %	15 - 20 %	5 - 10 %

Die primäre Demenz ist die weitaus häufigere Form. Nach ihrer Ursache unterscheidet man neurodegenerative Demenzen (wie Alzheimer-Demenz und frontotemporale Demenz) und vaskuläre Demenzen – häufig kommen Mischformen vor. Primäre Demenzen sind in der Regel irreversibel und verlaufen progredient (Ebert, 2011).

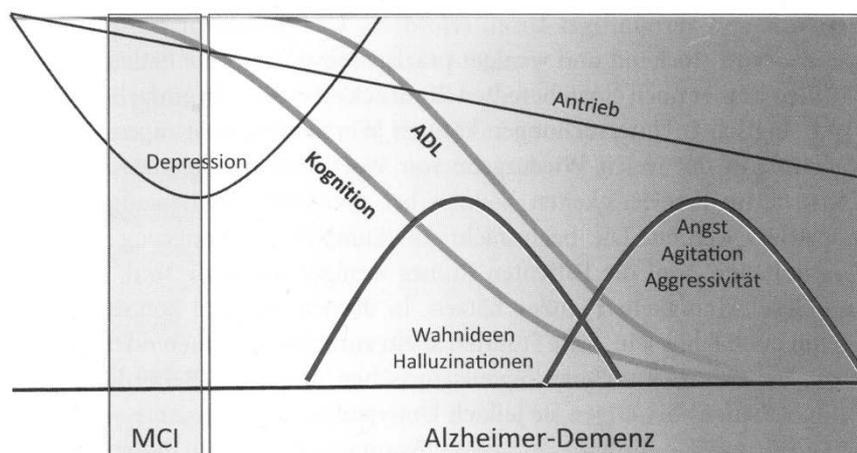
Sekundäre Demenzen machen nur etwa 5 - 10 % aller Demenzen aus. Ihnen können Stoffwechselstörungen (z.B. Hypothyreose, Morbus Wilson), chronische Intoxikationen (z.B. durch Medikamente, Alkohol), Mangelzustände (z.B. Hypovitaminosen) oder infektiöse, immunologische Erkrankungen (z.B. limbische Enzephalitis, Multiple Sklerose) zugrunde liegen. Diese Erkrankungen sind oft behandelbar – mit der Folge einer möglichen Reduktion der demenziellen Symptome. Sekundäre Demenzen sind somit prinzipiell reversibel (Ebert, 2011). Die wichtigsten primären Demenzformen werden im Folgenden näher beschrieben.

### a) Die Alzheimer-Demenz

Die häufigste Ursache der Demenz ist die Alzheimer-Krankheit (Förstl, Kurz & Hartmann, 2011). Sie betrifft in der Regel Menschen über 65 Jahre, es gibt aber auch eine seltenere Form mit früherem Beginn (Natale et al., 2011). Im ICD-10 (WHO, 2012) wird die Alzheimer-Krankheit wie folgt definiert: „Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren“. Nach der klinischen Manifestation ist von einem Krankheitsverlauf von 5 - 9 Jahren auszugehen (Schröder, Haberstroh & Pantel, 2010).

#### Symptome

Die ersten Symptome zeigen sich oft in Störungen der Merkfähigkeit und der Konzentration, gefolgt von Gedächtnis- und Orientierungsschwierigkeiten. Neben kognitiven Defiziten kommt es zu Veränderungen im Erleben und Verhalten, z.B. zu depressiven Verstimmungen, Apathie, Wahn oder aggressivem Verhalten (Benkert & Hippus, 2011; vgl. auch Abb. 2.1). Der Verlauf der Erkrankung ist progredient: Im schweren Stadium sind alle kognitiven Funktionen stark beeinträchtigt, die Sprache ist reduziert, neurologische Störungen und Inkontinenz können vorkommen. Die Erkrankten sind nicht mehr in der Lage, einfachste Handlungen auszuführen. Mit dem Verlust der Selbstständigkeit sind sie auf umfassende Unterstützung angewiesen (Förstl et al., 2011).



Anmerkungen. ADL: Activities of daily living. MCI: Mild cognitive impairment.

#### Abbildung 2.1

Verlauf der Alzheimer-Demenz (nach Förstl et al., 2011, S. 54)

**Ursache**

Die Ursache der Alzheimer-Krankheit ist noch unbekannt. Sicher ist, dass der neurodegenerative Prozess bereits 10 - 20 Jahre vor der klinischen Manifestation einsetzt (Schröder et al., 2010). Die wichtigsten neuropathologischen Merkmale sind Amyloid-Plaques außerhalb der Nervenzellen sowie neurofibrilläre Bündel innerhalb der Nervenzellen. Auch Veränderungen in den Neurotransmittersystemen Acetylcholin und Glutamat spielen eine Rolle (Benkert & Hippus, 2011). „Die Diagnose ergibt sich aus der Summe klinischer und apparativer Befunde, unterstützt durch den Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen“ (Benkert & Hippus, 2011, S. 415).

**Behandlung**

Eine ursächliche Behandlung ist trotz intensiver Forschungsbemühungen noch nicht möglich (Förstl et al., 2011). Eine Verzögerung des Krankheitsverlaufs kann mit zwei Medikamentengruppen erreicht werden: den Acetylcholinesterasehemmern (AChEH) Donepezil, Galantamin und Rivastigmin und dem NMDA-Rezeptorantagonist Memantin (Benkert & Hippus, 2011). Nicht alle Patienten profitieren gleichermaßen von diesen Substanzen (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG], 2007; Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft [AKDAE], 2004). AChEH sind zugelassen bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz, Memantin bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz (Benkert & Hippus, 2011). Sofern keine Kontraindikation vorliegt, wird der Einsatz von AChEH bzw. Memantin bei Alzheimer-Demenz gemäß der Indikation ausdrücklich empfohlen (Benkert & Hippus, 2011; DGPPN & DGN, 2009b). Der belegbare Nutzen der AChEH bezieht sich vor allem auf die kognitive Leistungsfähigkeit, es gibt aber auch Hinweise auf eine Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens (IQWiG, 2007). Der Nutzen der Memantin-Therapie ist weniger eindeutig als der der Therapie mit AChEH (IQWiG, 2009a, 2011).

Bei anderen Substanzen wie z.B. Ginkgo, Nicergolin oder Piracetam ist die Wirksamkeit nicht ausreichend wissenschaftlich belegt (Benkert & Hippus, 2011; DGPPN & DGN, 2009b). Die begleitenden Symptome wie Wahn, Unruhe, Aggression, Depression oder Angst können bei jeder Demenzform behandelt werden, z.B. mit Antipsychotika oder Antidepressiva (Benkert & Hippus, 2011). Einige nicht-pharmakologische Behandlungsansätze wie beispielsweise Ergotherapie scheinen gute Wirkungen zu erzielen (vgl. Abschnitt 2.3.1.1). Ihr Nutzen ist jedoch wissenschaftlich nicht so gut belegt wie der der pharmakologischen Therapie (Förstl et al., 2011).

**b) Die vaskuläre Demenz**

Die zweithäufigste Form ist die vaskuläre Demenz. Man versteht darunter eine „ätiologisch heterogene Gruppe von Demenzsyndromen“ (Benkert & Hippus, 2011, S. 418), die auf eine mangelnde Sauerstoff- und Nährstoffversorgung des Gehirns bedingt durch Gefäßschädigungen zurückzuführen sind (Heuser, 2010): Post-stroke-Demenz, Multiinfarktdemenz, sub-

kortikale vaskuläre Enzephalopathie und seltenere Gefäßerkrankungen wie CADASIL (Benkert & Hippus, 2011).

Im Unterschied zur Alzheimer-Erkrankung mit schleichendem Verlauf kann eine vaskuläre Demenz plötzlich auftreten und es werden häufiger schrittweise oder abrupte Verschlechterungen sowie fokalneurologische Ausfälle beobachtet (Benkert & Hippus, 2011). Weitere charakteristische klinische Merkmale einer vaskulären Demenz sind Gangstörungen, Miktionsstörungen und Veränderungen des Antriebs und der Affektivität (Haberl, 2011).

Der Krankheitsverlauf kann durch die Behandlung der vaskulären Grunderkrankungen wie Hypertonie, Diabetes und Hypercholesterinämie verlangsamt werden (Heuser, 2010). Nicht selten sind vaskuläre und alzheimertypische Veränderungen gleichzeitig vorhanden. Man spricht dann von „Gemischter Demenz“. In diesem Fall besteht eine Zulassung für die Behandlung mit AChEH und Memantin (Benkert & Hippus, 2011).

### **c) Weitere Demenzformen**

Als weitere Formen der Demenz sind vor allem die frontotemporale Demenz, die Lewy-Body-Demenz und die Demenz bei Parkinson zu nennen.

Bei der frontotemporalen Demenz stehen nicht die kognitiven Defizite im Vordergrund, sondern Veränderungen der Persönlichkeit, des Verhaltens und des Affekts (Benkert & Hippus, 2011). Während es bei der Alzheimer-Demenz zu einer globalen Atrophie des Gehirns kommt, betrifft die Atrophie hier vor allem die Frontal- und / oder Temporallappen (Danek, 2011). Die Erkrankung beginnt oft schon vor dem 65. Lebensjahr (Benkert & Hippus, 2011).

Die Lewy-Body-Demenz ist gekennzeichnet durch Fluktuationen der kognitiven Leistungsfähigkeit, Störungen der Exekutivfunktionen und der Aufmerksamkeit, Einschränkungen der visuell-räumlichen Fähigkeiten sowie optische Halluzinationen. Histopathologisch finden sich intraneuronale Einschlusskörperchen („Lewy-Körperchen“). Die Abgrenzung der Lewy-Body-Demenz zur Demenz bei Parkinson ist nicht eindeutig. Im Verlauf einer Parkinson-Erkrankung entwickelt sich häufig eine Demenz mit ähnlichem klinischen Bild wie bei der Lewy-Body-Demenz. Auch bei der Demenz bei Morbus Parkinson finden sich Lewy-Körperchen und meist auch alzheimertypische Veränderungen. Es besteht eine Zulassung für Rivastigmin (Benkert & Hippus, 2011).

## **2.2.4 Epidemiologie und demenzbedingte Kosten**

Weltweit leben Schätzungen zufolge ca. 35.6 Millionen Menschen mit Demenz. Es wird angenommen, dass sich diese Anzahl auf 65.7 Millionen im Jahr 2030 und 115.4 Millionen im Jahr 2050 erhöhen wird. In Europa leben derzeit ca. 9.95 Millionen Menschen mit De-

menz (Alzheimer's Disease International [ADI], 2009), in Deutschland ca. 1.2 Millionen (Alzheimer Europe, 2009).

Für die westlichen Industrieländer werden Prävalenzraten von ca. 6 - 9 % für die Bevölkerung über 65 Jahren angegeben. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit einer demenziellen Erkrankung an: Nur ca. 1 % der 65- bis 69-Jährigen sind betroffen, dagegen ca. 33 % der über 90-Jährigen. Über zwei Drittel aller Menschen mit Demenz sind Frauen, was hauptsächlich auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen ist (Weyerer & Bickel, 2007).

Ca. 1.85 % der 65-Jährigen und Älteren in Deutschland entwickeln im Laufe eines Jahres eine Demenz. Die Anzahl der Neuerkrankungen in Deutschland beläuft sich auf ca. 240.000 jährlich (Bickel 2002; nach Weyerer & Bickel, 2007). Die meisten Neuerkrankungen betreffen Menschen über 80 Jahren (Weyerer & Bickel, 2007).

Da „keine andere Erkrankung, die ein ähnliches Maß an Einschränkungen nach sich zieht“, vergleichbar häufig auftritt, spielen Demenzen „eine Schlüsselrolle bei der Entstehung von Hilfsbedarf und Abhängigkeit im Alter“ (Weyerer & Bickel, 2007, S. 75). Die jährlichen demenzbedingten Kosten werden weltweit auf 315 Milliarden US\$ geschätzt (ADI, 2009). Die Krankheitskosten aufgrund von Demenzerkrankungen in Deutschland stiegen von 2002 mit 7.143 Millionen € bis 2008 auf 9.364 Millionen € (Statistisches Bundesamt, 2010). Die Gesamtkosten für einen Alzheimerpatienten in Deutschland belaufen sich derzeit auf ca. 13.080 € jährlich, davon 43 % für die Pflege (Reese et al., 2011).

## **2.3 Demenzdiagnostik und -therapie im hausärztlichen Bereich**

Es ist davon auszugehen, dass bei drei Viertel aller Demenzkranken keine Diagnose gestellt wurde (ADI, 2011). Das bedeutet auch, dass die Betroffenen meist keine angemessene medizinische Behandlung erhalten und die Familien die mit der Krankheit verbundenen Belastungen oft allein bewältigen müssen. Hausärzte können bei der Früherkennung von demenziellen Erkrankungen einen wichtigen Beitrag leisten.

### **2.3.1 Bedeutung einer frühzeitigen Demenzdiagnose**

Mit einer frühzeitigen Diagnose sind zahlreiche Vorteile für die Betroffenen, ihre Angehörigen und das Gesundheitssystem verbunden.

#### **2.3.1.1 Nutzen für Patienten und Angehörige**

Ein wesentlicher Vorteil einer frühen Diagnostik liegt in der Differenzierung zwischen primärer und sekundärer Demenz und damit in der Identifikation von potenziell heilbaren De-

menzformen (vgl. Abschnitt 2.2.3). Die frühzeitige Diagnose stellt aber auch bei der Bestätigung einer primären Demenz die Basis für eine adäquate Versorgung dar – unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Betroffenen und seiner Familie. Diese kann auf medizinischer und / oder psychosozialer Ebene erfolgen:

**a) Medikamentöse Therapie der kognitiven Symptome**

Die demenzielle Erkrankung kann durch Antidementiva nicht geheilt, der Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit aber oft verlangsamt werden (vgl. Abschnitt 2.2.3). Es liegen Hinweise darauf vor, dass Patienten von einer frühzeitigen Behandlung stärker profitieren als Patienten, die später mit der Therapie beginnen (Winblad et al., 2006).

**b) Medikamentöse Therapie der nicht-kognitiven Symptome**

Für die Behandlung nicht-kognitiver, neuropsychiatrischer Symptome wie Depressivität oder Apathie, die oft bereits in der Anfangsphase der Erkrankung auftreten (Lyketsos et al., 2011), stehen bewährte Medikamente zur Verfügung (vgl. Abschnitt 2.2.3). Die Reduktion dieser Symptome bedeutet für Patienten und Angehörige oft eine große Entlastung.

**c) Überprüfung der Verordnung von Medikamenten mit anticholinergem Wirkung**

Bei demenziellen Erkrankungen kommt es zu Veränderungen in den Neurotransmittersystemen, insbesondere im cholinergen System (vgl. Abschnitt 2.2.3). Die Verordnung von Medikamenten, die das Acetylcholin reduzieren, z.B. einige Medikamente gegen Blasenschwäche, einige Neuroleptika oder einige Antidepressiva (Holt, Schmiedl & Thürmann, 2011) sollte kritisch überprüft werden (Carrière et al., 2009; DGPPN & DGN, 2009a). Für die Behandlung der gerade im Frühstadium von Demenz häufig auftretenden Depression können z.B. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer verordnet werden, die keine anticholinerge Wirkung haben (Holt et al., 2011).

**d) Verbesserung der allgemeinen medizinischen Versorgung**

Krankheiten wie z.B. Hypercholesterinämie werden bei Personen mit Demenz seltener diagnostiziert als bei nicht dementen Personen (Löppönen et al., 2004), möglicherweise weil sie Körpersignale inadäquat wahrnehmen und / oder diese nicht artikulieren können. Eine Demenzdiagnose kann dazu führen, dass Angehörige und / oder Ärzte sich stärker für die Gesundheit des Patienten verantwortlich fühlen.

**e) Nicht-medikamentöse Therapie**

Es gibt zahlreiche nicht-medikamentöse Therapieansätze bei demenziellen Erkrankungen wie Selbst-Erhaltungs-Therapie, Ergotherapie, Validation und Psychotherapie. Die Ergotherapie beispielsweise zielt auf die Stabilisierung der Gesundheit durch Aktivierung im Alltag ab, wobei der Fokus auf alltäglich relevanten, individuell sinnvollen Tätigkeiten liegt und in der Regel auch das Patientenumfeld mit einbezogen wird (Voigt-Radloff et al., 2009). Trotz der Schwierigkeit, positive Effekte nicht-medikamentöser Interventionen wissenschaftlich zu belegen, gibt es deutliche Hinweise auf Verminderungen der Symptome beim Patienten und

Reduzierung der Belastung der Angehörigen (z.B. Graff et al., 2006; Romero & Wenz, 2002).

#### **f) Verbesserung der familiären Situation durch Kenntnis der Diagnose**

Die Diagnose liefert den Patienten eine Erklärung für die beobachteten Symptome, was häufig mit Erleichterung einhergeht (Schröder et al., 2010). Mit der Information über das Krankheitsbild können Angehörige die Verhaltensveränderungen und kognitiven Defizite des Betroffenen einordnen und ihr eigenes Verhalten danach ausrichten (Connell, Boise, Stuckey, Holmes & Hudson, 2004). Eine Entspannung der häuslichen Situation ist oft die Folge. Eine Angehörige schildert dies eindrucksvoll: „Well, if I had known that the man was sick, first of all, he wouldn't have been left alone as long as he was. Second of all, I wouldn't have blamed him for his actions. I would have known it was the disease. We did a lot of damage emotionally to him as well as to ourselves, and there's a lot of guilt associated with what we had done, so I think diagnosis as early on as possible is the best possible thing that can happen“ (zitiert nach Connell et al., 2004, S. 502).

#### **g) Hilfe für Angehörige**

Angehörige haben ein eigenes Krankheitsrisiko. Bei etwa einem Drittel von ihnen treten Depressionen auf (Schoenmakers, Buntinx & Delepeleire, 2010; Takahashi, Tanaka & Miyaoka, 2005) – häufiger als bei Angehörigen von Patienten mit anderen chronischen Krankheiten (Schoenmakers et al., 2010). Im Rahmen psychotherapeutischer Angebote und psychosozialer Beratung ist die Ermutigung zur eigenen Psychohygiene der Angehörigen besonders wichtig, z.B. durch Verteilung der „Betreuungslasten“ auf mehrere Familienmitglieder oder Teilnahme an Gesprächskreisen für Angehörige. Es gibt Hinweise darauf, dass Interventionsprogramme für Angehörige zur Verringerung von Belastung bei Angehörigen (Teri, McCurry, Logsdon & Gibbons, 2005; Callahan et al., 2006; Selwood, Johnston, Lyketsos & Livingston, 2007), zur Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten beim Patienten (IQWiG, 2008; Callahan et al., 2006) und somit möglicherweise zu einer längeren Erhaltung der häuslichen Versorgung führen können.

#### **h) Zukunftsplanung**

Eine frühe Diagnose gibt den Patienten und Angehörigen die Chance, rechtzeitig wichtige Zukunftsthemen zu behandeln, wobei die Teilnahme Dritter (Arzt, Pflegeberater, Jurist) oft hilfreich ist. Themen wie das Führen eines Kraftfahrzeugs, pflegerische Versorgung bei fortschreitender Erkrankung sowie rechtliche und finanzielle Angelegenheiten sind vielleicht die wichtigsten. Wird die Diagnose erst in einem fortgeschrittenem Stadium gestellt, ist die Geschäftsfähigkeit unter Umständen nicht mehr gegeben und z.B. die rechtswirksame Erstellung von Vorsorgevollmacht und Testament nicht mehr möglich (Förtsch, Förstl & Grazl-Pabst, 2011).

**i) Technische Hilfen**

Es gibt mittlerweile zahlreiche technische Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die zum Erhalt von Selbstständigkeit, Sicherheit, sozialer Partizipation usw. beitragen und zum Teil bereits in frühen Stadien sinnvoll eingesetzt werden können, z.B. computergestütztes Training oder Erinnerungshilfen (Wahl, Oswald, Claßen, Voss & Igl, 2010).

**2.3.1.2 Gesellschaftlicher Nutzen**

Eine frühe Diagnose bringt vor allem Vorteile für die Betroffenen und Angehörigen, aber auch für die Gesellschaft.

**a) Förderung von Studien mit Frühbetroffenen**

Frühe Diagnosen ermöglichen die weitere Erforschung früher Krankheitsstadien, insbesondere im Hinblick auf Früherkennung und medikamentöse Behandlung.

**b) Kosteneinsparungen**

Eine frühe Diagnose mit adäquater Therapie und Unterstützung bedeutet eine erhebliche Kostenreduktion für das Gesundheits- und Sozialsystem. Pentzek und Abholz (2004) nennen folgende Gründe: eine angemessene frühzeitige ärztliche Behandlung, die Verzögerung kostenintensiver stationärer Pflege und die Verringerung indirekter Kosten, z.B. aufgrund von Folgeerkrankungen pflegender Angehöriger. Der Weltzheimerbericht besagt, „dass die Kosten im Zusammenhang mit einer Frühdiagnose mehr als nur kompensiert werden durch die Einsparungen, welche durch die positiven Wirkungen der spezifischen Demenzmedikamente und der Interventionen zugunsten der Pflegenden resultieren“ (ADI, 2011, S. 10).

**2.3.1.3 Stellungnahmen von Fachgesellschaften und anderen Organisationen**

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und andere wichtige Organisationen betonen übereinstimmend die Vorteile und Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose. Exemplarisch seien hier einige Aussagen genannt:

- Von außerordentlicher Bedeutung ist, frühzeitig den Patienten und seine Angehörigen detailliert über das Wesen der Erkrankung und die mögliche Prognose aufzuklären und sie auf dem bevorstehenden, in der Regel sehr schwierigen Weg unterstützend und beratend zu begleiten. (AKDAE, 2004, S. 9)
- Basierend auf dieser Entwicklung nimmt die Diagnostik von Demenzerkrankungen heute die gleiche Position ein wie z.B. die Diagnostik maligner Erkrankungen in der Onkologie. Sie dient dazu, den Erkrankten und die Angehörigen über die Ätiologie, die Symptomatik, die Prognose, die Therapie und über präventive Maßnahmen auf-

zuklären. Sie stellt damit die Grundlage der Behandlung und Betreuung von Erkrankten und Angehörigen dar. Da es sich bei der Symptomatik von Demenzerkrankungen um einen dynamischen und progredienten Prozess handelt und viele therapeutische und präventive Ansätze gerade im Frühstadium der Erkrankung Belastung und Pflegebedürftigkeit verzögern können, ist eine frühzeitige Diagnostik von Demenzerkrankungen zu fordern. (DGPPN & DGN 2009b, S. 29)

- Der schleichende Beginn der meisten Demenzerkrankungen ist die Ursache dafür, dass Defizite und auffällige Verhaltensweisen der Erkrankten oft erst im Rückblick als erste Symptome einer Demenz erkannt werden. Es ist aber ausgesprochen wichtig, dass Demenzerkrankungen möglichst frühzeitig diagnostiziert werden. Ein kleiner Teil der demenziellen Erkrankungen (reversible Demenzen) kann durch Behandlungen wesentlich gebessert werden. Bei den primären Demenzen wie z. B. Alzheimer ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen den Betroffenen, sich mit der Krankheit und ihren Folgen auseinanderzusetzen, bevor sie die Fähigkeit dazu verlieren. (BMG, 2010, S. 12)

Alzheimer's Disease International hat die frühzeitige Diagnose 2011 sogar zum Thema des jährlichen World Alzheimer Reports gemacht, „Die Vorteile von frühzeitiger Diagnose und Intervention“. Einige wesentliche Aussagen sind:

- „Allermindestens muss jede demenzkranke Person das Recht auf eine Diagnose ‚zum richtigen Zeitpunkt‘ haben, nämlich dann, wenn sie und ihre Angehörigen beginnen sich Sorgen zu machen und Rat sowie Behandlung und Unterstützung benötigen.“ (S. 10)
- „Die meisten Menschen mit Demenz im Frühstadium möchten die Diagnose kennen.“ (S. 10)
- „Es ist falsch zu sagen, dass ‚eine Frühdiagnose nichts nützt‘ oder ‚dass nichts gemacht werden kann‘.“ (S. 10)
- „Frühdiagnosen tragen dazu bei, die Art und Weise, wie die Gesellschaft mit Alzheimer und anderen Demenzformen umgeht, zu verändern.“ (S. 9)

### **2.3.2 Die Rolle des Hausarztes bei der Demenzdiagnostik**

Demenzdiagnostik kann prinzipiell von Hausärzten, Neurologen und Psychiatern durchgeführt werden. Hausärzte haben die Wahl, die diagnostischen Untersuchungen selbst zu übernehmen und die Diagnose zu stellen, und / oder ihre Patienten an Fachärzte zu überweisen. Damit ist der Hausarzt in der Regel an beiden Varianten beteiligt.

In zahlreichen Veröffentlichungen wird die Rolle des Hausarztes bei der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit Demenz hervorgehoben (z.B. Riedel-Heller, Schork, Fromm & Angermeyer, 2000; Maeck, Haak, Knoblauch & Stoppe, 2007; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2002). „Hausärzte, also Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Internisten tragen die Hauptlast der ärztlichen Versorgung und damit die Verantwortung für die Diagnose, Beratung und Behandlung bei Demenzerkrankungen. Hier, in der Primärversorgung, liegt die Chance zu einer Verbesserung der Früherkennung, zu rechtzeitigen und richtigen Weichenstellungen bis hin zu weite-

ren diagnostischen und therapeutischen Schritten. Hier liegt die Verantwortung zur Einleitung und Überprüfung angemessener Behandlungspläne“ (Förstl, 2011, S. XI).

Der Hausarzt ist oft der erste Mediziner, der Patienten mit einer beginnenden Demenz sieht (Hout et al., 2007). Er kennt den Betroffenen und dessen Umfeld oft schon jahrelang, sieht ihn regelmäßig und ist daher am besten in der Lage, schon leichte Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit früh zu bemerken (Pentzek & Abholz, 2004).

Viele Patienten nehmen ihre Defizite selbst nicht wahr und haben somit keine Krankheitseinsicht. Diese so genannte Anosognosie kann ein Symptom der Erkrankung sein (Kessler & Supprian, 2003) und besonders bei allein lebenden Patienten zu einer Verzögerung der Diagnosestellung führen. Es sind nämlich in über zwei Dritteln der Fälle die Angehörigen, die den Erkrankten dem Arzt vorstellen (BMFSFJ, 2002). Neben dem Nicht-Erkennen von Krankheitszeichen können auch Unsicherheit oder Scham dazu führen, dass Betroffene und Angehörige keine medizinische Hilfe suchen (Ilfte, Walters & Rait, 2000). Das Erkennen von Krankheitszeichen durch den Arzt ist bei demenziellen Erkrankungen somit entscheidender als bei vielen anderen Krankheiten.

Personen mit präklinischer Demenz gehen statistisch gesehen häufiger zum Hausarzt als andere Patienten. Die Besuche erfolgen zwar nur zum Teil aufgrund demenzbedingter Beschwerden, aber die Anzahl der Konsultationen nimmt bereits Jahre vor der Diagnosestellung zu (Ramakers et al., 2007; Eisele et al., 2010). Damit haben Hausärzte die Chance, demenzielle Symptome bei ihren Patienten durch gezielte Beobachtung frühzeitig zu erkennen. Viele Demenzdiagnosen sind „Suchdiagnosen“ (Stoppe et al., 2004).

Für den Patienten ist sein Hausarzt in der Regel der erste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragestellungen – auch bei Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Das oft bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und Patient kann es auch dem Arzt erleichtern, den Patienten auf mögliche Symptome anzusprechen und diagnostische Maßnahmen zu initiieren.

Eine Befragung deutscher Hausärzte ergab, dass die Patienten und ihre Angehörigen sich wünschen, dass die Demenzbehandlung vor allem in den Händen ihrer Hausärzte liegt (Riedel-Heller et al., 2000). Ca. 90 % der demenziell erkrankten Patienten werden von ihrem Hausarzt behandelt (Robert-Koch-Institut [RKI], 2005).

Es stellt sich die Frage, ob die Demenzdiagnostik vom Hausarzt oder eher vom Facharzt (Neurologen und Psychiater) durchgeführt werden sollte. Hausärzte mit spezifischen Kenntnissen können Demenzdiagnostik (vgl. Abschnitt 4.1.2.1.2) in ihrer Praxis durchführen, wenn es sich um typische demenzielle Erkrankungen mit entsprechender Symptomatik und klassischem Krankheitsverlauf (z.B. Alzheimer-Demenz) handelt (z.B. Stoppe et al., 2004). Bei unklaren Symptomen oder in sehr frühen Stadien ist eine Überweisung zum Facharzt sinnvoll.

Fachärzte sind aufgrund ihres Fachwissens, ihrer Erfahrung und ihrer diagnostischen Möglichkeiten am besten in der Lage, eine präzise Diagnose zu stellen. In der Realität kommt eine fachärztliche Konsultation für Patienten aus unterschiedlichen Gründen oft je-

doch nicht in Frage: Ein Besuch bei einem Facharzt ist in ländlichen Regionen – insbesondere für ältere, häufig weniger mobile Menschen – oft schwierig zu organisieren (Melchinger & Machleidt, 2005a). In der Stadt ist die Chance, bei Demenz einen Facharzt zu konsultieren, um 43 % höher als auf dem Land (Koller et al., 2010). Viele Menschen lehnen die Konsultation eines Psychiaters auch schlichtweg ab (Melchinger & Machleidt, 2005a). Für diese Patienten kann eine Diagnostik nur durch ihren Hausarzt erfolgen, der somit auch Menschen erreicht, die nie einen Facharzt aufsuchen würden.

Der Hausarzt nimmt – ob er selbst die Diagnostik durchführt oder an einen Facharzt überweist – eine zentrale Position bei der Demenzdiagnostik ein: Wie kein anderer Arzt hat er die Möglichkeit, demenzielle Symptome frühzeitig zu erkennen, seine Patienten darauf anzusprechen und eine Diagnostik einzuleiten. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Hausärzte eine aktive Rolle bei der Früherkennung einnehmen und gezielt bei ihren älteren Patienten auf Anzeichen einer beginnenden demenziellen Entwicklung achten.

### **2.3.3 Ist-Stand der Versorgungssituation: Demenzdiagnostik und -therapie in der hausärztlichen Praxis**

Bei der Versorgung ihrer Patienten mit Demenz sind die Hausärzte für folgende Bereiche zuständig (Bussche, 2006):

- Diagnosestellung
- Behandlung (medikamentöse und nichtmedikamentöse)
- Beratung und Unterstützung der Angehörigen
- Koordination aller Dienste (insbesondere Pflege)
- Case Management

Studien aus verschiedenen Ländern zeigen erhebliche Qualitätsunterschiede bei der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit (potenziellen) Demenzerkrankungen: Einer Gruppe von engagierten und kompetenten Hausärzten steht eine wesentlich größere Zahl von Hausärzten gegenüber, die zu wenig Kenntnisse über Diagnostik und Therapie, besonders aber auch über die Notwendigkeit einer frühen Diagnose besitzen, „deren demenzspezifische Qualifikation verbesserungsbedürftig ist“ (Melchinger & Machleidt, 2005a, S. 494). Die Untersuchungsergebnisse basieren auf Fremdeinschätzungen (Außenperspektive) und Selbstauskünften der Hausärzte (Innenperspektive) und beziehen sich im Wesentlichen auf die Aspekte Qualifikation und Motivation.

#### **2.3.3.1 Qualifikation und Motivation von Hausärzten (Außenperspektive)**

Die Kritik an der Arbeit der Hausärzte betrifft alle Stadien des Diagnostik- und Behandlungsprozesses: Hausärzte stellen keine oder eine verspätete Demenzdiagnose (Millard,

2008; Boustani et al., 2005; Iliffe et al., 2009; Valcour, Masaki, Curb & Blanchette, 2000) – sie erkennen leichte Demenz in nur 12 - 33 %, fortgeschrittene Demenz in 35 - 73 % (z.B. Löppönen, Rähä, Isoaho, Vahlberg & Kivela, 2003; Olafsdottir, Skoog & Marcusson, 2000; Boise, Neal & Kaye, 2004; Valcour et al., 2000; Ganguli et al., 2004). Hausärzte übersehen bei 40 - 60 % die Demenzerkrankung (RKI, 2005). Bis zur Diagnose vergehen 18 - 30 Monate (Reviewartikel von Koch & Iliffe, 2010). Selbst wenn Angehörige auf die Symptome aufmerksam machen, sind manche Ärzte nicht leicht von der Notwendigkeit einer Diagnostik zu überzeugen (Connell et al., 2004).

Studien über Demenzerkennungsraten liegen unterschiedliche Studiendesigns zugrunde, z.B. wurden die Ärzte zu einer Entscheidung für oder gegen die Demenzdiagnose aufgefordert, oder es wurde im Nachhinein überprüft, ob eine fachärztliche Diagnose den Hausärzten bekannt war, oder es wurden Hausärzten fiktive Fälle zur Beurteilung vorgelegt usw. Dennoch stimmen die Ergebnisse dahingehend überein, dass viele Demenzerkrankungen nicht oder erst spät diagnostiziert werden und dass Hausärzte Demenzen in fortgeschrittenen Stadien leichter erkennen bzw. die Diagnose stellen können.

Weitere Untersuchungen zeigen, dass Hausärzte zu wenig über Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten wissen (Pimlott et al., 2009) und diagnostische Leitlinien zu selten umsetzen (Hout et al., 2007), z.B. führen sie notwendige Ausschlussdiagnostik zur Identifikation reversibler Demenzformen zu selten durch (Löppönen et al., 2003). Wirksame Medikamente werden zu selten verschrieben (Melchinger, 2009; Rouf, Mittendorf, Pirk & Schulenburg, 2002).

Hausärzte haben nur unzureichende Kenntnisse über weiterführende Unterstützungssysteme für Patienten und Angehörige und oft wenig Zeit und / oder Interesse an aktiver Aneignung weiterer Informationen (Yaffe, Orzeck & Barylak, 2008). Materialien wie Listen von Unterstützungsangeboten sind in den wenigsten Praxen vorrätig (Melchinger & Machleidt, 2005b), nur 32 % der Hausärzte kooperieren nach eigenen Angaben mit Angehörigengruppen, nur 4 % mit der „Alzheimergesellschaft“ o.ä. (Riedel-Heller et al., 2000).

### **2.3.3.2 Qualifikation und Motivation von Hausärzten (Innenperspektive)**

In vielen Studien wurde versucht, durch Befragungen von Hausärzten die Gründe für die existierenden Schwierigkeiten herauszufinden. In einer Studie stellten sich folgende Barrieren einer frühen Demenzdiagnose heraus: diagnostische Schwierigkeiten – besonders in frühen Stadien –, Zeitmangel, Scham des Arztes kognitive Defizite zu testen und Übersehen von kognitiven Defiziten aufgrund von Multimorbidität und Leugnung der Defizite seitens der Patienten (Hout, Vernooij-Dassen, Poels, Hoefnagels & Grol, 2000). Andere Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen (z.B. Cahill, Clark, O'Connell, Lawlor, Coen & Walsh, 2008). Diagnostische Schwierigkeiten beziehen sich auch auf die Differenzierung von normalem Altern und Demenz (Iliffe, Manthorpe & Eden, 2003). Weitere Barrieren bei der Demenzdiagnostik und -therapie durch Hausärzte stellen das mangelnde Vertrauen in die eigenen diagnostischen Fähigkeiten (Turner et al., 2004), die Annahme der fehlenden Thera-

piekonsequenz in frühen Stadien (Vernooij-Dassen et al., 2005), der hohe zeitliche diagnostische Aufwand – zumal ohne entsprechende Honorierung (Hinton et al., 2007) – sowie zu wenig interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kenntnis über und Zugang zu Versorgungsangeboten (Hinton et al., 2007; Melchinger & Machleidt, 2005b) dar.

In den Befragungen wurden auch dysfunktionale Überzeugungen oder Befürchtungen deutlich: Manche Ärzte nehmen an, dass Patienten bzw. Angehörige die Diagnose so lange wie möglich nicht wissen möchten (Cahill et al., 2008). Oder sie befürchten, ihre Patienten falsch zu etikettieren (mis-labelling) – mit der möglichen Folge, den Patienten, ihren Familien und der Arzt-Patient-Beziehung zu schaden (Iliffe et al., 2003). Andere scheuen die Diagnosestellung gegenüber Patienten und Angehörigen (Iliffe et al., 2003).

Die Hausärzte machten häufiger sich selbst für die späte Diagnose von Demenzerkrankungen verantwortlich als die Patienten oder Angehörigen, die Krankheit oder das Gesundheitssystem (Cahill et al., 2008). Sie sehen die Demenzversorgung als eine Herausforderung an (Hinton et al., 2007).

### **2.3.3.3 Forschungsstand in der BRD**

Im Folgenden wird die aktuelle Studienlage in Deutschland dargestellt und damit der spezifischen Ärzteausbildung, den nationalen Leitlinien, den Abrechnungsmodi etc. Rechnung getragen. Die Darstellung berücksichtigt insbesondere die Versorgung von Patienten mit Demenz in Hausarztpraxen (Diagnostik, Therapie und Vermittlung weiterführender Hilfen) und legt – entsprechend dem Thema der Arbeit – den Schwerpunkt auf Demenzdiagnostik. Es werden sowohl das methodische Vorgehen der Studien beschrieben als auch deren Ergebnisse.

Riedel-Heller et al. (2000) führten 1997 eine Survey Studie zur Versorgung von Demenzpatienten in Hausarztpraxen durch, an der 563 Hausärzte durch Beantwortung eines Fragebogens teilnahmen. Die Ergebnisse zeigen Probleme in Diagnostik, Therapie und Vermittlung weiterführender Hilfen auf: Beispielsweise diagnostizierten drei Viertel der Hausärzte vaskuläre Demenzen häufiger als Alzheimer-Demenzen – entgegen den Erwartungen aufgrund epidemiologischer Daten. Fast die Hälfte gab Informationen von Angehörigen als die wichtigste Informationsquelle für die Diagnostik an (u.a. vor klinischem Gespräch oder Tests) und die eigene Erfahrung hatte bei 58 % den größten Einfluss auf die Therapieorientierung (u.a. vor Fortbildungen und Fachliteratur). 33 % stimmten der Aussage zu: „Demenzen nehmen einen schicksalhaften Verlauf, der therapeutisch nicht zu beeinflussen ist“ (S. 303). Den Zeitaufwand pro Patient mit einer demenziellen Erkrankung schätzten 35 % etwa so hoch ein wie den bei Tumorerkrankungen und höher als bei kardiovaskulären Erkrankungen.

Pentzek, Fuchs und Abholz (2005) befragten 134 zufällig ausgewählte Hausärzte anhand eines Fragenbogens über ihren Kenntnisstand zur Demenz. Ihre Angaben zur Prävalenz, zur häufigsten Ursache von einem deutlichen Gedächtnisabbau, zum diagnostischen und diffe-

renzialdiagnostischen Vorgehen und zu sozialen Unterstützungsangeboten bildeten einen eher schlechten Kenntnisstand ab. Fragen zur Symptomatik und zum Verlauf der Alzheimer-Erkrankung und zur Wirksamkeit antidementiver Therapie wurden überwiegend richtig beantwortet. 91 % sahen in der Früherkennung einer Demenz einen Nutzen für Patienten und Angehörige. Bezüglich der selbst wahrgenommenen Kompetenz gaben 59 bzw. 55 % der Hausärzte an, sich in diagnostischen bzw. therapeutischen Belangen sicher zu sein. 93 % gaben an, dass sie mehr Zeit für die Betreuung und Versorgung ihrer Patienten mit Demenz und deren Angehörigen benötigten. Die Ergebnisse wurden von Pentzek et al. (2005) – auch unter Verweis auf andere Studien – im Hinblick auf die Einstellung der Hausärzte zu Demenzen diskutiert. Diese wurde als Produkt aus Kognition (Kenntnisstand, selbst wahrgenommen Kompetenz), Affekt und externen Faktoren (zeitliche Einschränkungen, Interaktion mit dem Hausarzt, Kostendruck) definiert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, „dass sich der defizitäre Ist-Zustand nicht allein durch Wissenslücken erklären lässt“ (S. 505), und sie verweisen auf die Bedeutung affektiver und externer Faktoren.

Kaduszkiewicz, Bachmann und Bussche (2008) führten mit 30 Hausärzten Interviews zu Schwierigkeiten bei der Diagnosemitteilung durch. Basierend auf diesen Ergebnissen wurde ein Fragebogen mit 49 Items (Ranking-Verfahren) zusammengestellt, der in einer postalischen Erhebung eingesetzt wurde: Kaduszkiewicz, Wiese und Bussche (2007) und Kaduszkiewicz, Bachmann et al. (2008) untersuchten Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten ( $n = 211$ ;  $n = 96$ ) hinsichtlich der ambulanten Versorgung von Demenzpatienten. Die Gruppenergebnisse waren sehr ähnlich, z.B. sprachen sich 70 % der Hausärzte und 77 % der Fachärzte (darunter v.a. jüngere Ärzte) für eine frühzeitige Diagnostik aus, 53 % der Hausärzte und 60 % der Fachärzte stimmten der Aussage, dass „leichtere Formen der Alzheimer-Demenz medikamentös gut beeinflussbar“ seien, zu und 52 % der Haus- und 59 % der Fachärzte gaben an, den Angehörigen die Kontaktaufnahme mit der Alzheimer-Gesellschaft zu empfehlen. Signifikante Unterschiede ergaben sich z.B. hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens: 54 % der Hausärzte, aber drei Viertel der Fachärzte lehnten die Aussage „In der Diagnose (bzw. Therapie) von Demenzen kenne ich mich nicht gut aus“ ab und 43 % der Hausärzte, aber 79 % der Fachärzte gaben an, bei Verdacht auf kognitive Störungen regelmäßig kognitive Tests anzuwenden. Die Hausärzte verschrieben häufiger Ginkgo und seltener AChEH als die Fachärzte (Bussche & Kaduszkiewicz, 2005).

Weiterhin wurden Zusammenhänge zwischen den Einstellungen der Ärzte zur Demenz und der Einschätzung der eigenen diagnostischen und therapeutischen Kompetenz untersucht: „Self-estimated competence and general attitude towards dementia care appear to have a considerable impact on the professional approach of physicians to the care of dementia patients“ (Kaduszkiewicz, Wiese et al., 2008, S. 8). „Je positiver die generelle Einstellung zu Demenzpatienten war, um so positiver war in beiden Gruppen die Einstellung zur Frühdiagnose, zur aktiven Suche nach kognitiven Störungen, zur Nutzung von Tests sowie die subjektive Einschätzung der eigenen diagnostischen und therapeutischen Kompetenz“ (Kaduszkiewicz et al., 2007, S. 18).

Melchinger und Machleidt (2005b) zeigten in Interviews mit Haus- und Fachärzten, Vertretern von öffentlichem Gesundheitsdienst und Medizinischem Dienst ( $n = 23$ , davon 16 niedergelassene Ärzte) sowie Gesprächen mit Angehörigen u.a., dass „die Schwelle, einem Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung durch gezielte diagnostische Maßnahmen nachzugehen, . . . bei den Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte eher hoch angesetzt“ ist (S. 193). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie waren nur wenigen Allgemein- und Nervenärzten bekannt, der Nutzen von Antidementiva wurde eher skeptisch beurteilt.

Die AgeCoDe-Studie kam zu dem Ergebnis, dass die teilnehmenden Hausärzte ( $n = 138$ ) fast die Hälfte aller Demenzerkrankungen bei ihren Patienten übersahen: Anhand der Global Deterioration Scale (GDS) hatten die Ärzte zu drei Zeitpunkten innerhalb von drei Jahren den kognitiven Status ihrer älteren Patienten nach Aktenlage eingeschätzt. Ihr Urteil wurde mit dem von Projektmitarbeitern (Ärzten und Psychologen) verglichen, die verschiedene Untersuchungen (z.B. SIDAM) durchgeführt hatten (Pentzek et al., 2009). Bei der Bewertung des kognitiven Status ihrer älteren, nicht dementen Patienten stützten die Hausärzte ihr Urteil nach eigenen Angaben vor allem auf die „allgemeine Kenntnis des Patienten und seines sozialen Umfelds“, „subjektive kognitive Beschwerden des Patienten“ und „Schilderungen der Bezugsperson“, weniger auf neuropsychologische Untersuchungen. Ihr Urteil stimmte nur geringfügig mit dem Ergebnis eines ausführlichen Interviews überein (Pentzek, Fuchs, Wiese & Abholz, 2010).

Stoppe, Haak, Knoblauch und Maeck (2007; vgl. auch Maeck et al., 2007; Maeck, Haak, Knoblauch & Stoppe, 2008) legten Hausärzten ( $n = 162$ ) und Neuropsychiatern ( $n = 68$ ) jeweils zwei fiktive schriftliche Fallvignetten vor und befragten sie zu ihren diagnostischen Einschätzungen. In 80.3 % erkannten die Hausärzte die vaskuläre Demenz (Fall A) und in 52.5 % die Alzheimer-Demenz (Fall B) und unterschieden sich damit nicht von den Neuropsychiatern mit 82.4 % und 67.6 %. Die Fachärzte entschieden sich signifikant häufiger für eine Bildgebung, die Hausärzte häufiger für eine Blutanalyse. Ca. 80 % der Hausärzte gaben an, die Patienten an einen Facharzt zu überweisen.

In der IDA-Studie („Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“) wurden vom Hausarzt empfohlene Interventionen (Beratung, Kontaktaufnahme mit Angehörigengruppen) mit der üblichen ambulanten Versorgung von Patienten mit demenziellen Erkrankungen verglichen – im Hinblick auf die Dauer der häuslichen Versorgung bis zur Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung, die Belastung der pflegenden Angehörigen und die Kosteneffizienz (Holle et al., 2009). Alle 303 freiwillig teilnehmenden Hausärzte erhielten eine kurze Schulung in Demenzdiagnostik, ein Teil von ihnen auch zu Therapie und weiterführenden Hilfen. 129 Ärzte schlossen Patienten mit einer demenziellen Erkrankung in die Studie ein. Bei 31 % der Patienten wurde die Demenzdiagnose neu gestellt und dabei eine körperliche Untersuchung (bei 86 %), eine Laboruntersuchung (bei 95.9 %) und eine Bildgebung (bei 43 %) durchgeführt. 33.9 % erhielten eine antidementive Therapie. Eine Überprüfung der Diagnosen fand nicht statt (Donath et al., 2010).

Im Forschungsbericht „Bedarfe von demenziell Frühbetroffenen in ihren Lebenswelten“ (Kaplanek & Wilken, 2008) werden Ergebnisse von Interviews mit Frühbetroffenen präsentiert (hier definiert als Menschen mit Gedächtnisstörungen, mit einer von ihnen wahrgenommenen veränderten kognitiven Leistungsfähigkeit, deren endgültige Diagnose aber (noch) nicht abgeschlossen sein musste). In den Interviews, in denen auch das ärztliche Verhalten thematisiert wurde, berichten viele Betroffene von „abwehrendem Verhalten ärztlicherseits bezüglich weiterer Diagnostik“. Sie fühlen sich oft nicht ernst genommen – weder in ihrem privaten Umfeld noch von ihrem Hausarzt: „Von ihm eine bagatellisierende Antwort zu bekommen anstatt der erwarteten Hilfe schmerzt besonders“ (S. 12).

In den bisher beschriebenen Studien wurden bereits Aussagen zur Verschreibung von Antidementiva durch Hausärzte gemacht. Die folgenden Untersuchungen zur Verschreibungshäufigkeit beziehen sich meist nicht speziell auf Hausärzte, lassen aber insofern Rückschlüsse auf deren Verschreibungsverhalten zu, als dass die überwiegende Anzahl der Demenzpatienten, nämlich ca. 90 %, von ihren Hausärzten versorgt wird (RKI, 2005).

- Eine Studie zur Arzneimittelunterversorgung in Deutschland von 2007 kam aufgrund der Prävalenzdaten und den zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Antidementiva zu der Schlussfolgerung, dass 24 % der Alzheimerpatienten Antidementiva erhalten. In dieser Untersuchung wurden auch nicht evidenzbasierte Wirkstoffe mit einbezogen, so dass eine noch größere Unterversorgung bezüglich zugelassener Antidementiva angenommen werden muss (Rychlik, 2007).
- Nach der DIAS-Studie von 2008, die auf der Befragung ambulanter Pflegedienste beruht, erhielten 29 % der Demenzpatienten eine Therapie mit AChEH oder Memantin. Die Autoren folgern, dass die Leitlinien-Empfehlung zur antidementiven Therapie von Ärzten nur unzureichend umgesetzt wird (Grass-Kapanke, Kunczik & Gutzmann, 2008).
- Zwei Studien untersuchten die medikamentöse Versorgung von Patienten mit Demenz in Altenpflegeheimen (deren Versorgung überwiegend in der Hand von Hausärzten liegt): Die SÄVIP-Studie ergab, dass nur 19.5 % der Bewohner mit Demenz Antidementiva erhalten (Hallauer, Bienstein, Lehr & Rönsch, 2005). Majic et al. (2010) berichten, dass nur 17 % von Heimbewohnern mit Demenz Antidementiva erhielten.
- Dem Arzneiverordnungsreport zufolge hatten im Jahr 2010 AChEH einen Anteil von 50 % an den Verordnungen aller Nootropika / Antidementiva, Memantin von 26 %. In Relation zur Anzahl der Alzheimer-Patienten erhielten nur 33 % der Betroffenen diese leitliniengerechte Therapie (Fritze, 2011).

- Bohlken (2007) nutzte neben dem Arzneiverordnungsreport die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Danach wurde nur ca. ein Drittel der täglichen Antidementivadosen von Hausärzten und Internisten verordnet, die restlichen zwei Drittel von (der wesentlich geringeren Anzahl an) Nervenärzten.
- Zwei Untersuchungen beruhen auf Daten von Versicherungen: Nach Hoffmann, Bussche, Glaeske, und Kaduszkiewicz (2010) verdoppelte sich bis 2007 die Zahl der Antidementiva-Verschreibungen von GEK-Versicherten im Vergleich zu 2000. Dieser Anstieg war vor allem auf Neurologen / Psychiater zurückzuführen, während bei den Allgemeinärzten / Internisten ein Rückgang (insbesondere bei Memantin-Verschreibungen) festzustellen war. Bussche et al. (2011) kommen zu dem Ergebnis, dass die meisten Demenzpatienten allgemein und speziell Patienten mit Alzheimer-Demenz keine leitliniengerechte antidementive Therapie erhalten – insbesondere wenn sie nicht in fachärztlicher Behandlung sind.
- In Telefoninterviews gaben 67 % von 72 Allgemeinmedizinern an, dass sie einem nahen Angehörigen mit Alzheimer Demenz AChEH verschreiben würden. Die gleichen Ärzte verschrieben aber nur 9 % ihrer Patienten mit Alzheimer-Demenz AChEH – wie die Analyse der realen Verschreibungsdaten (Institute of Medical Statistic Health) ergab. Im Vergleich dazu verschrieben 44.6 % von 28 der Neurologen AChEH (Rouf et al., 2002; Stoppe, Pirk & Haupt, 2005). Die Autoren vermuten, dass die Umsetzung der medikamentösen Therapie durch die Arzneimittelbudgets erschwert wird.

Zusammenfassend zeichnen die Forschungsergebnisse zur medizinischen Versorgung von Patienten mit demenziellen Erkrankungen in der BRD folgendes Bild:

- (1) Der derzeitige Stand der Versorgung ist in Diagnostik, Therapie und Vermittlung weiterführender Hilfen unzureichend.
- (2) Als Ursachen sind Informationsdefizite und emotionale Faktoren (wie Unsicherheit, Angst vor Patientenverlust) auf Seiten der Ärzte aber auch externe Faktoren (wie zeitliche Kapazitäten, Budgetierungen) anzunehmen.

Die weitaus meisten Untersuchungen beziehen sich auf Selbstauskünfte der Ärzte (z.B. Fragebögen, Fallbeurteilungen). Die IDA-Studie ist die einzige, die die tatsächliche Vorgehensweise der Ärzte unter realen Bedingungen widerspiegelt.

## 2.4 Die Konzeption des Modellprojekts

### 2.4.1 Folgerungen aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen („Versorgungsmodell“)

Aus den oben genannten Ausführungen ergeben sich für die Versorgung von Menschen mit Demenz folgende Schlussfolgerungen:

- (1) Frühzeitige Diagnostik von demenziellen Erkrankungen ist unverzichtbar.
- (2) Medikamentöse Therapie sollte frühzeitig erfolgen.
- (3) Möglichst viele Menschen mit Demenz sollten eine Chance auf diagnostische und therapeutische Optionen erhalten.
- (4) Hausärzte haben eine Schlüsselrolle bei der frühzeitigen Identifizierung von Demenzerkrankungen.
- (5) Die Motivation zur Früherkennung und die Qualifikation von Hausärzten sollten sichergestellt sein.
- (6) Die Ärzte sollten sich bei Diagnostik und Therapie strenger an den Leitlinien orientieren.
- (7) Auch die nicht-medikamentöse Versorgung sollte gewährleistet sein.

Diese Schlussfolgerungen wurden von der Autorin unter dem Begriff „Versorgungsmodell“ zusammengefasst. Dieses Versorgungsmodell könnte als Grundlage für das Modellprojekt start-modem angesehen werden, wenn es auch in dieser Form im Vorfeld nicht so benannt wurde. Die sieben Feststellungen spiegeln sich in der Konzeption des Modellprojekts wider, die im Folgenden beschrieben wird. Die ausführliche Projektbeschreibung folgt in den Abschnitten 4.1 und 4.2.

### 2.4.2 Überblick über das Modellprojekt

Das Bundesministerium für Gesundheit förderte von 2008 bis 2010 das „Leuchtturmprojekt Demenz“: „Ziel des Leuchtturmprojektes Demenz ist es, herausragende Projekte, die einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung demenziell Erkrankter leisten können, zu identifizieren, weiterzuentwickeln und zu verbreiten. Die zu fördernden Vorhaben und Initiativen sollen Vorbildfunktion haben und wegweisend sein und somit den jeweiligen Bereich nachhaltig voranbringen. Sie sollen versorgungsrelevante Wissens- und Erkenntnislücken schließen und dazu beitragen, vorhandenes Wissen schneller in die Routineversorgung umzusetzen“ (BMG, 2007). Aus 126 Förderanträgen wurden 29 ausgewählt. Eines dieser Projekte war das „Hausarztbasierte Modellprojekt Demenzversorgung“ (start-modem) unter der Leitung von PD Dr. Andreas Fellgiebel (inzwischen Prof.), Klinik

für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Kooperationspartner waren die Landeszentrale für Gesundheitsförderung e.V. (LZG), das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, die Medizinische Fachhochschule Hannover, der Hausärzterverband Rheinland-Pfalz und die Landessärztekammer Rheinland-Pfalz.

Im „Hausarztbasierten Modellprojekt Demenzversorgung“, start-modem, wurden zentrale Aspekte in der Versorgung von Personen mit demenziellen Erkrankungen miteinander verknüpft: Die frühzeitige Diagnose durch den Hausarzt und die anschließende Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Geschulte Hausärzte übernahmen die Demenzdiagnostik, geschulte Mitarbeiter von Beratungsstellen boten zeitnah eine psychosoziale Beratung an, falls sich der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung bestätigt hatte. Das Modellprojekt zielte darauf ab, die medizinische und psychosoziale Frühversorgung von demenziell erkrankten Menschen und deren Angehörigen zu verbessern – durch Rückgriff auf schon bestehende Strukturen im Gesundheitssystem: Hausarztpraxen und Beratungs- und Koordinierungsstellen (mit neuem Namen „Pflegestützpunkte“).

#### **a) Ziel**

Übergeordnetes Ziel von start-modem war die Verbesserung der Demenzfrühversorgung von Patienten durch ein aktives Vorgehen der Hausärzte. Das Modellprojekt war so konzipiert, dass es als Grundlage für eine spätere landesweite Regelversorgung dienen konnte.

#### **b) Design**

Bei start-modem handelt es sich um eine prospektive multizentrische Studie (Projektantrag, Fellgiebel, 2008): Ausgehend von der allgemein geteilten Vorstellung, dass Hausärzte die ersten Ansprechpartner für potenziell demenzerkrankte Personen sind, sollte die hausärztliche demenzspezifische Versorgung verbessert werden. Daher erhielt eine Gruppe von Hausärzten eine leitlinienbasierte Schulung in Demenzdiagnostik und -therapie. Diese Hausärzte führten dann selbstständig die Diagnostik bei Patienten mit Verdacht auf Demenz durch (selbst diagnostizierende Hausärzte = SD-Hausärzte). Eine zweite Gruppe teilnehmender Hausärzte überwies ihre Patienten mit Verdacht auf Demenz zur Diagnostik an eines von drei regionalen Facharztzentren (zuweisende Hausärzte = ZW-Hausärzte) und übernahm nur die Erhebung der relevanten Laborparameter und die Veranlassung der kranialen Bildgebung. In beiden Gruppen waren die Hausärzte für die Therapie verantwortlich. Untersucht wird die Akzeptanz des hausärztebasierten leitliniengerechten medizinischen Versorgungskonzepts durch die Hausärzte und die Qualität der von ihnen durchgeführten Diagnostik und Therapie im Hinblick auf die Umsetzung der Leitlinien (vgl. Abb. 3.1).

In einer zweiten Studienphase wurde die Effektivität einer frühen psychosozialen Beratung auf die Depressivität der Angehörigen von Menschen mit Demenz untersucht. Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist Phase eins der Studie.

### Rekrutierung der Hausärzte



*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte.

Abbildung 2.2

*Ablaufschema des Modellprojekts start-modem*

### c) Setting

Die Studie war in drei Regionen von Rheinland-Pfalz lokalisiert: Mainz, Alzey und Andernach. Diagnostik und Therapie fanden in Hausarztpraxen und Facharztzentren statt. Die Befragungen der Hausärzte durch die Projektmitarbeiter erfolgten meistens persönlich in den Praxen, in seltenen Fällen telefonisch. Die Befragungen der Patienten und Angehörigen fanden in der Regel in regionalen Beratungsstellen statt, damit direkt im Anschluss die Beratung erfolgen konnte. Einige Patienten und Angehörige wurden in den Facharztzentren oder zu Hause befragt. Studienzentrum war die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

### Fortbildung der Hausärzte

Die SD-Hausärzte erhielten im Vorfeld eine spezifische Schulung, "Behandlungskompetenz Demenz (BKD)" (Melchinger, 2007a). Dieses Schulungsprogramm existierte bereits und war speziell für Hausärzte entwickelt worden. Es basierte auf den aktuellen Leitlinien für Demenzdiagnostik und -therapie. Den Ärzten wurde eine diagnostische Vorgehensweise vermittelt, die in die Praxisroutine integriert werden kann.

### Teilnehmer

#### (1) Hausärzte

Teilnehmen konnten Hausärzte der drei Regionen, wenn sie nach eigenen Angaben durchschnittlich mindestens vier "neue" Demenzpatienten pro Jahr hatten. Die Teilnahme der Hausärzte war freiwillig, die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen (SD: Hausarzt diag-

nostiziert nach einer Schulung selbst oder ZW: Hausarzt überweist zur Diagnostik an ein Facharztzentrum) war ihnen selbst überlassen. Aus Projektmitteln wurde ihnen eine fallbezogene Vergütung in Aussicht gestellt (SD-Hausärzte: 40 - 60 €, ZW-Hausärzte: 30 € pro Patient). Die unterschiedliche Vergütung entsprach dem unterschiedlichen Aufwand für die Ärzte.

71 Hausärzte nahmen von Beginn an der Studie teil, 29 weitere (ZW-Hausärzte) wurden aufgrund der (für Phase 2 der Studie) zu geringen Patientenzahl nachträglich in die Studie aufgenommen.

## **(2) Patienten und Angehörige**

Die teilnehmenden Patienten gehörten zur normalen Klientel der Hausärzte. Die Ärzte identifizierten Patienten mit einer möglicherweise demenziellen Erkrankung und motivierten sie und ihre Angehörigen zur Studienteilnahme – die Patienten und ihre Angehörigen wurden also direkt von den Hausärzten rekrutiert. Den Hausärzten wurden folgende Kriterien für die Auswahl der Patienten vorgegeben.

Einschlusskriterien:

- Schriftliche Einwilligung in die Teilnahme durch den Patienten und den betreuenden Angehörigen (bzw. primäre Bezugsperson)
- Versorgung im häuslichen Umfeld (erlaubt: Angehöriger wohnt in der Nähe bis max. 5 km oder Besuch einer Tagesstätte)
- Ausreichende Mobilität, um Hausarzt und Beratungsstelle aufsuchen zu können (Patient und Angehöriger)

Ausschlusskriterien:

- Vordiagnostizierte Demenz
- Wohnen in einer Pflegeinstitution (Altenpflegeheim)
- Unzureichende Deutschkenntnisse (Patient und Angehöriger)

In Bezug auf das Alter der Patienten oder den Schweregrad der Demenzerkrankung gab es keine Einschränkungen. Der Zeitraum für die Aufnahme der Patienten in die Studie betrug 13 Monate. Insgesamt nahmen 156 Patienten teil, davon 86 von SD- und 70 von ZW-Hausärzten. Bei 92 Patienten bestätigte sich durch die durchgeführten Untersuchungen der Verdacht der Hausärzte und „Demenz“ wurde diagnostiziert.

### **2.4.3 Zusammenhang zwischen der Arbeit und dem Modellprojekt**

Die Autorin war von 2008 bis 2010 Projektkoordinatorin in dem vom Projektleiter PD Dr. Andreas Fellgiebel konzipierten „Hausarztbasierten Modellprojekt Demenzversorgung“. Zu ihren Tätigkeiten gehörte:

- Planung und Durchführung des Projekts
  - o Umsetzung des Zeit- und Arbeitsplans
  - o Rekrutierung von Hausärzten
  - o Beratung und Betreuung von Ärzten, medizinischen Fachangestellten und Mitarbeitern der Pflegestützpunkte
  - o Ansprechpartner für Patienten und Angehörige
  - o Entwicklung der Arbeitsmaterialien (z.B. Informationsmaterial, ärztliche Protokollbögen, studienspezifischer Ärztefragebogen, Anamnesebögen)
  - o Ergänzung der Konzeption um die Nachbefragung der Ärzte
  - o Sicherstellung des Projektablaufs
  - o Datenerhebung (bei Ärzten, medizinischen Fachangestellten, Patienten und Angehörigen, Mitarbeitern der Pflegestützpunkte)
  - o Datenauswertung: Aufbereitung sowie deskriptive und inferenzstatistische Analyse
  - o Verfassen der Projektberichte
- Durchführung von Schulungen und Veranstaltungen
- Koordination aller Projektbeteiligten in den drei Regionen
- Öffentlichkeitsarbeit

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Daten des Modellprojekts. Das Projekt bestand aus zwei Teilen: dem „Hausärzte-Teil“ und dem „Angehörigen-Teil“. Die Arbeit bezieht sich auf den „Hausärzte-Teil“. Einige Projektergebnisse wurden bereits im Rahmen von Kurzartikeln veröffentlicht (Teil I: Laux et al., 2010; Teil II: Geschke et al., 2012).

Die Arbeit geht über das Projekt hinaus, indem 1. zusätzliche vertiefende Fragestellungen bearbeitet wurden (z.B. Einflussgrößen auf das diagnostische Vorgehen der Ärzte, Vorgehensweise der Ärzte im Zeitverlauf, Konstruktvalidierung der gestellten Diagnosen), 2. ausführlichere statistische Analysen durchgeführt wurden (z.B. Varianz- und Regressionsanalysen) und 3. gestützt auf die Ergebnisse weiterführende Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen für Verbesserungen im Gesundheitssystem und für die Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich gegeben werden. Somit stellt die Arbeit die Chancen einer hausärztlichen Frühversorgung von Demenzpatienten heraus.

### **3. Fragestellungen und Zielkriterien: Hausarztbasierte Demenzversorgung – Akzeptanz des Versorgungsmodells und Qualität von Diagnostik und Therapie**

Ziel aller Leuchtturmprojekte Demenz war die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz. Als Folgerung aus dem in Abschnitt 2.4.1 beschriebenen Versorgungsmodell wurde bei dem Modellprojekt start-modem die Unterstützung der Hausärzte in den Vordergrund gestellt. Besondere Bedeutung wurde ihrer Sensibilisierung und der Vertiefung ihrer demenzspezifischen Kenntnisse beigemessen. Zu Beginn des Projekts erhielt eine Gruppe teilnehmender Hausärzte eine spezifische Schulung, danach führte sie bei Patienten aus ihrer Klientel selbstständig Demenzdiagnostik durch. Die andere Gruppe überwies Patienten zur Diagnostik an ein Facharztzentrum.

Folgende Fragestellungen werden definiert:

(1) Wie ist die Akzeptanz des Versorgungsmodells seitens der Hausärzte?

Mit dem Akzeptanz-Kriterium wird überprüft, inwieweit die Ärzte im Rahmen des Modellprojekts die Notwendigkeit einer frühzeitigen Demenzdiagnostik und -therapie anerkennen und bereit sind, dabei eine aktive Rolle zu übernehmen.

(2) Wie ist die Qualität der durch die Hausärzte durchgeführten Demenzdiagnostik und -therapie?

Mit dem Qualitäts-Kriterium wird überprüft, inwieweit motivierte und geschulte Hausärzte unter Berücksichtigung der Leitlinien die Diagnostik und Therapie leisten können (ohne dass eine zusätzliche Facharztkonsultation nötig ist).

Die Zielkriterien und die dazugehörigen Variablen werden in Tabelle 3.1 dargestellt.

Im Projektantrag wurden ursprünglich noch drei Zielkriterien definiert: „Akzeptanz“ und „Adhärenz“ sowie „Qualität der durchgeführten Diagnostik“. Im Verlauf der Untersuchung und bei der Interpretation der Ergebnisse stellte sich heraus, dass eine trennscharfe Zuordnung der einzelnen Variablen zum Begriff bzw. dem Zielkriterium „Adhärenz“ schwierig ist. „Adhärenz“ umfasst sowohl eine zeitliche Komponente (Nachhaltigkeit) als auch eine qualitative (Umsetzung der Leitlinien). Diese beiden Komponenten lassen sich unter die beiden anderen Zielkriterien subsumieren: Die zeitliche Komponente der Adhärenz lässt sich der „Akzeptanz“ zuordnen, die qualitative der „Qualität“. In dieser Arbeit werden daher nur zwei Haupt-Zielkriterien definiert, in denen die Aspekte der Adhärenz enthalten sind: Akzeptanz der teilnehmenden Hausärzte und Qualität der durchgeführten Diagnostik und Therapie. Die Qualität ist anhand der Vorgehensweise der Hausärzte überprüfbar. Die Akzeptanz setzt sich aus vielen verschiedenen Kriterien zusammen, die nur bei gemeinsamer Ana-

lyse Aussagen über die Akzeptanz des Versorgungsmodells erlauben: Methodisch gesehen lassen sowohl Selbstauskünfte der Hausärzte als auch ihr Handeln Rückschlüsse auf die Akzeptanz zu. Und auch Aussagen von Dritten (Patienten und Angehörige) werden herangezogen.

Tabelle 3.1  
*Zielkriterien und zugehörige Variablen*

Zielkriterien	Akzeptanz des Versorgungsmodells	Qualität der Diagnostik und Therapie
<b>Variablen / Messgrößen</b>	Anzahl und Charakteristika teilnehmender Hausärzte	Umsetzung der Leitlinien bezüglich diagnostischer Untersuchungen: - Erhebung relevanter Laborparameter - Veranlassung einer Bildgebung
	Anzahl und Charakteristika der von den Hausärzten rekrutierten Patienten - Anzahl - Charakteristika - Gründe für Nicht-Teilnahme von Patienten	Sonstige eingesetzte diagnostische Instrumente
	Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf	Verhältnis positiver und negativer Demenzdiagnosen
	Selbstauskunft der Hausärzte: - Angaben zu diagnostischem und therapeutischem Vorgehen - Einstellung zu Diagnostik und Therapie von demenziellen Erkrankungen - Vorher-Nachher-Vergleich - Veränderungen durch die Schulung	Plausibilität der von den Hausärzten gestellten Demenzdiagnosen (Die von den Hausärzten gestellten Diagnosen wurden während der Studie nicht überprüft, die Richtigkeit der Diagnose wurde später durch indirekte Maße im Rahmen einer Konstruktvalidierung bestätigt.)
	Aussagen der Patienten und Angehörigen zur ärztlichen Betreuung	Anzahl der Patienten, die an einen Facharzt weitergeleitet wurden
		Schweregrad der Erkrankung zum Diagnosezeitpunkt (MMST, DemTect, nicht-kognitive Symptome)
		Diagnosespektrum
	Einflussgrößen auf das diagnostische Vorgehen der Ärzte	
	Umsetzung der Leitlinien bezüglich therapeutischem Vorgehen	

*Anmerkungen.* MMST: Mini-Mental Status Test.

Wie bereits ausgeführt, werden im Projekt zwei Ärzteguppen untersucht. Die selbst diagnostizierenden Hausärzte (SD) stehen im Mittelpunkt der Untersuchung. Von Interesse sind ihre Einstellung zu frühzeitiger Demenzdiagnostik und ihre tatsächliche Vorgehensweise. Darüber hinaus werden die Daten der SD-Hausärzte je nach Fragestellung mit denen der ZW-Hausärzte oder der Fachärzte verglichen, die als Referenzgruppen dienen.

Die ZW-Hausärzte und die Fachärzte arbeiteten annähernd unter normalen Alltagsbedingungen, so dass das ärztliche Vorgehen der SD-Hausärzte bezüglich der Auswahl der Patienten und der durchgeführten Untersuchungen mit dem anderer Hausärzte und bezüglich der durchgeführten Untersuchungen, Diagnosestellung und Therapie mit dem von Fachärzten verglichen werden kann. Ohne den Vergleich mit Referenzgruppen könnte die Vorgehensweise der SD-Hausärzte nur mit Sollwerten (also den Leitlinien) in Beziehung gesetzt werden oder mit den Ergebnissen anderer (zudem weniger) Studien, die aufgrund anderer Designs auch keine direkten Vergleiche ermöglichen. Die teilnehmenden Ärzte hatten die Möglichkeit, sich selbst einer der beiden Bedingungen ihrer Motivation entsprechend zuzuordnen. Vorrangig war der Versuch, das Verhalten der Ärzte unter Alltagsbedingungen zu studieren und nicht eine Orientierung an einem alltagsfernen Kontrollgruppendesign mit randomisierter Zuordnung. Die Fragestellungen beziehen sich in erster Linie auf die SD-Hausärzte, das Zielkriterium der Akzeptanz und einige Aspekte des Zielkriteriums der Qualität können jedoch auf beide Hausärztegruppen angewendet werden.

Bislang ist die Datenlage zur Demenzdiagnostik durch Hausärzte in Deutschland gering (vgl. Abschnitt 2.3.3.3). Die vorliegende Studie ist eine der wenigen, die das tatsächliche Vorgehen der Ärzte unter Alltagsbedingungen offen legt. Die Hausärzte entschieden im Rahmen ihrer täglichen Praxisroutine selbst, bei welchen Patienten ihrer Klientel sie zu welchem Zeitpunkt welche Untersuchungen durchführten bzw. veranlassten.

Das Hauptaugenmerk des Projekts gilt den SD-Hausärzten, aber es ermöglicht auch Einblicke in das ärztliche Handeln der ZW-Hausärzte und der Fachärzte. Somit bietet das Projekt z.B. Einblicke dahingehend:

- wie hoch das Interesse von Hausärzten für Demenzdiagnostik ist – unabhängig davon, wer letztlich die Diagnose stellt,
- wie Hausärzte und Fachärzte Demenzdiagnostik durchführen,
- in welchem Stadium Demenzen diagnostiziert werden und welche Symptome die Patienten zu diesem Zeitpunkt aufweisen,
- inwieweit Hausärzte, die ihre Patienten zur Diagnostik an Fachärzte überweisen, den Therapieempfehlungen der Fachärzte folgen,
- welche Einstellungen Hausärzte zur leitliniengerechten Demenzdiagnostik und -therapie haben,
- ob beide hausarztbasierten Alternativen der Frühversorgung (das Selbst-Diagnostizieren und das Überweisen) Anklang finden und sich beide prinzipiell als sinnvoll erweisen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird auch der explorative Charakter des Projekts betont. Sein „Leuchtturmcharakter“ und erste praxisnahe Erfahrungen sollen ebenso berücksichtigt werden wie Erkenntnisse über Schwierigkeiten in der Umsetzung. Weiteres Ziel der Arbeit ist daher neben der Beantwortung der oben genannten Fragestellungen auch, aus den Ergebnissen des Projekts Vorschläge für eine verbesserte Umsetzung demenzspezifischer Leitli-

nien im hausärztlichen Bereich und das Gesundheitssystem abzuleiten – mit einem Rückgriff auf gesundheitspsychologische Theorien und Theorien zur Leitlinienimplementierung, die neben der medizinischen Sichtweise verstärkt auch andere Aspekte berücksichtigen: Was brauchen Hausärzte, um der Aufgabe einer adäquaten Versorgung von Demenzpatienten gerecht zu werden? Somit zeigt die Studie auch auf, an welcher Stelle der ärztlichen Versorgung selbst bei motivierten und geschulten Hausärzten möglicherweise Probleme liegen.

Zusammengefasst wird in der Studie zum einen untersucht, wie aktiv die Ärzte an der Studie teilgenommen haben und welche Einstellung sie zu demenziellen Erkrankungen, insbesondere zu deren Diagnostik und Therapie haben, und zum anderen, ob die Hausärzte, die die Diagnostik selbst durchgeführten haben, ihren Patienten eine qualitativ hochwertige Diagnostik und Therapie haben zukommen lassen. In der Arbeit soll also gezeigt werden, welche Chancen eine hausärztliche Frühversorgung von Menschen mit Demenz bietet und welche Barrieren vorliegen, die als Anregung dienen können, Verbesserungsvorschläge zu entwickeln.

## 4. Methode

In diesem Abschnitt wird der Studienablauf und die Datenerhebung detailliert beschrieben. Zudem wird die Datenanalyse kurz dargestellt. Tabelle 4.1 gibt zunächst einen Überblick über die studienspezifischen Begriffe und über die verantwortlichen Personen.

Tabelle 4.1  
*Überblick über studienspezifische Begriffe und Verantwortliche*

<b>Titel des Modellprojekts</b>	Hausarztbasiertes Modellprojekt Demenzversorgung (Akronym: start-modem)
<b>Projektleitung</b>	PD Dr. Andreas Fellgiebel (inzwischen Prof.)
<b>Projektkoordination</b>	Dipl.-Päd. Nina Laux (verh. Köhler), M. Sc. Gerontologie
<b>Weitere Projektmitarbeiter</b>	Psychologen, Ärzte
<b>Studienzentrum</b>	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Tabelle 4.2  
*Übersicht über den gleichartigen Aufbau der Abschnitte 4 und 5*

<b>4.1 Ablauf des Modellprojekts im Detail</b>	<b>4.2 Datenerhebung</b>	<b>5. Ergebnisse</b>
4.1.1 Rekrutierung der teilnehmenden Ärzte		5.1 Teilnehmende Hausärzte
4.1.3 Rekrutierung der teilnehmenden Patienten und Angehörigen durch die Hausärzte		5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
4.1.4 Diagnostik und -therapie durch die Ärzte	4.2.2.1 Daten zur Vorgehensweise der Ärzte: Diagnostik und Therapie	4.2.3.1 Ärztliche Protokollbögen zur Diagnostik und Therapie
4.1.5 Befragung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen	4.2.2.2 Daten von Demenzpatienten und ihren Angehörigen	4.2.3.2 Anamnesebögen und Testverfahren für Demenzpatienten und ihre Angehörigen
4.1.6 Befragung von Hausärzten	4.2.2.3 Daten von Hausärzten	4.2.3.3 Studienspezifische Ärzte-Fragebögen
		5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
		5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
		5.6 Aussagen der Hausärzte

Der Aufbau des Abschnitts 4.1, Ablauf des Modellprojekts im Detail, entspricht weitgehend dem Aufbau des Kapitels 5, Ergebnisse und Interpretation (vgl. Tab. 4.2). Das heißt, dass zum Beispiel dem ersten Abschnitt in 4.1, Rekrutierung der teilnehmenden Hausärzte, the-

matisch der erste Abschnitt in 5., Teilnehmende Hausärzte, zugeordnet werden kann. So besteht die Möglichkeit, direkt nach der Erläuterung des Vorgangs der Rekrutierung der Hausärzte die entsprechenden Ergebnisse zu lesen. (Allerdings war es manchmal nötig, einen zusätzlichen Abschnitt einzufügen, für den es kein Äquivalent gibt, z.B. 4.1.2, Schulung der Hausärzte.) Dem identischen Aufbau wurde auch in Abschnitt 4.2 Rechnung getragen (vgl. Tab. 4.2).

## **4.1 Ablauf des Modellprojekts im Detail**

Ein Überblick über das Modellprojekt erfolgte bereits unter 2.4.2. Die Studie begann im März 2008. Der ursprüngliche Zeitplan wurde bis auf geringe Verzögerungen eingehalten. Aufgrund der relativ kurzfristigen Projektzusage und der notwendigen Vorbereitungen (Schulung der Hausärzte, der medizinischen Fachangestellten und der Mitarbeiter der Pflegestützpunkte, Erstellen der erforderlichen Unterlagen, Durchführung von Informationsveranstaltungen etc.) konnte die Phase der Patientenrekrutierung und der Diagnostik durch die Hausärzte erst im Juli – statt wie ursprünglich vorgesehen im Juni – begonnen werden.

Am 03.07.08 wurde der erste Patient von einem Hausarzt (einem ZW-Hausarzt) in die Studie eingeschlossen und erhielt eine demenzspezifische Diagnostik. Es stellte sich in den folgenden Monaten heraus, dass die Hausärzte zu wenig Patienten in die Studie einschlossen, daher wurde der Rekrutierungszeitraum um einen Monat, bis zum 31.07.09, verlängert. Die psychologischen Untersuchungen sowie die psychosozialen Beratungen konnten wie geplant im Lauf des darauf folgenden Monats abgeschlossen werden. Der Nachuntersuchungszeitraum (erneute psychologische Untersuchung nach ca. 6 Monaten) dauerte dreizehn Monate – bis Ende Februar 2010. Der Studienzeitraum wurde im Vorfeld auf Antrag um drei Monate verlängert.

### **4.1.1 Rekrutierung der teilnehmenden Ärzte**

#### **4.1.1.1 Teilnehmende Facharztzentren**

An der Studie beteiligten sich drei regionale Psychiatrische Kliniken in Rheinland-Pfalz:

- die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz mit Gedächtnisambulanz und gerontopsychiatrischer Akutstation (18 Betten),
- die Rheinhessen-Fachklinik Alzey, Abteilung für gerontopsychiatrische Patienten (106 Betten) und
- die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Abteilung für gerontopsychiatrische Patienten (94 Betten).

Ihre Teilnahme hatten die Leiter der gerontopsychiatrischen Abteilungen Dr. Wolfgang Gauther (Alzey) und Dr. Andreas Korn (Andernach) dem Studienleiter PD Dr. Andreas Fellgie-

bel (Mainz), Oberarzt der gerontopsychiatrischen Station und Leiter der Institutsambulanz, bereits in der Phase der Projektvorbereitung zugesagt. Die Wahl der drei Facharztzentren mit ihren verschiedenen Standorten ermöglichte außerdem die Durchführung der Studie in Regionen mit unterschiedlich ausgebauten Versorgungsstrukturen: im städtischen Mainz, im kleinstädtisch-ländlichen Alzey und im ländlichen Andernach.

Um innerhalb des Projekts einen Vergleich zwischen dem diagnostischen Vorgehen von Hausärzten und Fachärzten ziehen zu können, überwies eine Gruppe von Hausärzten (ZW-Hausärzte) Patienten, bei denen der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung bestand, dem regional zuständigen Facharztzentrum.

#### 4.1.1.2 Rekrutierung der teilnehmenden Hausärzte

Die Kontaktaufnahme mit den in den drei Regionen praktizierenden Hausärzten erfolgte über die Facharztzentren, die mit ihnen kooperierende Hausärzte anscrieben ( $n = 144$ ), und über den Hausärzteverband, der seine Mitglieder informierte ( $n = 156$ ). Die Hausärzte erhielten Informationen über das Ziel und den Ablauf des Modellprojekts und über die Vergütung. Diese betrug bei den SD-Hausärzten 40 € pro Screeningpatient bzw. 60 € pro Demenzpatient. Die ZW-Hausärzte erhielten 30 € pro überwiesenem Patient, die Facharztzentren 70 € für die allgemeinen diagnostischen Untersuchungen pro Patient und 160 € für eine Diagnostik mit ausführlicher neuropsychologischer Untersuchung. Die unterschiedliche Vergütung der ZW- und SD-Hausärzte berücksichtigt den diagnostischen Mehraufwand der SD-Hausärzte.

Bei entsprechender Rückmeldung über Interesse an der Studienteilnahme nahmen die Projektmitarbeiter mit den Hausärzten Kontakt auf und sandten ihnen ausführlichere Informationen zu. Es wurden allerdings nur Ärzte aufgenommen, die nach eigenen Angaben mindestens vier „neue“ Demenzpatienten pro Jahr erwarteten.

Grund für dieses Auswahlkriterium war die Poweranalyse für den zweiten Teil der Studie (die nicht Teil dieser Arbeit ist), der Depressionswerte pflegender Angehöriger von Demenzpatienten zugrunde lagen. Aus der Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen in Relation zur Anzahl der Hausärzte ergaben sich statistisch 5.5 Neuerkrankungen pro Jahr und Hausarzt, so dass es plausibel war, dass die Hausärzte im Rekrutierungszeitraum mindestens vier „neue“ Demenzpatienten in die Studie einschließen konnten (Projektantrag, Fellgiebel, 2008).

Voraussetzungen für die Teilnahme der Ärzte waren demnach:

- Praktizieren als Hausarzt (Praktischer Arzt, Internist oder Allgemeinmediziner)
- Standort der Praxis in einer der drei Regionen (Mainz, Alzey, Andernach)
- Erwartung von mindestens vier „neuen“ Demenzpatienten pro Jahr

Die Ärzte konnten sich zu Studienbeginn selbst für einen der beiden möglichen Studienarme entscheiden: Entweder entschieden sie sich dafür, ihre Patienten mit Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung nach einer entsprechenden Schulung selbstständig zu diagnostizieren (Arm 1: SD = selbst diagnostizierend), oder dafür, sie zur Diagnostik an eines der drei Facharztzentren zuzuweisen (Arm 2: ZW = zuweisend).

#### **4.1.1.3 Betreuung der Ärzte im Verlauf der Studie**

##### **a) Fachärzte**

Die Projektmitarbeiter (drei Psychologen und die Autorin) suchten die Fachärzte und die Hausärzte unmittelbar vor Beginn der Studie auf, um die erforderlichen Unterlagen zu überbringen und eventuell aufgetretene Fragen zu beantworten. Die Fachärzte erhielten eine Studienmappe mit folgenden Unterlagen:

- Ärztliche Protokollbögen, die nach der Diagnostik an das Studienzentrum geschickt werden sollten
- Informationen über den Ablauf des Modellprojekts und die Aufgaben des Facharztes
- Informationen über die Fallpauschalen
- Broschüren „Demenz-Info. Rat und Hilfe für pflegende Angehörige“ (LZG, 2006)
- Kontaktdaten der Projektmitarbeiter

Die Projektmitarbeiter standen den Fachärzten auch weiterhin während der Studie bei Bedarf für Fragen zur Verfügung.

##### **b) Hausärzte**

Beim anfänglichen Besuch der Hausärzte in ihren Praxen wurden auch die medizinischen Fachangestellten mit einbezogen, sofern die Ärzte damit einverstanden waren und ihre Mitarbeiterinnen in das Studienprocedere einbeziehen wollten. Die Hausärzte erhielten eine Studienmappe mit folgenden Unterlagen:

- Flyer für Patienten und Angehörige zum Auslegen in der Praxis
- Ärztliche Protokollbögen (getrennt nach SD- und ZW-Ärzten), die nach Rekrutierung eines Patienten bzw. nach der Diagnostik an das Studienzentrum geschickt werden sollten
- Informationen über den Ablauf des Modellprojekts und die Aufgaben des Hausarztes (getrennt nach SD- und ZW-Ärzten)
- Informationen über die Fallpauschalen (getrennt nach SD- und ZW-Ärzten)
- Formular „Ablehnung der Studienteilnahme“, auf dem die Anzahl und Gründe der die Studienteilnahme ablehnenden Patienten und Angehörigen dokumentiert werden sollten
- Informationsblätter und Einwilligungserklärungen für Patienten, Angehörige und Betreuer

- Broschüren „Demenz-Info. Rat und Hilfe für pflegende Angehörige“ (LZG, 2006)
- Kontaktdaten der Projektmitarbeiter

Die Projektmitarbeiter standen den Hausärzten während der gesamten Studie für Fragen zur Verfügung. Mit Blick auf einen möglichst reibungslosen Studienablauf hielten sie von Anfang an telefonischen und schriftlichen Kontakt mit den Hausärzten. Unter anderem wurden diese mehrmals an die Studie erinnert und über den aktuellen Stand der Studie informiert. Außerdem wurde eine Nachschulung angeboten (vgl. Abschnitt 4.1.2.3). Fünf bis sechs Monate vor Ablauf der Rekrutierungsfrist (Februar / März 2009) suchten die Projektmitarbeiter alle Hausärzte erneut persönlich auf, um die Studie ins Gedächtnis zu rufen und mögliche Probleme auszuräumen.

## **4.1.2 Schulung der Hausärzte**

### **4.1.2.1 Schulung der selbst diagnostizierenden Hausärzte (= SD-Hausärzte)**

Diejenigen Hausärzte, die sich dafür entschieden hatten, ihre Patienten mit Verdacht auf Demenz selbst zu diagnostizieren (SD-Hausärzte), erhielten im Vorfeld eine Schulung. Diese basierte auf dem von Dr. Heiner Melchinger entwickelten Fortbildungsprogramm „Behandlungskompetenz Demenz“ (BKD; Melchinger, 2007a). Er wurde dabei von einem Gremium bestehend aus Fachwissenschaftlern, Hausärzten, Vertretern von Hausärzteverbänden und von ärztlichen Standesverbänden sowie von Landeseinrichtungen zur Gesundheitsförderung beraten. Die Entwicklung des Programms wurde von den Firmen Eisai GmbH und Pfizer Pharma GmbH finanziell unterstützt, das Programm selbst ist firmen- und produktneutral.

#### **4.1.2.1.1 Konzeption der Schulung**

Das in der Studie verwendete Schulungsprogramm BKD fußt auf evidenzbasierten Leitlinien zu Demenzdiagnostik und -therapie und hat den Vorteil, dass es sich speziell an den Bedürfnissen von Hausärzten orientiert, z.B.:

- Verteilung der Schulungsinhalte auf mehrere Termine (dosierte Wissensaneignung, Möglichkeit zu Gesprächen über zwischenzeitliche praktische Erfahrungen)
- kleinräumig-regionale Organisation
- Informationen über regionale Hilfsangebote für Patienten und Angehörige
- Möglichkeit zur persönlichen Kontaktaufnahme mit den regionalen Anbietern

#### 4.1.2.1.2 *Inhalte der Schulung*

Der Fokus des BKD (vgl. auch Anhang) liegt auf der Vermittlung von behandlungsrelevanten Informationen im Bereich Demenz (wie Symptome, Verlauf, Früherkennung, Testverfahren, medikamentöse und nicht -medikamentöse Behandlungsansätze), um die demenzspezifische Qualifikation und die diagnostische Sicherheit beim Arzt zu erhöhen. Im Vordergrund stehen dabei die Alzheimer- und die vaskuläre Demenz. Die ätiologische Zuordnung wird anhand mehrerer Fallbeispiele geübt. Es wird besonderen Wert auf die Sensibilisierung für die Thematik und die Bedeutung einer frühen Diagnose gelegt.

Neben den behandlungsrelevanten Informationen werden in die Schulung auch neuropathologische, epidemiologische und gesundheitsökonomische Aspekte mit einbezogen. Demenztherapie wird als multimodales Vorgehen verstanden, das neben Haus- und Fachärzten auch Ergotherapeuten, Pflegekräfte, Selbsthilfegruppen etc. einbindet.

Das BKD beruht auf den zum damaligen Zeitpunkt aktuellen Leitlinien bezüglich Demenzdiagnostik und -therapie: den „Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Demenz“ (2004), der „Demenz-Leitlinie“ des medizinischen Wissensnetzes „evidence.de“ der Universität Witten / Herdecke (2005), der „Behandlungsleitlinie Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000), den „Empfehlungen zur Therapie dementieller Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (2004) sowie den „Leitlinien Diagnostik und Therapie degenerativer Demenzen“ der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2005).

Unter anderem wurden den Hausärzten in der Schulung folgende Inhalte bezüglich des diagnostischen Vorgehens bei Verdacht auf Demenz vermittelt: Zur Sicherung des demenziellen Syndroms ist neben ausführlicher Anamnese und Fremdanamnese, dem Ausschluss von Bewusstseinstörung und der Erfassung von Alltagsaktivitäten die Messung der kognitiven Beeinträchtigung mit neuropsychologischen Testverfahren erforderlich. Zur Objektivierung der kognitiven Defizite und zur Unterstützung der Differenzialdiagnostik sollten Kurztests wie Mini-Mental Status Test und DemTect durchgeführt werden (BKD; Melchinger, 2007a). Hierbei handelt es sich um weit verbreitete Demenzscreeningverfahren, durch die u.a. Gedächtnisfähigkeiten überprüft werden können (vgl. auch Abschnitt 4.2.3.2). Das Ergebnis eines solchen Tests kann nicht über das Vorhandensein einer demenziellen Erkrankung entscheiden. Die Kombination dieser beiden Kurztests liefert aber einen wichtigen Beitrag und kann mit Eigen- und Fremdanamnese, Labordiagnostik und bildgebendem Verfahren bei typischen Erkrankungsverläufen ausreichend für eine Demenzdiagnose sein. Die Durchführung nimmt nur jeweils ca. 10 Minuten in Anspruch. Für eine differenziertere Erfassung der kognitiven Einschränkungen, bei hohem prämorbidem Ausgangsniveau, bei unklaren Symptomen oder in sehr frühen Stadien sind jedoch ausführliche neuropsychologische Untersuchungen nötig. Ein großer Vorteil der Kurztests ist, dass sie während der Sprechzeiten in Hausarztpraxen durchgeführt werden können. Dabei ist es wichtig, eine angenehme, motivierende und störungsfreie Testsituation zu schaffen. Die Hausärzte wurden in

der Durchführung der Tests geschult. Die in der Schulung vermittelten Leitlinien für die notwendigen Untersuchungen im Rahmen der Diagnostik bei Verdacht auf Demenz stellt Tabelle 4.3 dar.

Tabelle 4.3

*Leitliniengerechte Untersuchungen im Rahmen der Demenzdiagnostik*

<b>Neuropsychologie</b>	Neuropsychologische Kurztests MMST und DemTect
<b>Labor</b>	TSH, BB, CRP, Na <sup>++</sup> , K <sup>+</sup> , Ca <sup>++</sup> , GOT, GPT, Krea, Harnstoff, Glukose, Vitamin B12, Folsäure
<b>Bildgebung</b>	Strukturelle kraniale Bildgebung cMRT oder cCT

*Anmerkungen.* MMST: Mini-Mental Status Test. cMRT: craniale Magnetresonanztomografie. cCT: craniale Computertomografie.

Differenzialdiagnostisch sollten somatische, zerebrale oder psychische Grunderkrankungen (v.a. vorangegangene Kopfverletzung, vorangegangener Schlaganfall, Alkoholmissbrauch, Hypertonus, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie) und überlagernde / potenziell auslösende iatrogene Faktoren (z.B. Einnahme von Arzneimitteln mit anticholinergen Wirkungen, Benzodiazepine) erfasst werden (BKD; Melchinger, 2007a). Sinnvoll sind hier die Durchführung einer kranialen strukturellen Bildgebung sowie die Bestimmung bestimmter Laborparameter. Diese werden zum einen zum Ausschluss möglicher Alternativursachen eingesetzt: „Bei ca. 5 % aller Demenzkranken wird eine potenziell behandelbare bzw. reversible Ursache nicht-degenerativer und nichtischämischer Art durch eine bildgebende Untersuchung aufgedeckt (z.B. subdurales Hämatom, Tumor, Normaldruckhydrozephalus)“ (DGPPN & DGN 2009a, S. 22). Bei der Labordiagnostik können z.B. metabolische Erkrankungen (z.B. chronische Nierenerkrankungen) und endokrinologische Erkrankungen (z.B. Hyperthyreose) erkannt werden, die zu den kognitiven Störungen führen können (DGPPN & DGN 2009b, S. 31f.; vgl. Abschnitt 2.2.3). Zum anderen können die Untersuchungen zur Unterstützung der Differenzialdiagnostik einer primären Demenzerkrankung herangezogen werden: „Ein wesentlicher Nutzen der strukturellen bildgebenden Untersuchung des Gehirns besteht in der Identifizierung und Beurteilung vaskulärer Läsionen in Lokalisation und Quantität, was in Verbindung mit Anamnese, klinischer und neuropsychologischer Untersuchung wesentlich für die Differenzialdiagnose zwischen degenerativer und vaskulärer Demenz ist“ (DGPPN & DGN 2009a, S. 19). Durch die Labordiagnostik können Grunderkrankungen erkannt werden, die Risikofaktoren für vaskuläre Demenzen darstellen können, z.B. Diabetes mellitus oder Hypercholesterinämie. Diese Informationen zur Demenzdiagnostik sollten einen einheitlichen Kenntnisstand der SD-Hausärzte ermöglichen. Die Durchführung der erforderlichen Labordiagnostik und die Einleitung einer bildgebenden Untersuchung dienten im Verlauf der Studie als Kriterien für eine leitliniengerechte Diagnostik. Die Durchführung der neuropsychologischen Kurztests war im Rahmen des Projekts vorgeschrieben.

Weitere Untersuchungen können im Rahmen einer Demenzdiagnostik durchgeführt werden, sind aber nur selten notwendig. So kann z.B. eine EEG (Elektroenzephalographie) Veränderungen wie eine Verlangsamung des Grundrhythmus oder eine FDG-PET (Fluor-

deoxyglukose-Positronenemissionstomographie) Veränderungen im Glukosemetabolismus sichtbar machen (DGPPN & DGN, 2009b).

#### **4.1.2.1.3 Organisation der Schulung**

Die Fortbildungsmaterialien des BKD bestehen aus 180 Unterrichtsfolien im PowerPoint-Format mit anschaulichen Darstellungen und kurzen Texten sowie aus elf kurzen DVD-Filmausschnitten. Die vorgestellten Test- und Dokumentationsbögen sowie ein Handout mit einer Übersicht zu Definitionen, Diagnostik und Differenzialdiagnostik wurden den Hausärzten auch in Papierform zur Verfügung gestellt. Das BKD wurde in zwei Tagesveranstaltungen (Informationen zu Demenz, Diagnostik und Behandlung) und einer Abendveranstaltung (Vorstellung der regionalen Hilfsangebote) durchgeführt. Die Fortbildung wurde im Rahmen des Projekts mit 17 CME-Punkten zertifiziert. Die Schulungsdauer betrug 13 Stunden. Die Schulung übernahmen PD Dr. Andreas Fellgiebel (für Ärzte aus Mainz und Alzey) und Dr. Andreas Korn (für Ärzte aus Andernach).

#### **4.1.2.1.4 Schulung der medizinischen Fachangestellten**

Die medizinischen Fachangestellten derjenigen Hausärzte, die im Projekt selbst diagnostizieren wollten (SD), erhielten ebenfalls eine Schulung, in der die wichtigsten Informationen zu demenziellen Erkrankungen gegeben und der Studienablauf besprochen wurde. Die Durchführung der Screeningverfahren (MMST und DemTect) wurde erklärt und geübt. Diese Schulung wurde von Diplom-Psychologin Ingrid Schermuly (für medizinische Fachangestellte aus Mainz und Alzey) und von der Autorin (für medizinische Fachangestellte aus Andernach) durchgeführt.

#### **4.1.2.2 Informationsveranstaltung für zuweisende Hausärzte (= ZW-Hausärzte) und medizinische Fachangestellte**

Die zweite Gruppe von Hausärzten (ZW-Hausärzte) erhielt keine Schulung zur Demenzdiagnostik und -therapie. Für sie und ihre medizinischen Fachangestellten führten PD Dr. Fellgiebel und Dr. Korn Informationsveranstaltungen zum Ablauf des Modellprojekts durch. Es standen jeweils zwei Termine in zwei verschiedenen Städten zur Auswahl, so dass alle interessierten Ärzte und medizinischen Fachangestellten die Möglichkeit zur Teilnahme hatten.

Innerhalb des Projekts überwiesen die ZW-Hausärzte ihre Patienten zur Diagnostik an das regionale Facharztzentrum. Die Überweisung (in Form des „Ärztlichen Protokollbogens“) enthielt neben personenbezogenen Daten über den Patienten die Begründung für den Demenzverdacht, nämlich „Klagen des Patienten oder seiner Angehörigen über nachlassende geistige Leistungsfähigkeit, insbesondere zunehmende Gedächtnisstörungen, über einen

Zeitraum von mindestens 2 Monaten“ sowie „keine Hinweise auf metabolische Ursachen für die geklagten kognitiven Beschwerden“.

#### **4.1.2.3 Nachschulung**

Nach der Hälfte des Rekrutierungszeitraums (Dezember 2009) wurden von PD Dr. Fellgiebel in Mainz und Dr. Korn in Andernach Nachschulungen mit je zwei Alternativterminen für alle teilnehmenden Hausärzte angeboten. Diese dienten gleichzeitig als Erfahrungsaustausch. Bei der Nachschulung wurde auf Schwierigkeiten im Studienverlauf seitens der Hausärzte und Probleme im Bereich Demenzdiagnostik eingegangen (geringe Motivation zur Diagnostik, fehlende Krankheitseinsicht oder Scham der Patienten, Strategien zur Diagnosevermittlung Demenz). Nachschulungen für die medizinischen Fachangestellten wurden von der Autorin durchgeführt (Dezember / Januar 2009).

#### **4.1.3 Rekrutierung der teilnehmenden Patienten und Angehörigen durch die Hausärzte**

Sämtliche Patienten wurden von den teilnehmenden SD- und ZW-Hausärzten unter Alltagsbedingungen rekrutiert. Das heißt, dass der Hausarzt zunächst in seiner Praxis Patienten mit demenziellen Symptomen identifizierte. Bei einem Patienten mit Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung prüfte er die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie (siehe unten), klärte ihn und den Angehörigen über die Studienteilnahme auf und holte die schriftlichen Einwilligungserklärungen von beiden ein. Anschließend erfolgte die Anmeldung dieser Studienteilnehmer beim Studienzentrum. Der SD-Hausarzt führte die Demenzdiagnostik selbstständig durch, der ZW-Hausarzt überwies seinen Patienten zur Diagnostik an das zuständige Facharztzentrum. Der Zeitraum zwischen Verdachts- und Diagnosestellung variierte: Bei einigen Patienten wurde die Diagnose noch am gleichen Tag gestellt, bei anderen etwas später. Die Angaben über die erfolgten diagnostischen Untersuchungen wurden an das Studienzentrum übermittelt.

Einschlusskriterien:

- Vorhandensein eines Angehörigen (bzw. primäre Bezugsperson)
- Schriftliche Einwilligung in die Teilnahme durch den Patienten und den betreuenden Angehörigen
- Versorgung im häuslichen Umfeld (erlaubt: Angehöriger wohnt in der Nähe bis max. 5 km oder Besuch einer Tagesstätte)
- Ausreichende Mobilität, um Hausarzt und Beratungsstelle aufsuchen zu können (bei Patient und Angehörigem)

Ausschlusskriterien:

- Vordiagnostizierte Demenz
- Bewohner einer Pflegeinstitution (Altenheim)
- Unzureichende Deutschkenntnisse (bei Patient oder Angehörigem)

Alter oder Schwere der demenziellen Erkrankung begründeten keinen Ausschluss. Es wurden immer nur „Paare“, d.h. Patient und Angehöriger, in die Studie aufgenommen. Die Teilnahme eines Angehörigen war notwendig, da in Phase 2 der Studie die Auswirkung psychosozialer Beratung insbesondere auf die Angehörigen untersucht wurde. Zudem konnten auf diese Weise fremdanamnestic Angaben erhoben werden.

Sowohl der Patient als auch der Angehörige mussten die Einwilligungserklärungen unterschreiben. Der Angehörige unterschrieb dabei nicht für den Patienten, sondern für sich selbst, da auch er bei positiver Diagnose befragt und psychologisch untersucht wurde (für Phase 2 der Studie). War der Patient aufgrund der demenziellen Erkrankung nicht in der Lage, seine Einwilligung zu geben, genügte konkludentes Verhalten, z.B. wenn er bereitwillig Fragen beantwortete. Bei Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit seines Patienten sollte der Hausarzt einen Facharzt hinzuziehen. Gab es einen rechtlichen Betreuer, musste dieser zusätzlich in die Studienteilnahme des Patienten einwilligen (wofür spezielle Einwilligungserklärungen vorlagen). Patient, Angehöriger und ggf. Betreuer erhielten schriftliches Informationsmaterial zu der Studie.

Den Hausärzten wurden Flyer zur Verfügung gestellt, die sie an ihre Patienten weitergeben oder im Wartezimmer auslegen konnten. Es fand keine „Anwerbung“ von Patienten oder Angehörigen durch die Projektmitarbeiter statt. Die Rekrutierungszeit betrug 13 Monate.

#### **4.1.4 Demenzdiagnostik und -therapie durch die Ärzte**

Nach der Schulung (vgl. Abschnitt 4.1.2.1) diagnostizierten die SD-Hausärzte ihre Patienten nach eigenem Ermessen. Vorgegeben war lediglich die Anwendung der Screeningverfahren MMST und DemTect (die zum Teil von den Ärzten selbst, zum Teil von den ebenfalls geschulten medizinischen Fachangestellten durchgeführt wurden). Die Wahl der Diagnoseverfahren sowie die Diagnose selbst wurden in ärztliche Protokollbögen (vgl. Abschnitt 4.2.3.1) eingetragen und an das Studienzentrum übermittelt. Die SD-Hausärzte hatten auch die Möglichkeit, Patienten an Fachärzte zu überweisen – etwa Patienten mit Verdacht auf Demenz in sehr frühen Stadien oder mit unklaren oder seltenen Symptomen. Das entsprechende Vorgehen war auch Teil der Schulung.

Die zuweisenden Hausärzte (ZW) meldeten ihre Patienten mit Verdacht auf Demenz zur Diagnostik bei dem für ihre Region zuständigen Facharztzentrum an und übernahmen nur die Erhebung der relevanten Laborparameter und die kraniale Bildgebung, sofern sie das für notwendig hielten. Alle weiteren Untersuchungen und die Diagnosestellung wurden im

Facharztzentrum durchgeführt. Auch die Fachärzte entschieden bis auf die obligatorischen Kurztests MMST und DemTect selbst, welche Maßnahmen zur Diagnostik erforderlich waren. Sie konnten z.B. eine ausführliche neuropsychologische Untersuchung (CERAD-Testbatterie) oder eine Liquoruntersuchung veranlassen. Das Studienzentrum wurde informiert, welche Diagnoseverfahren eingesetzt wurden (von den ZW-Hausärzten und von den Facharztzentren) und welche Diagnose gestellt wurde (von den Facharztzentren). Die verwendeten Protokollbögen werden in Abschnitt 4.2.3.1 dargestellt.

Die SD-Hausärzte gaben nach der Diagnose (in den Protokollbögen) gegenüber dem Studienzentrum an, ob therapeutische Maßnahmen und ggf. welche eingeleitet wurden. Die Fachärzte vermerkten ihre Therapieempfehlung in den Protokollbögen für das Studienzentrum und in ihren Berichten an die zuständigen ZW-Hausärzte.

#### **4.1.5 Befragung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen**

Patienten, bei denen sich der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung bestätigt hat, und deren Angehörige wurden zeitnah nach der Diagnose von Projektmitarbeitern befragt (t<sub>0</sub>), d.h. in der Regel innerhalb von ein bis zwei Wochen. Sie wurden z.B. gefragt, wie lange die Symptome schon bestanden und wer die diagnostische Abklärung angeregt hatte. Danach wurden sie mit Hilfe von standardisierten Fragebögen zu Alltagskompetenz (Patient), Lebensqualität und Depressivität befragt. Ein halbes Jahr später fanden weitere Erhebungen statt (t<sub>1</sub>).

Zu diesem zweiten Befragungszeitpunkt (t<sub>1</sub>) wurden zur Verlaufsbeobachtung der Erkrankung auch die neuropsychologischen Kurztests erneut mit den Patienten durchgeführt, welche zum ersten Mal in den Arztpraxen durchgeführt worden waren. Zudem wurde die Medikamenteneinnahme (Art und Dosis) erfasst. Die verwendeten Anamnesebögen und Testverfahren werden in Abschnitt 4.2.3.2 dargestellt.

Für den zweiten Teil der Studie, der nicht Teil dieser Arbeit ist, wurden die Patienten und Angehörigen randomisiert in Beratungs- oder Kontrollgruppe eingeteilt. Die Beratungsgruppe erhielt zeitnah nach der Diagnose eine psychosoziale Beratung (nach t<sub>0</sub>), die Kontrollgruppe eine Broschüre über Demenz. Die Kontrollgruppe erhielt erst ein halbes Jahr später die Beratung (nach t<sub>1</sub>). Die genannten Erhebungen (t<sub>0</sub>) fanden bei der Beratungsgruppe vor der Beratung statt. In der Regel fanden sie aufgrund der anschließenden Beratung gleich in den regionalen Beratungsstellen statt, in Ausnahmefällen in den Facharztzentren oder bei den Patienten zu Hause. Durchgeführt wurden sie von Projektmitarbeitern (Psychologen oder der Autorin).

### **4.1.6 Befragung von Hausärzten**

Alle teilnehmenden Hausärzte wurden im Verlauf der Studie mehrfach befragt: Vor Beginn der Studie wurden Fragen nach Vorerfahrungen mit Demenzpatienten in ihren Praxen, zu ihrem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen sowie zur Zusammenarbeit mit Pflegestützpunkten gestellt.

Nach Abschluss der Rekrutierungszeit, d.h. als keine neuen Patienten mehr in die Studie aufgenommen wurden, wurden die Hausärzte nach ihrer Einstellung zu Diagnostik und Therapie kognitiver Einschränkungen im höheren Lebensalter und nach Veränderungen durch die Studie gefragt. Zu diesem Zeitpunkt erhielten auch die medizinischen Fachangestellten einen Fragebogen zur Bearbeitung. Die Ärzte wurden auch um Auskunft über die Gründe für die Nicht-Teilnahme von Patienten gebeten. Die verwendeten Fragebögen werden in Abschnitt 4.2.3.3 dargestellt.

### **4.1.7 Grundsätze der Ethikkommission**

Die Grundsätze der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz sind beachtet worden.

## **4.2 Datenerhebung**

Im Folgenden wird beschrieben, welche Daten aus der zugrunde liegenden Studie zur Auswertung vorliegen. Zum besseren Verständnis ist auch dargestellt, wer (Ärzte oder Projektmitarbeiter) welche Daten generiert hat und auf wen (Ärzte, Patienten oder Angehörige) sich die Daten beziehen. Danach werden die verwendeten Instrumente beschrieben.

### **4.2.1 Überblick über die Erhebung der Daten im zeitlichen Verlauf**

#### **a) Patienten (und Angehörige)**

Bei jedem teilnehmenden Patient mit der Diagnose Demenz wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten Daten erhoben: Durch den Arzt zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und durch die Projektmitarbeiter kurz nach der Diagnose ( $t_0$ ) und ein halbes Jahr später ( $t_1$ ). Abbildung 4.1 veranschaulicht die chronologische Datenerhebung bei den Patienten. Zu  $t_0$  und  $t_1$  wurden von den Projektmitarbeitern zusätzlich Daten von den Angehörigen erhoben. Von Patienten, bei denen die Verdachtsdiagnose Demenz nicht bestätigt wurde, liegen nur die Daten, die im Rahmen der Diagnostik vom Arzt erhoben worden waren, vor.

<b>Wann?</b>	Diagnosezeitpunkt	t <sub>0</sub> : kurz nach der Diagnose	t <sub>1</sub> : ca. ein halbes Jahr nach der Diagnose
<b>Bei wem?</b>	alle Verdachtsfälle	nur Demenzpatienten	nur Demenzpatienten
<b>Welche Daten?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MMST, DemTect</li> <li>▪ aktuelle Diagnosen und Medikation</li> <li>▪ Demenzdiagnose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NPI</li> <li>▪ Bayer-ADL</li> <li>▪ GDS</li> <li>▪ SF-36</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wie bei t<sub>0</sub></li> </ul>
	gegebenenfalls: ▪ geplante Therapie	zusätzlich: ▪ Daten des Angehörigen	zusätzlich: ▪ MMST, DemTect ▪ aktuelle Medikation
<b>Durch wen?</b>	Haus- oder Facharzt	Projektmitarbeiter	Projektmitarbeiter

*Anmerkungen.* t<sub>0</sub>: erster Messzeitpunkt. t<sub>1</sub>: zweiter Messzeitpunkt. MMST: Mini-Mental Status Test. NPI: Neuropsychiatrisches Inventar. Bayer-ADL: Activities of Daily Living. GDS: Geriatric Depression Scale. SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand. QoL-AD: Quality of Life – Alzheimer's Disease. BDI: Beck-Depressions-Inventar.

Abbildung 4.1

*Grafische Darstellung der Datenerhebung beim einzelnen Patienten*

## b) Hausärzte

<b>Wann?</b>	Vor der Studie	Während der Studie	Nach der Studie
<b>Bei wem?</b>	SD- und ZW-Hausärzte	SD- und ZW-Hausärzte	SD- und ZW-Hausärzte
<b>Welche Daten?</b>	Studienspezifischer Ärzte-Fragebogen: Baseline-Fragebogen zu Vorgehen und Einstellung	Angaben zum ärztlichen Vorgehen	Studienspezifischer Ärzte-Fragebogen: Follow-Up-Fragebogen zu Vorgehen und Einstellung
<b>Durch wen?</b>	Projektmitarbeiter	Hausarzt	Projektmitarbeiter

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte.

Abbildung 4.2

*Grafische Darstellung der Datenerhebung beim einzelnen Hausarzt*

Bei jedem teilnehmenden Hausarzt wurden von den Projektmitarbeitern vor und nach Ablauf des Zeitraums der Patientenrekrutierung Daten erhoben. Dazwischen machten die Ärzte selbst Angaben zu ihrem konkreten diagnostischen bzw. überweisenden sowie therapeutischen Vorgehen bei den einzelnen Patienten. Abbildung 4.2 veranschaulicht die chronologische Datenerhebung bei den Ärzten.

### c) Fachärzte

Von den teilnehmenden Fachärzten liegen nur Daten zu ihrem diagnostischen und therapeutischem Vorgehen vor.

## 4.2.2 Datenquellen: Variablen

Ziel dieses Abschnittes ist es darzustellen, welche Daten wie und von wem im Rahmen der Studie erhoben wurden. Danach werden die verwendeten Materialien (ärztliche Protokollbögen, Anamnesebögen, Testverfahren, studienspezifische Ärzte-Fragebögen) beschrieben. Welche Variablen welchem Zielkriterium zugeordnet werden, wurde bereits in Tabelle 3.1 dargestellt.

### 4.2.2.1 Daten zur Vorgehensweise der Ärzte: Diagnostik und Therapie

#### Ärztliche Protokollbögen

Die Ärzte lieferten im Rahmen der Studienvorgabe nach der Diagnosestellung folgende Angaben zu den Studienpatienten / der ärztlichen Vorgehensweise:

- Allgemeine Daten des Patienten und des Angehörigen wie Name und Geburtsdatum
- Bestätigung der einzelnen Ein- und Ausschlusskriterien
- Diagnostisches Vorgehen:
  - o MMST-Wert, DemTect-Wert (nur bei SD- und Fachärzten)
  - o Angabe, ob Laborparameter erhoben wurden
  - o Angabe, ob Bildgebung veranlasst wurde
  - o Weitere eingesetzte diagnostische Instrumente
- Demenzdiagnose (nur bei SD- und Fachärzten)
  - o Positiv (primäre Demenz) – Kategorisierung nach ICD-10:
    - Alzheimer-Demenz F00.1
    - Alzheimer-Demenz, Beginn von dem 65. Lebensjahr F00.0
    - Vaskuläre Demenz F01.9
    - Gemischte Demenz F00.2
    - Demenz – nicht näher bezeichnet F03

Die Fachärzte konnten weitere ICD-10-Nummern vergeben (z.B. Subkortikale vaskuläre Demenz F01.2)

- Negativ – Kategorisierung nach:
  - Altersentsprechende geistige Leistungsfähigkeit
    - Leichte kognitive Störung
    - Beschwerden begründet in einer metabolischen oder sonstigen Erkrankung (sekundäre Demenz)
    - Beschwerden begründet in einer Depression / Verdacht auf Depression
  - Klinisch oder anamnestisch unklar, Weiterleitung an Facharzt
- Aktuelle Medikation
- Therapie: Ansetzen oder Absetzen von Medikamenten, ggf. welche (nur bei SD- und Fachärzten, bei Fachärzten nur Therapieempfehlung)
- Indirekt: Zahl der rekrutierten Patienten

#### 4.2.2.2 Daten von Demenzpatienten und ihren Angehörigen

Die Datenerhebung von den Patienten mit der Diagnose Demenz und ihren Angehörigen durch die Projektmitarbeiter erfolgte zu zwei Zeitpunkten: nach der Diagnosestellung (t0) und etwa ein halbes Jahr später (t1; vgl. Abschnitt 4.1.5). Es wurden Anamnesegespräche durchgeführt und standardisierte Testverfahren angewendet, die im Folgenden näher beschrieben werden.

##### **Anamnesebögen**

Die Projektmitarbeiter begannen die Datenerhebung bei den Patienten und ihren Angehörigen jeweils mit einem Anamnesebogen. Für beide Untersuchungszeitpunkte wurden verschiedene Anamnesebögen eingesetzt, nur einige wenige Fragen waren identisch. Der Anamnesebogen zu t0 zielte vor allem auf Informationen zum Zeitraum der Diagnosestellung ab: Welche Beschwerden wurden seit wann wahrgenommen, wurden selbstständige Therapievorsuche unternommen, wurde der Arzt gezielt aufgrund der Beschwerden aufgesucht, wie war die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung etc. Die demografischen Daten wurden erhoben und Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand gestellt.

Im Anamnesebogen zu t1 wurden der aktuelle Gesundheitszustand und die derzeitige Medikation erfragt. Weiterhin wurden die Angehörigen zu ihrer Einstellung bzgl. Demenzfrühdagnostik durch Hausärzte befragt. Darüber hinaus beinhaltete der Anamnesebogen vorwiegend Fragen zum Effekt der psychosozialen Beratung, also Teil 2 der Studie betreffend, der nicht Teil dieser Arbeit ist.

### Testverfahren

Die von den Projektmitarbeitern eingesetzten standardisierten Tests dienten der Erfassung von Symptomen und Lebensqualität der Patienten. Die Tests für die Angehörigen dienten der Einschätzung ihrer Lebensqualität und möglicher Depressivität, die mit der Situation des Patienten zusammenhängen könnten (vgl. Abschnitt 2.3.1.1). Tabelle 4.4 zeigt die verwendeten Testverfahren mit den zugehörigen erhobenen Variablen. Zu beiden Zeitpunkten wurden dieselben Tests durchgeführt.

Tabelle 4.4  
*Psychologische Untersuchung durch die Projektmitarbeiter*

Variable	Instrument	0 - 14 Tage nach Diagnosestellung (t0)	6 Monate nach dem ersten Test- zeitpunkt (t1)
<u>Patient</u>			
Kognitive Leistungsfähigkeit	MMST, DemTect	(X <sup>a</sup> )	X
Nicht-kognitive Symptome	NPI	X	X
Alltagskompetenz	Bayer-ADL	X	X
Depressivität	GDS	X	X
(Gesundheitsbezogene) Lebensqualität	SF-36, QoL-AD	X	X
<u>Angehöriger</u>			
Depressivität	BDI, GDS	X	X
(Gesundheitsbezogene) Lebensqualität	SF-36	X	X

*Anmerkungen.* t0: erster Messzeitpunkt. t1: zweiter Messzeitpunkt. MMST: Mini-Mental Status Test. NPI: Neuropsychiatrisches Inventar. Bayer-ADL: Activities of Daily Living. GDS: Geriatric Depression Scale. SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand. QoL-AD: Quality of Life – Alzheimer’s Disease. BDI: Beck-Depressions-Inventar.

<sup>a</sup> Durch Ärzte bzw. medizinische Fachangestellte erhoben.

Die Verfahren zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit, MMST und DemTect wurden auch zu beiden Zeitpunkten durchgeführt: Zum ersten Erhebungszeitpunkt lagen die Ergebnisse bereits vor (Teil der Diagnostik durch die Ärzte), die zweite Testung erfolgte durch die Projektmitarbeiter.

#### 4.2.2.3 Daten von Hausärzten

##### Studienspezifische Ärzte-Fragebögen

Zusätzlich zur Erfassung des tatsächlichen ärztlichen Vorgehens im Bereich Demenzdiagnostik und -therapie innerhalb der Studie wurden die Ärzte von den Projektmitarbeitern gestützt auf studienspezifische Ärzte-Fragebögen (überwiegend schriftlich) vor Beginn der Studie und nach der Rekrutierungszeit befragt. Es gab zwei Fragebogen-Versionen mit eini-

gen identischen Items. Der Fragebogen vor Beginn der Studie wird im Folgenden Baseline-Fragebogen genannt, der nach der Rekrutierungszeit Follow-Up-Fragebogen.

Die Baseline-Version des Fragebogens enthielt allgemeine Fragen sowie Fragen zum Vorgehen der Ärzte vor der Studie, z.B. bzgl. Anzahl der Demenzpatienten in der Klientel, Häufigkeit der Durchführung von Demenztests, Verordnung von Antidementiva. Die Follow-Up-Version des Fragebogens beinhaltete Fragen zu:

- Befundbesprechung
- Vergütung
- Diagnostik
- medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie
- Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten
- Veränderung der Vorgehensweise der SD-Hausärzte durch die Studie

Durch den Fragebogen sollte die tatsächliche Vorgehensweise der Hausärzte sowie ihre Einstellung zu leitliniengerechter Diagnostik und Therapie erfasst werden – auch im Hinblick auf mögliche Barrieren. Außerdem wurden studienspezifische Fragen gestellt, z.B. nach Rückmeldung zum Studienablauf und nach Häufigkeit der Ablehnung einer Studienteilnahme durch die Patienten. Auch die medizinischen Fachangestellten erhielten nach der Studie einen kurzen studienspezifischen Fragebogen.

### **4.2.3 Datenquellen: Erhebungsbögen**

Bei den zum Einsatz gekommenen Erhebungsbögen handelt es sich um speziell für diese Studie entwickelte Erhebungsbögen, aber auch standardisierte Testverfahren und bereits existierende Fragenbögen wurden eingesetzt. Alle Erhebungsbögen werden im Folgenden dargestellt. Die studienspezifischen Erhebungsbögen und die Kurztests sind zusätzlich als Anhang dieser Arbeit beigelegt.

#### **4.2.3.1 Ärztliche Protokollbögen zur Diagnostik und Therapie**

Die Haus- und Fachärzte erhielten von der Studienzentrale Protokollbögen, auf denen die studienbezogenen Daten dokumentiert und die dann an die Studienzentrale zurückgeschickt wurden. Die ärztlichen Protokollbögen bestanden aus einem für alle Haus- und Fachärzte identischen Teil mit Angaben der allgemeinen Patientendaten (Name, Alter, Diagnosen, Medikation etc.) und der Bestätigung der Ein- und Ausschlusskriterien. Die Versionen für die SD-Hausärzte und die Fachärzte enthielten zusätzlich Angaben zum diagnostischen Vorgehen, Diagnose und Therapie bzw. Therapieempfehlung. Die ZW-Hausärzte vermerkten in den Protokollbögen ihren Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung und gaben an, ob sie bereits eine entsprechende Labordiagnostik und / oder eine Bildgebung veranlasst hatten. Im

Wesentlichen erfolgten die entsprechenden Angaben durch Ankreuzen einer der vorgegeben Antwortmöglichkeiten, nur bei den Fragen nach sonstigen Diagnosen, Medikation und geplanter Therapie waren offene Antworten vorgesehen.

#### **4.2.3.2 Anamnesebögen und Testverfahren für Demenzpatienten und ihre Angehörigen**

##### **a) Anamnesebögen**

Die Projektmitarbeiter befragten anhand von Anamnesebögen jeweils ein Patient-Angehörigen-Paar zusammen und dokumentierten die Antworten. Manche Fragen richtete sich an die Patienten, manche an die Angehörigen, aber die meisten konnten von den Patienten und Angehörigen gemeinsam beantwortet werden. In der Regel gab es vorgegebene Antwortalternativen, nur beim zweiten Anamnesebogen (zu t1) waren auch einige freie Beantwortungen vorgesehen, z.B. bei der Frage nach der Medikation.

##### **b) Testverfahren**

Die meisten Studiendaten wurden direkt aus dem Vorgehen der Ärzte und ihren Angaben und den Angaben der Patienten und Angehörigen gewonnen. Es wurden bei den Patienten und Angehörigen aber auch standardisierte Testverfahren verwendet. Diese werden im Folgenden kurz beschrieben. Die Patienten und Angehörigen bearbeiteten schriftlich getrennt voneinander diese Tests (bis auf den NPI, der immer mündlich durchgeführt wird). Nur wenn sie nicht alleine zurechtkamen, erhielten sie Hilfe durch die Projektmitarbeiter.

##### **(1) Mini-Mental Status Test und DemTect**

Die Kurztests Mini-Mental Status Test (= MMST; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; dt. Version: Kessler, Markowitsch & Denzler, 1990) und der DemTect (Kessler, Calabrese, Kalbe & Berger, 2000) werden zum Demenzscreening eingesetzt. Als zentrale diagnostische Verfahren haben sie für das Modellprojekt eine besondere Bedeutung. Sie sollen daher vergleichsweise ausführlich dargestellt werden.

Bei beiden Tests muss der Patient mündlich Fragen beantworten, die ihm vom Untersucher gestellt werden, und schriftliche Aufgaben bearbeiten. Sie sind gut geeignet, kognitive Leistungseinbußen übersichtsartig, schnell und ohne großen Aufwand für Untersucher und Untersuchenden objektivierbar zu machen. Wie schon die Bezeichnung „Screeningverfahren“ zum Ausdruck bringt, können sie aber keine differenzierte (ausführliche neuropsychologische) Diagnostik ersetzen.

##### **Mini-Mental Status Test**

###### *Diagnostische Zielsetzung:*

Der MMST wurde als Screening-Instrument entwickelt, um kognitive Störungen bei älteren Personen zu erfassen (Kessler et al., 1990). Der Test wird auch eingesetzt, um Demenzen zu erkennen, ihren Schweregrad zu bestimmen und Verlaufskontrollen zu ermöglichen (Beyer-

mann, Trippe, Bähr & Püllen, 2013). Der MMST stellt das international am häufigsten verwendete Demenzscreening-Instrument dar.

#### *Aufbau:*

Der Test enthält

- 5 Fragen zur zeitlichen Orientierung (z.B. Jahreszeit, Datum),
- 5 Fragen zur örtlichen Orientierung (z.B. Bundesland, Stockwerk),
- eine Aufgabe zur Merkfähigkeit (Liste mit drei Wörtern, die sofort und nach der Rechenaufgabe wiederholt werden soll),
- eine Aufgabe zur Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit (von 100 soll fünfmal jeweils 7 abgezogen werden),
- sprachbezogene Aufgaben (Gegenstände benennen, Satz nachsprechen, mündliche und schriftliche Anweisungen befolgen, einen Satz schreiben) und
- eine Aufgabe zur visuo-konstruktiven Praxis (Figur abzeichnen).

Es handelt sich um relativ einfache Fragen, die kognitiv nicht beeinträchtigte Personen in der Regel problemlos beantworten können. Die Durchführungszeit beträgt ca. 5 - 10 Minuten.

Im Vergleich zum DemTect beinhaltet der MMST mehr sprachliche Aufgaben und Fragen zur Orientierung, er ist allerdings weniger differenziert.

#### *Auswertung, Normen und Interpretation:*

Es können 0 - 30 Punkte erreicht werden (ein Punkt pro Antwort, Wort bzw. Zahl). Der Gesamtwert wird durch einfache Addition der Punkte ermittelt. Ein höherer Punktwert drückt höhere Leistungsfähigkeit aus.

- 28 - 30 Punkte: altersgemäße kognitive Leistungsfähigkeit
  - 27 - 23 Punkte: Hinweis auf leichte Beeinträchtigung
  - 22 - 18 Punkte: starker Verdacht auf Demenz
  - 17 - 10 Punkte: mittelschwere Demenz
  - unter 10 Punkte: schwere Demenz
- (Ivemeyer & Zerfaß, 2005; nach Melchinger, 2007a)

Nach den Angaben des Manuals (Kessler et al., 1990) ist die Inter-Reliabilität ausreichend hoch ( $r = .83$ , wenn zwei Tester den Test mit 24 Stunden Abstand verwenden). Validitätshinweise ergaben sich in Bezug auf neurophysiologische Merkmale bei Alzheimerpatienten (z. B. Aktivität des Hirnstoffwechsels). Es liegen keine gesicherten, alters- oder bildungsabhängige Normen vor und das Verfahren verfügt über eine eher geringe Sensitivität und Spezifität (Gunzelmann & Oswald, 2005). Das heißt, es besteht das Risiko falsch-negativer Entscheidungen (d.h. es werden demente Personen nicht als solche erkannt; insbesondere im Frühstadium oder Personen mit höherer Bildung) bzw. falsch-positiver Entscheidungen (d.h. nicht-demente Personen werden als dement diagnostiziert, evtl. liegen den kognitiven Einschränkungen andere Ursachen zugrunde). In einer Metaanalyse wies der MMST im allge-

meinmedizinischen Setting („Primary care“) 78.4 % Sensitivität und 88 % Spezifität auf (vgl. Mitchell, 2009).

Worauf lässt sich dies zurückführen? In einer Untersuchung von Beyermann et al. (2013) mit Patienten einer geriatrischen Klinik (mit keiner oder nur einer leichten kognitiven Beeinträchtigung) ergab sich ein Cronbachs  $\alpha$  von .79. Dieser Wert für die Reliabilität bzw. für die interne Konsistenz des Verfahrens erweist sich als zu niedrig, d.h. der Grad der Genauigkeit, mit der das Konstrukt Demenz erfasst werden soll, ist zu gering. Wie eine genauere Analyse von Beyermann et al. (2013) ergab, sind einige Items des MMST zu leicht. Dies bedeutet eine Überschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Deckeneffekt). Der niedrige Reliabilitätswert könnte aber auch auf Einschränkungen der Homogenität des Verfahrens hinweisen – in dem Sinne, dass nicht alle Aufgaben das gleiche Konstrukt messen. Eliminiert man die fraglichen Items erhöht sich der Reliabilitätswert (Beyermann et al., 2013).

### **DemTect**

#### *Diagnostische Zielsetzung:*

Der DemTect wurde vor dem Hintergrund der Kritik am MMST mit dem Ziel entwickelt besonders sensitiv zu sein (Gunzelmann & Oswald, 2005; Kalbe, Brand, Kessler & Calabrese, 2005). Er soll zwischen Personen, die kognitiv unbeeinträchtigt sind, und Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Personen mit Demenz differenzieren (Beyermann et al., 2013).

#### *Aufbau:*

Der DemTect umfasst im Gegensatz zum MMST auch eine Aufgabe zur Wortflüssigkeit (möglichst schnell möglichst viele Dinge nennen, die man in einem Supermarkt kaufen kann). Zudem sind die Aufgaben zur Merkfähigkeit deutlich schwieriger (Wortliste von 10 Wörtern) im Vergleich mit dem MMST (3 Wörter). Außerdem wird die Merkfähigkeit mit Zahlenreihen geprüft, die rückwärts zu reproduzieren sind. Im Unterschied zum MMST beinhaltet der Test eine Aufgabe, in der Zahlen in Zahlwörter und umgekehrt transkodiert werden sollen: z.B. zweitausendsiebenundzwanzig  $\rightarrow$  2027). Insgesamt sind es fünf Aufgaben mit jeweils 2 - 5 Teilaufgaben. Die Durchführungszeit beträgt im Durchschnitt 8 Minuten.

#### *Auswertung, Normen und Interpretation:*

Die Ergebnisse aus den einzelnen Aufgaben werden anhand einer Umrechnungstabelle in Punkte transformiert. Da die Testleistungen zum Teil alterssensitiv sind (z.B. geschwindigkeitsabhängige Leistungen wie bei der Aufgabe zur Wortflüssigkeit), erfolgt eine getrennte Auswertung für Personen unter und über 60 Jahren. Der transformierte Gesamtwert ist damit nicht mehr altersabhängig. Eine bildungsabhängige Normierung liegt auch beim DemTect nicht vor. Ein höherer Punktwert drückt höhere Leistungsfähigkeit aus.

- 13 - 18 Punkte: altersgemäße kognitive Leistung
- 9 - 12 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung
- $\leq$  8 Punkte: Demenzverdacht (Kessler et al., 2000)

Das Verfahren wurde hinsichtlich seiner Reliabilität und Validität geprüft (zusammenfassend Gunzelmann & Oswald, 2005). Kessler et al. (2000) bescheinigen dem DemTect bezüglich Vorliegen einer Demenz (Cut-off  $\geq 11$ ) eine Sensitivität von 94 % und eine Spezifität von 90 %. Der Test hat sich darüber hinaus sowohl im Rahmen der Diagnostik von Demenzsyndromen unterschiedlicher Ätiologie – Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenz – als auch bei Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung bewährt (Kalbe et al., 2005).

### **Vergleich MMST – DemTect**

Als Fazit bisheriger Forschungsarbeiten ergibt sich: Die kognitive Beeinträchtigung wird vom MMST weniger ausgeprägt erfasst als vom DemTect, der besonders geeignet ist, auch leichte kognitive Beeinträchtigungen oder auch eine Alzheimer-Demenz besser zu erkennen (Beyermann et al., 2013). Demgegenüber scheint der Einsatz des MMST für kognitiv schwerer Beeinträchtigte eher angezeigt. Die Korrelation beider Verfahren ist nur mittelhoch (z.B. Beyermann et al., 2013: Spearman,  $r = .61$ ), was darauf hinweist, dass die beiden Verfahren nicht das genau gleiche Konstrukt erfassen. In der Beurteilung der Sensitivität und Spezifität schneidet der DemTect durchgängig besser ab als der MMST (z.B. Perneckzy, 2004).

Insgesamt scheinen die beiden Verfahren nicht gegenseitig ersetzbar (siehe auch die Unterschiede in den Untertests). Für das Modellprojekt wurden beide Verfahren als sich ergänzende Screening-Instrumente ausgewählt.

### **(2) Neuropsychiatrisches Inventar**

Der NPI (= Neuropsychiatrisches Inventar; Cummings et al., 1994) wird mit dem Angehörigen in Form eines Interviews in Abwesenheit des Patienten durchgeführt. Er erfasst Häufigkeit und Schwere von 12 Verhaltensauffälligkeiten / -veränderungen, die bei demenziellen Erkrankungen auftreten können, sowie die dadurch entstehende Angehörigenbelastung: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung / Aggression, Depression / Dysphorie, Angst, Hochstimmung / Euphorie, Apathie / Gleichgültigkeit, Enthemmung, Reizbarkeit / Labilität, Abweichendes motorisches Verhalten, Schlafen / Nächtliches Verhalten, Appetit / Änderung der Essgewohnheiten. Zu den 12 Verhaltensauffälligkeiten wird jeweils eine Leitfrage gestellt. Wird diese mit „ja“ beantwortet, folgen 7 - 9 Unterfragen, die das Vorhandensein der Verhaltensauffälligkeit bestätigen können. Zudem wird zu jedem angegebenen Bereich auf einer 4-stufigen Antwortskala die Häufigkeit, auf einer 3-stufigen die Schwere und auf einer 6-stufigen die Angehörigenbelastung erfragt. Nach der Auswertung erhält man zwei Summenwerte: Es werden jeweils die Werte bezüglich Häufigkeit und Schwere multipliziert und die Ergebnisse addiert (= NPI Summe, Werte zwischen 0 und 144), zudem werden die Belastungswerte addiert (= Belastungssumme, Werte zwischen 0 und 60). Hohe Werte bedeuten mehrere stark ausgeprägte / schwerwiegende psychopathologische Symptome beim Patienten bzw. eine hohe Belastung beim Angehörigen. “Validity, concurrent validity, inter-rater reliability, and test-retest reliability of the NPI are established” (Cummings, 1997). Die Bearbeitungszeit variiert in Abhängigkeit des Vorhandenseins der Verhaltensveränderungen. Der Test ist auswertbar, sofern die entsprechenden Angaben zu Häufigkeit und

Schwere bzw. zu Belastung vorhanden sind. Es ist aber auch möglich, die einzelnen Gruppen von Verhaltensauffälligkeiten einzeln zu betrachten (Subskalen).

### **(3) Bayer-ADL**

Beim B-ADL (Activities of Daily Living) – auch Bayer-ADL genannt, da das Instrument im Rahmen eines internationalen Forschungsprojekts mit Unterstützung der Bayer AG entwickelt wurde – handelt es sich um eine Skala zur Einschätzung der Alltagskompetenz von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Demenz (Hindmarch, Lehfeld, de Jong & Erzigkeit, 1998, dt. Version: Hindmarch., Lehfeld, de Jong & Erzigkeit, 1999). Auch hier wird eine Fremdbeurteilung eingesetzt: Der Angehörige schätzt (schriftlich) auf einer Skala von 1 (nie) bis 10 (immer) jeweils ein, wie häufig der Patient Schwierigkeiten bei 25 verschiedenen Alltagsaktivitäten hat. Es wird beispielsweise gefragt, ob die Person Schwierigkeiten „mit der Körperpflege“ hat oder „sich an einer Unterhaltung zu beteiligen“ oder „eine angefangene Tätigkeit nach kurzer Unterbrechung fortzusetzen“. Die Bearbeitungszeit beträgt 5 - 10 Minuten. Wenn mindestens 18 Items beurteilt wurden, kann die Skala ausgewertet werden: Die Punktwerte werden addiert und durch die Anzahl der beurteilten Items dividiert. Der Gesamtwert bewegt sich zwischen 1.00 und 10.00: Je höher der Wert, desto mehr Schwierigkeiten treten bei der Alltagsbewältigung auf (Hindmarch et al., 1999). Ab 2.1 Punkten geht es um fragliche Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung, ab 5.1 sind deutliche Schwierigkeiten vorhanden. Der Autor bescheinigt Validität und Reliabilität (Hindmarch et al., 1998).

### **(4) Geriatric Depression Scale und Beck-Depressions-Inventar**

Die Geriatrische Depressionsskala (GDS; Yesavage et al., 1983; dt. Version: Gauggel & Birkner, 1999), ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung einer Depression, wurde speziell für ältere Menschen entwickelt. Durch 30 Fragen, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden, werden depressive Symptome erfasst, z.B. „Machen Ihnen Gedanken zu schaffen, die Ihnen nicht aus dem Kopf wollen?“, „Fühlen Sie sich voller Energie?“. Bestimmte Items erhalten bei „ja“ einen Punkt, andere bei „nein“. Die Punkte werden – wenn alle Fragen beantwortet wurden – zu einem Gesamtwert addiert (0 - 30). Ab 11 Punkten ist laut Yesavage et al. (1983) ein kritischer Wert erreicht, Gauggel und Birkner (1999) geben den Wert 13 an. Die Skala weist gute psychometrische Eigenschaften auf (Gauggel & Birkner, 1999). Im Gegensatz zum Beck-Depressions-Inventar gibt es keine körperbezogenen Items, die mit dem Alter korrelieren.

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck & Steer, 1987; dt. Ausgabe: Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads depressiver Symptomatik, das mündlich oder schriftlich bearbeitet werden kann. Es beinhaltet 21 Gruppen von Aussagen zu typischen Symptomen der Depression, z.B. Schlafschwierigkeiten, Schuldgefühle und sozialer Rückzug. Die Person wählt aus jeweils vier Aussagen pro Gruppe diejenige, die am besten beschreibt, wie er sich „in dieser Woche einschließlich heute“ gefühlt hat. Eine Aussage entspricht einem Punktwert von 0 (nicht vorhanden) bis 3

(starke Ausprägung). Die Aussagen werden bei Vollständigkeit der Antworten zu einem Gesamtwert summiert (0 - 63 Punkte). Ein Wert von 11 oder mehr weist auf depressive Symptome hin, ein Wert von 18 oder mehr gilt als klinisch relevant (Hautzinger et al., 1994). Der Fragebogen wird weltweit eingesetzt und gilt als konsistentes, valides und sensibles Instrument (Hautzinger et al., 1994).

#### **(5) SF-36 und Quality of Life – Alzheimer's Disease**

Beim SF-36 handelt es sich um einen weltweit eingesetzten, validierten generischen Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von kranken und gesunden Patienten (Ware & Sherbourne, 1992; dt. Version: Bullinger & Kirchberger, 1998). Er gilt als psychometrisch zufrieden stellendes Verfahren (Bullinger, 2000). Der Fragebogen besteht aus 36 Items mit verschiedenen Antwortkategorien (ja / nein, 3 - 6-stufige Antwortskalen. Die Bearbeitungszeit liegt bei 7 - 15 Minuten. Die meisten Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten vier Wochen. Es werden acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit erfasst: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden. Es besteht die Möglichkeit, diese in zwei Summenwerte, „Körperliche Gesundheit“ und „Psychische Gesundheit“, zusammenzufassen. Pro Skala müssen mindestens 50 % der Items beantwortet werden, die anderen können dann durch Mittelwerte ergänzt werden. Die Auswertung sollte durch ein computergestütztes Programm erfolgen. Die Interpretation erfolgt im Vergleich zur Referenzpopulation. Es können Werte zwischen 0 und 100 erreicht werden, wobei  $50 \pm 10$  im Vergleich zur Normpopulation normale Werte sind (T-Werte). Je höher die Werte, desto besser die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Der SF-36 eignet sich auch zur Erfassung des Gesundheitszustandes von älteren Patienten, wobei ein signifikanter Unterschied bezüglich der Lebensqualität zwischen jüngeren und älteren Patienten zugunsten der jüngeren existiert, der v.a. durch die körperbezogenen Items zustande kommt (z.B. „Körperliche Funktionsfähigkeit“, Bullinger & Kirchberger, 1998).

Der QoL-AD (Quality of Life – Alzheimer's Disease) ist ein kurzes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität, das speziell für Ältere mit kognitiven Einschränkungen entwickelt wurde (Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri, 2002). 13 Domänen sollen bezogen auf die aktuelle Situation anhand einer vierstufigen Antwortskala (schlecht bis ausgezeichnet) eingeschätzt werden – mündlich oder schriftlich, darunter z.B. „Körperlicher Gesundheitszustand“, „Stimmungslage“, „Gedächtnis“, „Familie“. Die Antworten von eins bis vier werden zu einem Summenscore addiert. Nach persönlicher Mitteilung der Autorin Logsdon (14.12.2009) können bis zu zwei fehlende Items durch Mittelwerte ersetzt werden. Der Patient und der Angehörige bzw. eine Pflegekraft bewerten beide die Lebensqualität des Patienten (Selbst- und Fremdbeurteilung). Die Summenscores können separat verwendet oder zu einem Gesamtwert zusammengefasst werden: Dieser wird aus der Summe der beiden Summenscores gebildet (wobei der des Patienten doppelt gezählt wird), die dann durch drei geteilt wird. Der Gesamtwert liegt zwischen 13 und 52, höhere Werte spiegeln dabei eine höhe-

re Lebensqualität wider. Eine gute Reliabilität und Validität liegt für Patienten mit einem MMST-Wert über 10 vor (Logsdon et al., 2002).

#### 4.2.3.3 Studienspezifische Ärzte-Fragebögen

Vor Beginn der Studie und nach der Rekrutierungszeit (also nach Studienende für die Ärzte) wurden die Hausärzte aufgefordert, einen Fragebogen zu beantworten. Die Fragen wurden jeweils beiden Hausärztegruppen gestellt, um die Vergleiche zwischen den SD-Hausärzten und den ZW-Hausärzten durchführen zu können. Einige Fragen waren aber auch speziell an eine Hausarztgruppe gerichtet.

Die Fragebögen unterschieden sich zu beiden Zeitpunkten. Die Fragen wurden an die jeweilige Situation angepasst, z.B. wurden zum zweiten Zeitpunkt Fragen zur Ablehnung der Studienteilnahme durch die Patienten oder nach möglichen ärztebezogenen Aspekten bzgl. Barrieren bei einer Demenzdiagnostik, die sich im Verlauf der Studie herauskristallisiert hatten, gestellt.

Der Baseline-Fragebogen entsprach dem Fragebogen, der von Melchinger 2007 im Rahmen des BKD für Ärzte entwickelt wurde. Er wurde für die ZW-Hausärzte entsprechend angepasst (bis auf eine Frage konnte er übernommen werden). Zusätzlich zum Baseline-Fragebogen wurden den Ärzten vor der Studie auch Fragen zur Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten gestellt. Die entsprechenden Antworten werden zusammen mit den Ergebnissen des Baseline-Fragebogen dargestellt (vgl. Abschnitt 5.6.1).

Der Follow-Up-Fragebogen wurde von den Projektmitarbeitern speziell für die Studie neu entwickelt. Hierbei flossen die Erfahrungen, die während des Projekts gewonnen worden waren, mit ein.

Außer bei den Fragen, die die Rückmeldungen zur Studie selbst betrafen (z.B. Anmerkungen zum Studienablauf) erfolgte die Beantwortung schriftlich durch die Hausärzte selbst. Überwiegend lagen vorgegebene Antwortalternativen, aus denen eine ausgewählt werden konnte, vor. Je nach Inhalt der Frage waren ggf. auch Mehrfachantworten möglich. Beim Follow-Up-Fragebogen handelte es sich bei einigen Fragen um offene Fragen, die eine freie Beantwortung zuließen. Oft gab es die Möglichkeit, die Antwortalternative „Sonstiges“ in einem Textfeld zusätzlich zu spezifizieren. Diese Möglichkeit wurde von den Projektmitarbeitern geschaffen, damit keine wichtigen Informationen verloren gehen konnten.

Zudem versuchten die Projektmitarbeiter, die Fragen des Follow-Up-Fragebogens so zu stellen, dass die Ärzte sie ehrlich, nicht nach Erwünschtheitsaspekten, beantworten. Ziel war ja unter anderem, mit Hilfe dieses Fragebogens mögliche Barrieren hinsichtlich Demenzdiagnostik und -therapie zu eruieren. Es handelte sich daher zum Teil um „heikle Themen“, die im Fragebogen angesprochen wurden. Dementsprechend sollte vermieden werden, dass die Ärzte sich kritisiert fühlten oder dass sie statt ehrlichen Antworten Antworten gaben, die sie als „für gute Ärzte angemessen“ betrachteten. Beispielsweise wurde die Frage nach den

Gründen für eine Nicht-Veranlassung der in den Leitlinien geforderten bildgebenden Untersuchung nicht direkt an die Ärzte gerichtet („Warum veranlassen Sie oft keine strukturelle Bildgebung?“), sondern in der dritten Person formuliert („Bei 57 % der Patienten mit Verdacht auf Demenz veranlassen Hausärzte keine strukturelle Bildgebung. Woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen?“).

### 4.3 Datenanalyse im Überblick

#### a) Verwendetes Statistik-Programm

Bei der Auswertung wurden die Programme IBM® SPSS® Statistics 19 bis 21 eingesetzt.

#### b) Verwendete statistische Tests

Wie in der psychologischen Forschungspraxis gebräuchlich, wurde bei der Entscheidung über das Skalenniveau von Fragebogen, Tests, Ratingskalen angenommen, dass „diese Instrumente das jeweilige Merkmal metrisch messen würden, sodass der gesamte statistische ‚Apparat‘ für metrische Daten eingesetzt werden kann“ (Bortz & Schuster, 2010, S. 23). Aber auch um die Ergebnisse dieser Arbeit mit Ergebnissen von Studien aus der Literatur vergleichen zu können, wurde der „metrische“ Weg (in Form der Festlegung auf intervallskalierte Variablen) favorisiert.

Einem Vorschlag von Bortz, Lienert und Boehnke (2008) folgend wurde nach der messtheoretischen Festlegung als nächstes untersucht, ob varianzhomogene bzw. normalverteilte Messwerte vorliegen. Hier reichte nach Bortz et al. (2008) eine Augenscheinprüfung der Daten (z.B. Inspektion der Verteilungen), „da problematische Verzerrungen parametrischer Tests im allgemeinen erst bei stärkerer Verletzung einer oder mehrerer Voraussetzungen auftreten, die man auch bei einer Augenscheinprüfung feststellen dürfte“ (S. 85). Lag eine derartige deutliche Verletzung vor, wurde auf den Einsatz parametrischer Verfahren zugunsten nonparametrischer verzichtet.

Im Falle der Verwendung von parametrischen Zusammenhangsmaßen wurden zusätzlich zur Normalverteilungsüberprüfung auch die bivariaten Punktediagramme betrachtet, um das Ausmaß der Linearität des Zusammenhangs abschätzen zu können. Auch korrelationsbeeinflussende Ausreißerwerte können im Punktediagramm entdeckt werden.

Um mess- und verteilungstheoretischen Bedenken allgemein Rechnung zu tragen, wurden beim Einsatz parametrischer Tests – beim Vergleich von Gruppen wie bei Zusammenhangsanalysen – zusätzlich auch die entsprechenden nonparametrischen Tests herangezogen und dargestellt. Nicht für alle parametrischen Verfahren (z.B. zweifache Varianzanalyse, binäre logistische Regression) standen aber nonparametrische zur Verfügung.

- Bei kategorialen Variablen kam beim Vergleich zweier Stichproben der  $\chi^2$ -Test zur Anwendung. Die Voraussetzungen für den  $\chi^2$ -Test sind laut Bühl (2008): In maximal 20 % der Felder der Kreuztabelle dürfen erwartete Häufigkeiten  $< 5$  auftreten. Zei-

len- und Spaltensummen müssen größer Null sein. Waren die Voraussetzungen für den  $\chi^2$ -Test nicht gegeben, wurde der Fisher-Test gerechnet.

- Bei intervallskalierten Variablen wurde beim Vergleich zweier Gruppen der t-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Im Falle von Varianzungleichheit wurde der entsprechende t-Test zur Berechnung verwendet. Zusätzlich wurde als nonparametrisches Verfahren auch stets der U-Test eingesetzt. Beim Vergleich von mehreren unabhängigen Gruppen wurde der H-Test von Kruskal und Wallis als Analogon zur einfaktoriellen parametrischen Varianzanalyse verwendet.
- Bei gruppenspezifischen Vorher-Nachher-Vergleichen kam der t-Test für verbundene Stichproben zur Anwendung. Zusätzlich wurde als nonparametrisches Verfahren auch der Wilcoxon-Test eingesetzt.
- Bei Vorher-Nachher-Vergleichen unter Einbeziehung zweier unabhängiger Gruppen wurde eine zweifache Varianzanalyse durchgeführt.
- Zur Bestimmung von Zusammenhängen zwischen zwei Variablen wurde die Produkt-Moment-Korrelation (Pearson) verwendet, zusätzlich die verteilungsfreie Rang-Korrelation (Spearman).
- Zur Ermittlung der Art des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen bzw. zur Vorhersage der Werte einer abhängigen Variablen aus den Werten unabhängiger Variablen wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Aufgrund der dichotomen Skalierung der abhängigen Variable wurde das Verfahren der binär-logistischen Regression eingesetzt.

### c) Verwendete Effektstärken

Um zu prüfen, ob ein statistisch signifikantes Ergebnis auch praktisch bedeutsam ist, wurden immer zusätzlich Effektstärken berechnet (Sedlmeier & Renkewitz, 2008). Die Interpretation kleiner, mittlerer und großer Effekte sind Tabelle 4.5 zu entnehmen. Als Maß für die Effektstärke wurden je nach statistischem Verfahren herangezogen:

- bei  $\chi^2$ -Tests:  $w$   
 $w$  entspricht dem von SPSS ausgegebenen  $\phi$ -Korrelationskoeffizienten (Bühner & Ziegler, 2009)
- bei Fisher-Tests:  $w$  des  $\chi^2$ -Tests
- bei t-Tests für unabhängige Stichproben:  $g$

$$g = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\hat{\sigma}_p} \quad (\text{Bühner \& Ziegler, 2009})$$

mit  $\bar{x}_1$  = Mittelwert Gruppe 1,  $\bar{x}_2$  = Mittelwert Gruppe 2 und  $\hat{\sigma}_p$  = gepoolte Standardabweichung für die Grundgesamtheit aus beiden Stichproben geschätzt

Gepoolte Standardabweichung:

$$\hat{\sigma}_p = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) \cdot \hat{\sigma}_1^2 + (n_2 - 1) \cdot \hat{\sigma}_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

$\hat{\sigma}_1$  = Standardabweichung Gruppe 1 für die Grundgesamtheit aus der Stichprobe geschätzt

$\hat{\sigma}_2$  = Standardabweichung Gruppe 2 für die Grundgesamtheit aus der Stichprobe geschätzt

$n_1$  = Stichprobengröße Gruppe 1

$n_2$  = Stichprobengröße Gruppe 2

Es wurde die gepoolte Standardabweichung verwendet, da die beiden Gruppen nicht gleich groß sind und es sich bei den ZW-Hausärzten bzw. den Fachärzten nicht um eine echte Kontrollgruppe handelt (Bühner & Ziegler, 2009).

- bei U-Tests:  $g$  des t-Tests für unabhängige Stichproben  
Es sind keine etablierten Effektmaße für den U-Test verfügbar. Eine grobe Schätzung der Power ist anhand der Effektstärke des parametrischen Tests (t-Test für unabhängige Stichproben) möglich, wobei das meist zu einer Überschätzung der Power führt (Sedlmeier & Renkewitz, 2008).
- bei Korrelationen: der Korrelationsquotient  $r$  bzw.  $r_s$  selbst (Bortz, 1993)
- bei t-Tests: für verbundene Stichproben:  $g$   
$$g = \frac{t}{\sqrt{n}} \quad (\text{Sedlmeier \& Renkewitz, 2008})$$
- bei Wilcoxon-Tests:  $g$  des t-Tests für verbundene Stichproben  
Es sind keine etablierten Effektmaße für den Wilcoxon-Test verfügbar. Eine grobe Schätzung der Power ist anhand der Effektstärke des parametrischen Tests (t-Test für abhängige Stichproben) möglich, wobei das meist zu einer Überschätzung der Power führt (Sedlmeier & Renkewitz, 2008).
- bei Varianzanalysen:  $\eta^2$ , von SPSS ausgegeben (Bühner & Ziegler, 2009)
- bei Regressionsanalysen: Nagelkerkes  $r^2$ , von SPSS ausgegeben (Field, 2013)

Tabelle 4.5  
*Interpretation der Effektstärken (Sedlmeier & Renkewitz, 2008)*

Test	Effektstärke Maße	Effekt		
		klein	mittel	groß
$\chi^2$ -Test	$w$	0.1	0.3	0.5
Fisher-Test	siehe $\chi^2$ -Test			
t-Test für unabhängige Stichproben	$g$	0.2	0.5	0.8
U-Test	siehe t-Test für unabhängige Stichproben			
Korrelationen	$r$ bzw. $r_s$	0.1	0.3	0.5
t-Test für verbundene Stichproben	$g$	0.2	0.5	0.8
Wilcoxon-Test	siehe t-Test für verbundene Stich- proben			
Varianzanalyse	$\eta^2$	0.01	0.06	0.14
Regressionsanalyse (Gray & Kinnear, 2012)	Nagelkerkes $r^2$	$0.01 \leq r^2$ < 0.09	$0.09 \leq r^2$ < 0.25	$r^2 \geq 0.25$

#### d) Zweiseitige oder einseitige Testung

Da keine gerichteten Hypothesen formuliert wurden, wurde grundsätzlich zweiseitig getestet.

#### e) Signifikanzniveau

Das Signifikanzniveau wurde auf .05 festgelegt.

#### f) Darstellung

Die Darstellung von Signifikanzangaben orientiert sich an den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2007).

## 5. Ergebnisse und Interpretation

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse werden jeweils kurz interpretiert. Am Ende jedes Abschnitts folgt erstens die Zusammenfassung der dargestellten Ergebnisse, das heißt i.d.R. die Zusammenfassung der Vorgehensweise der Hausärzte, und zweitens die Beantwortung des jeweiligen Teilaspekts der Fragestellung, das heißt die Schlussfolgerung aus den dargestellten Ergebnissen. Im Kapitel 6 erfolgt eine zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung.

Nicht alle im Rahmen der Studie gewonnenen Ergebnisse sind für die Fragestellungen relevant, daher wurden z.B. die Fragen aus den Fragebögen an die Hausärzte nicht mit einbezogen, die sich auf weiterführende Hilfen beziehen, oder die Fragen aus dem Anamnesebogen an Betroffene, die sich auf andere Erkrankungen beziehen.

Die Untergliederungen der Zusammenfassungen am Ende jedes Abschnitts des Ergebnisteils (Kapitel 5) entsprechen den Untergliederungen des Langtexts, so dass man für genauere Informationen schnell die entsprechende Stelle im Langtext finden kann. Die Beantwortungen der Teilaspekte der Fragestellung am Ende jedes Abschnitts (direkt im Anschluss an die Zusammenfassung) entsprechen jeweils den in Kapitel 3 dargestellten Zielvariablen.

Um die jeweilige Herkunft der Daten deutlich hervorzuheben (vgl. auch Abschnitt 4.2.2), werden die Daten der Ärzte bezüglich ihrer teilnehmenden Patienten und ihres diagnostischen und therapeutischen Vorgehens sowie die Angaben der Patienten und Angehörigen sowie die Angaben der Ärzte jeweils separat in eigenen Abschnitten dargestellt (vgl. Abb. 5.1).

<b>Akzeptanz</b>	5.1 Teilnehmende Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
<b>Qualität</b>	5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
<b>Akzeptanz</b>	5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf
<b>Akzeptanz</b>	5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
<b>Akzeptanz</b>	5.6 Aussagen der Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

Abbildung 5.1

*Übersicht über den Ergebnisteil mit Zuordnung der Abschnitte zu den Zielkriterien*

Bei patientenbezogenen Angaben werden die Daten der gesamten Patienten, aber auch die Daten der Untergruppen der Patienten mit und der Patienten ohne Demenzdiagnose dargestellt. Alle Abschnitte beinhalten die vergleichende Darstellung der beiden Ärztegruppen: SD-Hausärzte im Vergleich zu ZW-Hausärzten bzw. zu Fachärzten.

(1) Als erstes werden die teilnehmenden Hausärzte näher beschrieben (Abschnitt 5.1–Teilnehmende Hausärzte): Die Anzahl der teilnehmenden Ärzte und ihre Charakteristika zählen bereits zum Zielkriterium der „Akzeptanz der Hausärzte“, zeigt dies doch, wie viele und welche Ärzte bereit sind, sich näher mit dem Thema Demenzdiagnostik zu beschäftigen und an einer solchen Studie teilzunehmen.

(2) Danach folgt die Beschreibung der von den Hausärzten rekrutierten Patienten (d.h. Patienten aus der Klientel der Ärzte mit Verdacht auf Demenz) und deren Angehörigen (Abschnitt 5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige): Es wird dargestellt, wie viele und welche Patienten die SD- bzw. die ZW-Ärzte als Verdachtsfälle erkannten und in die Studie einschlossen, wie viele Patienten und Angehörigen die Studienteilnahme ablehnten oder im Verlauf abbrachen. Es handelt sich wiederum um Aussagen, die dem Zielkriterium der „Akzeptanz der Hausärzte“ zuzuordnen sind, da die Hausärzte für die Identifizierung und Rekrutierung der Patienten (und Angehörigen) im Rahmen der Studie zuständig waren.

(3) Der anschließende Abschnitt 5.3 (Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie) stellt die tatsächlich praktizierte ärztliche Vorgehensweise bei der Diagnostik der Patienten mit Verdacht auf Demenz und ggf. der Therapie dar: Welche Untersuchungen wurden durchgeführt, wie war die kognitive Leistungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose, welche Diagnose wurde gestellt, welche Therapie wurde eingeleitet. Es werden mögliche Einflussfaktoren auf die Entscheidungen der Ärzte überprüft und die Plausibilität der Diagnosen der SD-Hausärzte kontrolliert. Dieser Abschnitt bezieht sich demnach auf das Zielkriterium der „Qualität der Diagnostik und Therapie“.

(4) Das Rekrutierungsverhalten der Ärzte im Zeitverlauf (Abschnitt 5.4 Vorgehensweise der Hausärzte: Gewinnung von Patienten im Zeitverlauf) zeigt wiederum die „Akzeptanz der Hausärzte“ auf, indem beschrieben wird, zu welchen Phasen der Studie die Ärzte wie viele Verdachtsdiagnosen gestellt haben.

(5) Der nächste Abschnitt (5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen) erlaubt Aussagen zu „Akzeptanz der Hausärzte“, beinhaltet er doch Angaben von Patienten und Angehörigen selbst zur ärztlichen Versorgung. Er zeigt so unter anderem auf, wie lange vor der Diagnose bereits Symptome aufgefallen waren, welche Symptome neben der kognitiven Leistungsfähigkeit bestanden (z.B. Depressivität und Einschränkungen der Alltagskompetenz), ob diese zu familiären Belastungen geführt hatten und ob die Patienten bzw. die Angehörigen selbst oder aber die Ärzte eine Diagnostik angeregt haben.

(6) Schließlich kommen die Hausärzte selbst zu Wort und beantworten Fragen zum Thema Demenzdiagnostik und -therapie (5.6 Aussagen der Hausärzte), was die vorherigen objektiven Ergebnisse zu „Akzeptanz der Hausärzte“ aus subjektiver Sicht der Hausärzte ergänzt. Die Ärzte wurden nach ihrem Vorgehen und ihrer Einstellung zu Diagnostik und Therapie,

aber auch zu nicht-medikamentösen Hilfen und Zusammenarbeit mit weiteren Stellen befragt. Zudem hatten sie die Möglichkeit, Rückmeldungen zum Studienverlauf zu geben.

(7) Danach werden weitere Erkenntnisse aus der Studie geschildert (5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie), welche nicht in Zahlen und Fakten wiedergegeben werden können, aber nicht außen vor gelassen werden sollten. Hier werden z.B. die Erfahrungen der Projektmitarbeiter mit Ärzten und Patienten sowie persönliche Rückmeldungen der Haus- und Fachärzte im Verlauf der Studie aufgenommen. Diese Erkenntnisse sind auch am ehesten der „Akzeptanz der Hausärzte“ zuzuordnen.

Es fällt auf, dass die meisten Abschnitte zum Zielkriterium der „Akzeptanz der Hausärzte“ gehören und nur einer zum Zielkriterium der „Qualität der Diagnostik und Therapie“. Das liegt daran, dass das Kriterium der Akzeptanz wesentlich umfassender ist und aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden muss als das Kriterium der Qualität, das durch harte Fakten vergleichsweise einfacher bewertet werden kann. Wie aus der Länge des Abschnitts hergeht, wird das Zielkriterium der Qualität aber ebenfalls differenziert behandelt. Die Zuordnung der einzelnen Abschnitte zu den Zielkriterien der Akzeptanz und der Qualität sind Abbildung 5.1 zu entnehmen.

## 5.1 Teilnehmende Hausärzte

Dieser Abschnitt (vgl. Abb. 5.2) dient dazu, die teilnehmenden Hausärzte näher zu beschreiben. Zunächst werden der Beginn der Studie, in der Hausärzte für die Studienteilnahme gesucht wurden, und der Verlauf der Studie bezüglich der Studienteilnahmedauer der Hausärzte dargestellt, um die Akzeptanz der Hausärzte hinsichtlich des Versorgungsmodells und der Studienteilnahme sichtbar zu machen. Anschließend folgt eine Charakteristik derjenigen Ärzte, die sich für die Studienteilnahme entschieden haben.

<b>Akzeptanz</b>	5.1 Teilnehmende Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
<b>Qualität</b>	5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
<b>Akzeptanz</b>	5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf
<b>Akzeptanz</b>	5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
<b>Akzeptanz</b>	5.6 Aussagen der Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

Abbildung 5.2

*Einordnung des Abschnitts 5.1 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien*

Neben der ersten Teilantwort auf die Fragestellung der Akzeptanz liefert dieser Abschnitt die grundlegenden Informationen über das Probandenkollektiv der Hausärzte, das dieser Studie zugrunde liegt (Beschreibung der Stichprobe).

### 5.1.1 Anzahl der teilnehmenden Hausärzte

#### a) Erste Rekrutierungsphase

Von den insgesamt 300 kontaktierten Hausärzten Anfang 2008 nahmen 61 Hausärzte an der Studie teil: 35 entschieden sich für Arm 1 (SD) und 26 für Arm 2 (ZW). Darunter befanden sich in Arm 1 11 Ärzte aus Mainz, 14 aus Alzey und 10 aus Andernach, und in Arm 2 8 Ärzte aus Mainz, 11 aus Alzey und 7 aus Andernach.

Um etwa gleich große Hausarztgruppen (SD und ZW) zu erhalten, wurden 10 weitere ZW-Hausärzte aus den drei Regionen anhand von Telefonbuch-Einträgen zeitnah rekrutiert, so dass insgesamt 35 SD-Hausärzte (11 aus Mainz, 14 aus Alzey, 10 aus Andernach) und 36 ZW-Hausärzte (12 aus Mainz, 12 aus Alzey, 12 aus Andernach) teilnahmen. Ein Arzt entschied sich allerdings gleich zu Studienbeginn für einen Wechsel von Arm 1 zu Arm 2 (ZW statt SD, aus Andernach), so dass die Teilnehmer zum Studienbeginn im Juli 2008 aus 71 Hausärzten (34 SD und 37 ZW) bestanden.

Wie aus den Angaben hervorgeht, lehnten viele der kontaktierten Ärzte es ab, an der Studie teilzunehmen. Es gab drei wesentliche Gründe: 1. Die meisten Ärzte verweisen auf ihre eingeschränkten zeitlichen Ressourcen. 2. Andere begründeten die Ablehnung mit wenig Interesse für das Thema „Demenz“. 3. Ein weiterer häufiger Grund für eine Nicht-Teilnahme bezog sich auf ein notwendiges Einschlusskriterium: Nicht wenige Ärzte sahen die epidemiologisch adäquat bestimmte Anzahl von mindestens vier „neuen“ Demenzpatienten pro Jahr (vgl. Abschnitt 4.1.1.2) in ihrer Praxis als unrealistisch an. Auch andere Autoren berichten von Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Hausärzten (z.B. Kaduszkiewicz, Röntgen, Mossakowski & Bussche, 2009; Donath et al., 2010: nur ca. ein Viertel der angefragten Hausärzte nahm an der Studie teil).

In Bezug auf die Motiviertheit der Hausärzte muss hier ausdrücklich auf die Schwierigkeit hingewiesen werden, ausreichend Hausärzte für die Studienteilnahme zu gewinnen: Die Projektmitarbeiter mussten zunächst Kontakt zum Arzt herstellen, was sich im Praxisalltag über die Sprechstundenhilfe in nicht wenigen Praxen als problematisch herausstellte. Das hatte zur Folge, dass die Projektmitarbeiter oft mehrere Anläufe starten mussten. Und auch wenn der Kontakt bereits bestand, waren oft mehrere Nachfragen nötig, gaben viele Ärzte von sich aus nicht wie angekündigt eine Rückmeldung über die Entscheidung zur Teilnahme etc. Letztlich konnten aber genügend Hausärzte für die Studienteilnahme gewonnen werden. Insgesamt war es schwieriger, Hausärzte für das Selbst-Diagnostizieren (SD) als für das Zuweisen (ZW) zu gewinnen, was vermutlich zumindest teilweise auf den höheren Zeitaufwand für die angekündigte Schulung der selbst diagnostizierenden Hausärzte zurückzuführen ist. Man kann davon ausgehen, dass diejenigen Ärzte, die sich für die Schulung und das

Selbst-Diagnostizieren entschieden, mehr Motivation für den Bereich Demenzdiagnostik aufwiesen als diejenigen, die sich für das Zuweisen entschieden, und die natürlich wiederum mehr als diejenigen, die sich gegen eine Studienteilnahme entschieden.

Es kann auch nicht vollkommen ausgeschlossen werden, dass die Fallpauschalen (vgl. Abschnitt 4.1.1.2) ein Anreiz für die Studienteilnahme gewesen sind bzw. die unterschiedliche Höhe der Fallpauschalen die Entscheidung für Arm 1 (SD) oder Arm 2 (ZW) beeinflusst haben. Ebenso könnte die Vergabe von CME-Punkten an diejenigen Ärzte, die sich für die Schulung und das Selbst-Diagnostizieren entschieden hatten, eine Rolle gespielt haben. Weiterhin mag auch die Teilnahme der Pflegestützpunkte ein Anreiz für die Studienteilnahme (für beide Ärzteguppen) gewesen sein: Durch die psychosoziale Beratung der Patienten und Angehörigen durch die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte (Aufklärung über die Erkrankung, Verbesserung der Kommunikation, Informationen über die rechtliche Situation und Unterstützungsangebote sowie Vermittlung an regionale Stellen etc.) konnten die Hausärzte eine Entlastung für ihre eigene Arbeit erwarten.

### **b) Zweite Rekrutierungsphase**

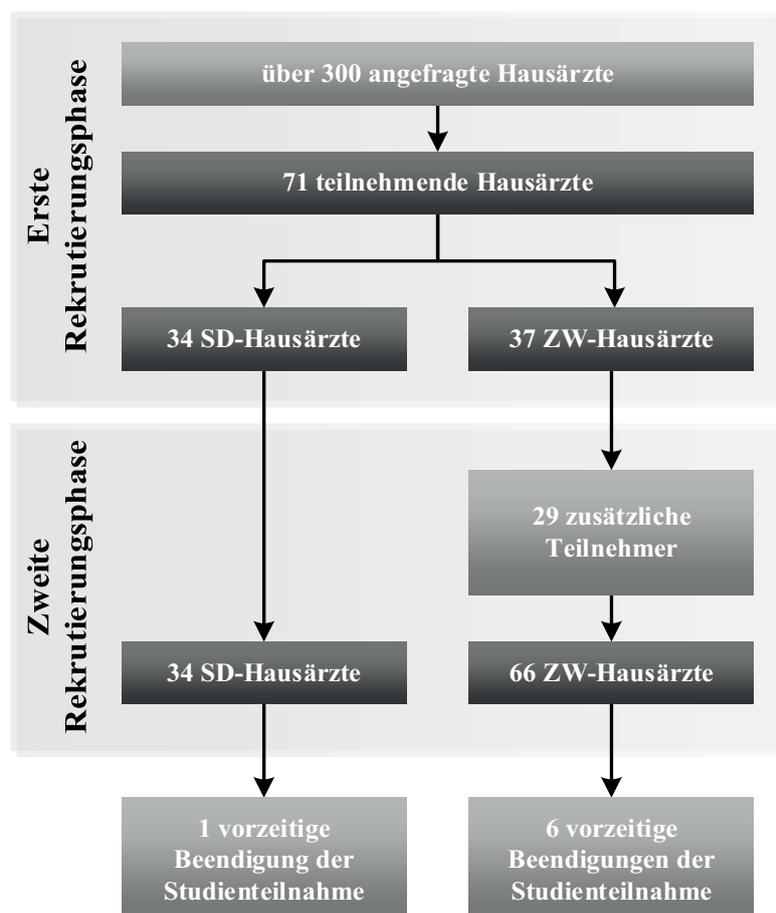
Da die Hausärzte – insbesondere die ZW-Hausärzte – weniger Patienten als erwartet für die Studienteilnahme gewonnen hatten, wurde drei Monate nach Studienbeginn (Ende September 2008) von der Projektleitung entschieden, weitere ZW-Ärzte für die Teilnahme an der Studie zu motivieren (für den zweiten Teil der Studie, den „Beratungsteil“, wurde eine bestimmte Anzahl von Patienten benötigt; vgl. Abschnitt 4.1.1.2). Damit ist die Freiwilligkeit der Zuordnung zu Arm 1 (SD) oder Arm 2 (ZW) zwar nicht mehr gegeben, es muss aber betont werden, dass nach dem Eindruck der Autorin, die für die Nachrekrutierung verantwortlich war, bei den nachrekrutierten Ärzten kein großes Interesse an dem mit mehr Aufwand verbundenem Arm 1 (SD) bestand: Einige der Ärzte, die nun kontaktiert wurden, waren diejenigen, die früher nicht auf die Anfragen der Projektmitarbeiter reagiert hatten. Auch konnten sich die Hausärzte für eine spätere Schulung vormerken lassen, dieses Angebot nahm aber kaum ein Arzt an. Die Ergebnisse des Fragebogens, der vor Beginn der Studie von den Ärzten beantwortet wurde, zeigen ebenfalls, dass es andere Gründe für die Entscheidung, nicht selbst zu diagnostizieren, gab (z.B. der Zeitaufwand, vgl. Abschnitt 5.6.1).

Im Rahmen der Nachrekrutierung wurde 47 Hausärzten die Studienteilnahme angeboten. 18 von ihnen nahmen nicht teil, doch weitere 29 ZW-Hausärzte konnten in die Studie aufgenommen werden (10 aus Mainz, 8 aus Alzey, 12 aus Andernach). Sie kamen zwischen dem dritten und dem achten Monat, im Mittel 4.50 Monate nach Studienbeginn hinzu.

Insgesamt nahmen folglich 100 Hausärzte an der Studie teil: 34 SD-Hausärzte und 66 ZW-Hausärzte, fast gleichmäßig auf die drei Regionen verteilt (vgl. Tab. 5.1). Zur Orientierung, ob Hausärzte im Allgemeinen die Diagnostik selbst übernehmen oder überweisen, kann eine Befragung von Riedel-Heller et al. (2000) herangezogen werden: 39 % der befragten deutschen Hausärzte gaben an, selbst zu diagnostizieren, 31 % zu überweisen, und 30 % gaben beide Möglichkeiten an.

### c) Studienteilnahmedauer

93 der insgesamt 100 teilnehmenden Ärzte blieben bis zum Ende der Studienzeit dabei (vgl. Abb. 5.3). Nur 7 Ärzte beendeten die Studienteilnahme vorzeitig: 6 Hausärzte lehnten im Studienverlauf die weitere Studienteilnahme ab (1 SD und 5 ZW; 2 aus Mainz, 1 aus Alzey und 3 aus Andernach) und ein Arzt gab seine Praxis auf (1 ZW aus Alzey). Als Gründe für den Abbruch der Studienteilnahme wurde z.B. ein zu hoher studienbezogener Zeitaufwand angegeben. Diese 7 Ärzte, die die Studienteilnahme vorzeitig beendeten, hatten zuvor zwischen 2 und 11 Monate lang, im Durchschnitt 6.14 Monate, an der Studie teilgenommen. Sie alle hatten während ihrer Studienteilnahme keinen Patienten rekrutiert. 2 von ihnen stammten aus der Gruppe der nachrekrutierten Ärzte. Die nachrekrutierten Ärzte nahmen im Schnitt 7.97 Monate teil.



*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte

Abbildung 5.3

*Flussdiagramm teilnehmende Hausärzte*

Da 29 Ärzte nachrekrutiert wurden und 7 Ärzte die Studienteilnahme im Verlauf abbrachen, nahmen folglich nicht alle Hausärzte über den gesamten Studienzeitraum von 13 Monaten teil, sondern nur 66 (33 SD- und 33 ZW-Ärzte). Die Studienteilnahmedauer insgesamt betrug durchschnittlich 11.14 Monate.

#### d) Teilnahme an der Nachschulung

Nach der Hälfte des Studienzeitraums wurden vom Studienzentrum Nachschulungen für die Hausärzte und die medizinischen Fachangestellten organisiert (vgl. Abschnitt 4.1.2.3). Dieses Angebot nutzten nur wenige Hausärzte und medizinische Fachangestellte: 13 Ärzte (10 SD, 3 ZW) und 7 Angestellte (6 SD, 1 ZW). Die SD-Hausärzte und deren Personal waren hier stärker vertreten, was mit den Anforderungen und Erfahrungen der eigenständigen Diagnosestellung zusammenhängen dürfte.

Insgesamt nahm die Autorin während der Studie nur bei einem kleineren Teil der Ärzte, die sich zur Studienteilnahme bereit erklärt hatten, großes Interesse wahr. Bei der Mehrheit mussten die Projektmitarbeiter sich sehr bemühen, den Studienablauf trotz eingeschränkter Zeitfenster sicherzustellen, die notwendigen Daten und Unterschriften zu erhalten, Termine zu finden usw.

### 5.1.2 Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte

Tabelle 5.1

*Charakteristika aller teilnehmenden Hausärzte*

	SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Anzahl	34	34	66	66	100	100
<u>Region</u>						
- Mainz	11	32.4	22	33.3	33	33
- Alzey	14	41.2	20	30.3	34	34
- Andernach	9	26.5	24	36.4	33	33
<u>Praxisform</u>						
- EP	14	41.2	43	65.2	57	57
- GP	20	58.8	23	34.8	43	43
<u>Geschlecht</u>						
- Männlich	16	47.1	47	72.7	64	64
- Weiblich	18	52.9	18	27.3	36	36

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl. EP: Einzelpraxis. GP: Gemeinschaftspraxis oder Versorgungszentrum.

In diesem Abschnitt werden die teilnehmenden Hausärzte bzw. ihre Praxen näher beschrieben: Neben der Angabe des Geschlechts der Hausärzte werden die Region, in der sie praktizierten, und die gewählte Praxisform angegeben (vgl. Tab. 5.1).

### a) Region

100 Hausärzte nahmen insgesamt an der Studie teil: 34 SD- und 66 ZW-Ärzte. Ihre Praxen verteilen sich relativ gleichmäßig auf die drei teilnehmenden Regionen, es ergibt sich diesbezüglich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Ärztegruppen ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ).

Ursprünglich war ein Vergleich zwischen den drei teilnehmenden Regionen hinsichtlich städtischer und ländlicher Versorgungsstrukturen geplant, so dass eine vergleichbare Verteilung zwischen den Regionen angestrebt wurde. Aufgrund der zu geringen Anzahl teilnehmender Patienten wurde das nicht weiter verfolgt.

### b) Praxisform

In der Studie beträgt der Anteil der Hausärzte in Gemeinschaftspraxen 43 %, ist damit höher als im Durchschnitt in Deutschland (29 %, Höppner & Maarse, 2003). Bei den SD-Hausärzten überwiegt der Anteil der Gemeinschaftspraxen mit 59 % gegenüber den Einzelpraxen mit 41 %. Die beiden Gruppen unterscheiden sich bezüglich der Praxisform signifikant voneinander ( $\chi^2(1) = 5.26$ ,  $p = .022$ ;  $w = .229$ ): Die ZW-Ärzte stammten seltener aus Gemeinschafts- als aus Einzelpraxen (35 zu 65 %). Denkbar wäre, dass Hausärzte, die in Gemeinschaftspraxen tätig sind, sich häufiger oder intensiver mit Kollegen austauschen und beraten als Ärzte aus Einzelpraxen.

Weil aus manchen Praxen 2 oder mehrere Ärzte teilnahmen, stammten die Ärzte insgesamt aus 87 Praxen: Die 34 SD-Hausärzte stammten aus 14 Einzelpraxen und 13 Gemeinschaftspraxen. Die 66 ZW-Hausärzte stammten aus 43 Einzelpraxen und 17 Gemeinschaftspraxen.

### c) Geschlecht

Bei den SD-Hausärzten war das Geschlechterverhältnis mit 47 % Männern und 53 % Frauen relativ ausgeglichen. In der Gruppe der ZW-Hausärzte waren mehr Männer als Frauen (73 zu 27 %). Es gab somit einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Ärztegruppen bezüglich des Geschlechts ( $\chi^2(1) = 6.42$ ,  $p = .016$ ;  $w = .253$ ).

Insgesamt handelt es sich bei der Mehrheit der teilnehmenden Ärzte um Männer (64 %), nur 36 % waren Frauen. Allerdings sind Frauen in der Allgemeinmedizin in Deutschland generell unterrepräsentiert: Nur 41 % der Allgemeinmediziner – zu denen die meisten Hausärzte zählen – sind weiblich (Kopetsch, 2010). Auch in anderen Studien zur Demenzdiagnostik in Hausarztpraxen nahmen mehr Männer als Frauen teil (z.B. Riedel-Heller et al., 2000; Pentzek et al., 2009).

Es fällt auf, dass sich die Frauen in der vorliegenden Studie vergleichsweise häufig für den Weg des Selbst-Diagnostizierens entschieden. Möglicherweise sind Frauen tendenziell stärker als Männer motiviert, sich besonders aktiv in die Demenzversorgung mit einzubrin-

gen – möglicherweise aufgrund einer stärker ausgeprägten sozialen, empathischen Haltung den Patienten und den Angehörigen gegenüber. Dies entspricht den in Forschungsarbeiten ermittelten Geschlechtsunterschieden im Bereich der Empathie (vgl. zusammenfassend Bischof-Köhler, 2011). Zu diesem Bild von empathieorientierten Ärztinnen passen auch Befunde der Literatur, in denen (geringe) geschlechtsspezifische Unterschiede im Bereich der ärztlichen Demenzversorgung angegeben werden: „Ärztinnen wünschten etwas stärker Leitlinien zur Demenzerkrankung als Ärzte“ (Kaduszkiewicz et al., 2007, S. 18). Ärztinnen „benutzten bei der Aufklärung etwas seltener den Begriff Demenz“ (Kaduszkiewicz et al., 2007, S. 18), „felt more strongly that the patients react with shame when confronted with cognitive decline ( $p < 0.01$ ) or tended to regard disclosure as more harmful ( $p < 0.05$ ) compared to male doctors“ (Kaduszkiewicz, Bachmann et al., 2008, S. 223).

Es bietet sich an, an dieser Stelle die Praxisform (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis) zum Geschlecht der Ärzte in Beziehung zu setzen. Der größere Anteil an Gemeinschaftspraxen bei den SD-Hausärzten und der vergleichsweise größere Frauenanteil bei den SD-Hausärzten hängt zusammen: Bei den SD-Hausärzten aus Gemeinschaftspraxen handelt es sich vergleichsweise oft um Frauen und weibliche SD-Hausärzte stammen vergleichsweise oft aus Gemeinschaftspraxen. Dass Frauen sich eher für Gemeinschaftspraxen entscheiden, kann auf ihren Wunsch nach kollegialem Austausch zurückzuführen sein. Aber auch pragmatische Gründe wie Kostenteilung oder die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit können dafür ausschlaggebend sein.

### **5.1.3 Kernaussagen des Abschnitts 5.1**

Im Folgenden werden die Ergebnisse von 5.1 zusammenfassend dargestellt, wobei die Unterüberschriften den vorangegangenen Kapiteln entsprechen. Zudem wird als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Teilaspekt der Fragestellung beantwortet, der sich auf die Variable „Anzahl und Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte“ – und damit auf die Akzeptanz des Versorgungsmodells – bezieht.

#### **5.1.3.1 Zusammenfassung „Teilnehmende Hausärzte“ und Interpretation**

##### **Anzahl der teilnehmenden Hausärzte**

Insgesamt war es schwierig, die Hausärzte zur Studienteilnahme zu motivieren. Dabei war es einfacher, Ärzte für die Gruppe der Zuweisenden (ZW) als für die Gruppe der Selbst-Diagnostizierenden (SD) zu gewinnen. Schließlich nahmen aber genug Ärzte teil. Aufgrund der geringen Patientenzahlen wurden nach einigen Monaten weitere ZW-Hausärzte in die Studie aufgenommen. Insgesamt nahmen von über 350 angefragten Hausärzten 100 Hausärzte teil: 34 SD-Hausärzte und 66 ZW-Hausärzte. Nur 7 Ärzte beendeten frühzeitig die Studienteilnahme.

### **Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte**

Die 100 teilnehmenden Hausärzte verteilten sich ungefähr gleich auf die drei rheinland-pfälzischen Regionen. 34 von ihnen entschieden sich dafür, selbst zu diagnostizieren, 66 nahmen als zuweisende Hausärzte teil. 57 stammten aus Einzelpraxen, 43 aus Gemeinschaftspraxen, womit der Anteil an Gemeinschaftspraxen in der Studie höher ist als allgemein in Deutschland. Bei den SD-Hausärzten überwog der Anteil an Gemeinschafts-, bei den ZW-Hausärzten an Einzelpraxen. Es nahmen 64 männliche und 36 weibliche Hausärzte teil, was in etwa der allgemeinen Geschlechterverteilung der Ärzte in Deutschland und der Verteilung in anderen Studien zur Demenzdiagnostik durch Hausärzte entspricht. Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil an Frauen unter denjenigen Hausärzten, die sich für das Selbst-Diagnostizieren entschieden haben. Der vergleichsweise hohe Anteil an Gemeinschaftspraxen bei den SD-Hausärzten hängt mit dem hohen Anteil weiblicher Hausärzte unter den SD-Hausärzten zusammen.

#### **5.1.3.2 Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Anzahl und Charakteristika teilnehmender Hausärzte“**

Die erste Teilantwort auf die Frage der Akzeptanz, die die Variable „Anzahl und Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte“ betrifft (vgl. Tab. 3.1), fällt eher gemischt aus: Die Mehrheit der angefragten Hausärzte zeigte eine geringe Akzeptanz bezüglich des Versorgungsmodells im Rahmen der Studie, indem sie eine Studienteilnahme ablehnten. Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Hausärzten sind auch aus anderen Studien bekannt. Die meisten Hausärzte gaben Zeitmangel als Grund für die Ablehnung an. Zum Teil können daher die bekanntermaßen geringen zeitlichen Ressourcen von Hausärzten als Erklärung für die Ablehnung der Studienteilnahme herangezogen werden, gleichwohl wird aber offenkundig, dass viele Hausärzte kein Interesse daran hatten, im Rahmen einer Studie Zeit für die Frühversorgung von Demenzpatienten zu investieren. Andere gaben direkt an, sich zu wenig für dieses Thema zu interessieren. Andere hielten vier „neue“ Demenzpatienten im Jahr – was einem der Einschlusskriterien entspricht – für ihre Klientel für unrealistisch, was an sich schon Rückschlüsse auf die Akzeptanz der Hausärzte bzgl. Demenzdiagnostik zulässt, da sie statistisch gesehen mehr als diese Anzahl an neuen Demenzpatienten pro Jahr in ihrer Klientel haben müssten. So liegt die Vermutung nahe, dass sie im Allgemeinen zu selten eine Diagnostik einleiten, denn sonst hätten sie das Kriterium von vier Demenzpatienten pro Jahr nicht als unrealistisch bewerten können. Insgesamt lässt sich bei einer Ablehnung der Studienteilnahme aber nicht beurteilen, ob die Ärzte generell nicht an einer Studie teilnehmen wollten oder die spezielle Studie oder das spezielle Thema der Studie sie nicht ansprach. Klar ist aber, dass viele Ärzte (nämlich ca. zwei Drittel der insgesamt Angefragten) eher ablehnend reagierten und keine Notwendigkeit zur Teilnahme an einer Studie zur frühzeitigen Demenzdiagnostik sahen. Die Gründe hierfür (z.B. ob die Ärzte das Versorgungsmodell grundsätzlich ablehnen und daher von den Vorteilen überzeugt werden müssen oder ob sie es

eigentlich bejahen und sie „nur“ bei der Umsetzung Hindernisse sehen) sollten in weiteren Studien anhand qualitativer Interviews untersucht werden.

Von all diesen angefragten Hausärzten hebt sich ein Drittel positiv ab: 100 Hausärzte konnten für die Studienteilnahme gewonnen werden und brachten damit ihr Interesse für eine frühzeitige Demenzdiagnostik zum Ausdruck. Das lässt auf die grundlegende Akzeptanz des Versorgungsmodells und der Studienbedingungen seitens der teilnehmenden Hausärzte schließen. Von diesen 100 Ärzten nahmen fast alle, nämlich 93, bis zum Ende der Studie teil, was die anhaltende Akzeptanz der Ärzte zeigt. Einschränkend muss aber hervorgehoben werden, dass im Verlauf der Studie bei vielen Ärzten durch die Projektmitarbeiter immer wieder „Motivationsarbeit“ geleistet werden musste – welche nicht die Studienteilnahme als solche, sondern die Aktivitäten innerhalb der Studie betraf. Die eingeschränkte Motivation der Hausärzte wurde z.B. durch die Schwierigkeiten der Projektmitarbeiter den Studienablauf mit den Hausärzten sicherzustellen deutlich und könnte auch ein Grund für die geringe Teilnahme der Hausärzte an der Nachschulung gewesen sein. Es gab aber auch Ärzte, die sich von Anfang an sehr für die Studie engagierten. Insgesamt kann festgestellt werden: Grundlegende Akzeptanz für das Versorgungsmodell und die Studie war bei den teilnehmenden Ärzten dauerhaft vorhanden, Akzeptanz im Sinne der aktiven praktischen Umsetzung war nur eingeschränkt festzustellen.

Obwohl es zu Studienbeginn zunächst so schien, dass sich die Hausärzte eher für Arm 1 (SD) interessierten, zeigte sich im Verlauf der Rekrutierung dann doch deutlich, dass es einfacher war, Hausärzte für den Weg des Zuweisens (ZW) zu gewinnen, der weniger zeitlichen Aufwand und weniger diagnostische Kompetenz erforderte. Die Akzeptanz der teilnehmenden Hausärzte war demnach bezüglich des Überweisens an Fachärzte höher als bezüglich des Selbst-Diagnostizierens.

Hausärztinnen entschieden sich prozentual gesehen häufiger für den aufwändigeren Weg des Selbst-Diagnostizierens als ihre männlichen Kollegen, wiesen also eine höhere Akzeptanz für das Selbst-Diagnostizieren auf. Es ist denkbar, dass Ärztinnen tendenziell motivierter sind, sich aufgrund einer geschlechtsspezifischen Empathieorientierung besonders aktiv in die Demenzversorgung einzubringen. In der Literatur werden jedoch kaum geschlechtsspezifische Unterschiede im Bereich der ärztlichen Demenzversorgung angegeben.

Insgesamt ergibt sich die Notwendigkeit einer stärkeren Sensibilisierung der Hausärzte für die Thematik der frühen Demenzdiagnostik.

## **5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige**

Dieser Abschnitt (vgl. Abb. 5.4) enthält Aussagen darüber, wie viele Patienten die Hausärzte in die Studie eingeschlossen haben, indem sie eine Verdachtsdiagnose bezüglich einer de-

menziellen Erkrankung gestellt haben. Die Anzahl der Patienten zeigt, wie aktiv die Ärzte an der Studie teilgenommen haben. Zudem werden die teilnehmenden Patienten und Angehörigen näher beschrieben – insgesamt und getrennt in die Subgruppen der Patienten mit späterer Demenzdiagnose und der Patienten, bei denen der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung entkräftet wurde –, was wiederum Rückschlüsse darauf zulässt, welche Patienten die Ärzte als mögliche Demenzpatienten identifizieren. Auch Häufigkeit und Gründe für Studienablehnung bzw. -abbruch durch Patienten und Angehörige werden dargestellt.

Dieser Abschnitt ist auch die Grundlage für den nachfolgenden Abschnitt 5.3, beschreibt er doch, auf wie viele Patienten mit welcher Charakteristik von wie vielen Hausärzten welcher Gruppe sich die Vorgehensweise der Hausärzte bei der anschließenden Demenzdiagnostik bezieht.

<b>Akzeptanz</b>	5.1 Teilnehmende Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
<b>Qualität</b>	5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
<b>Akzeptanz</b>	5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf
<b>Akzeptanz</b>	5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
<b>Akzeptanz</b>	5.6 Aussagen der Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

Abbildung 5.4

*Einordnung des Abschnitts 5.2 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien*

### 5.2.1 Anzahl teilnehmender Patienten und Angehöriger

Das Studienzentrum erhielt von den Hausärzten Daten von 168 Patienten (vgl. Abb. 5.5). Davon erfüllten 156 die Ein- und Ausschlusskriterien, davon konnte bei 151 die Diagnostik letztlich abgeschlossen werden: 92 Patienten erhielten die Diagnose Demenz, 59 erhielten eine andere Diagnose (Nicht-Demenz).

Bezogen auf die beiden einzelnen Hausärztegruppen stellt sich die Situation folgendermaßen dar:

- Patienten der SD-Hausärzte

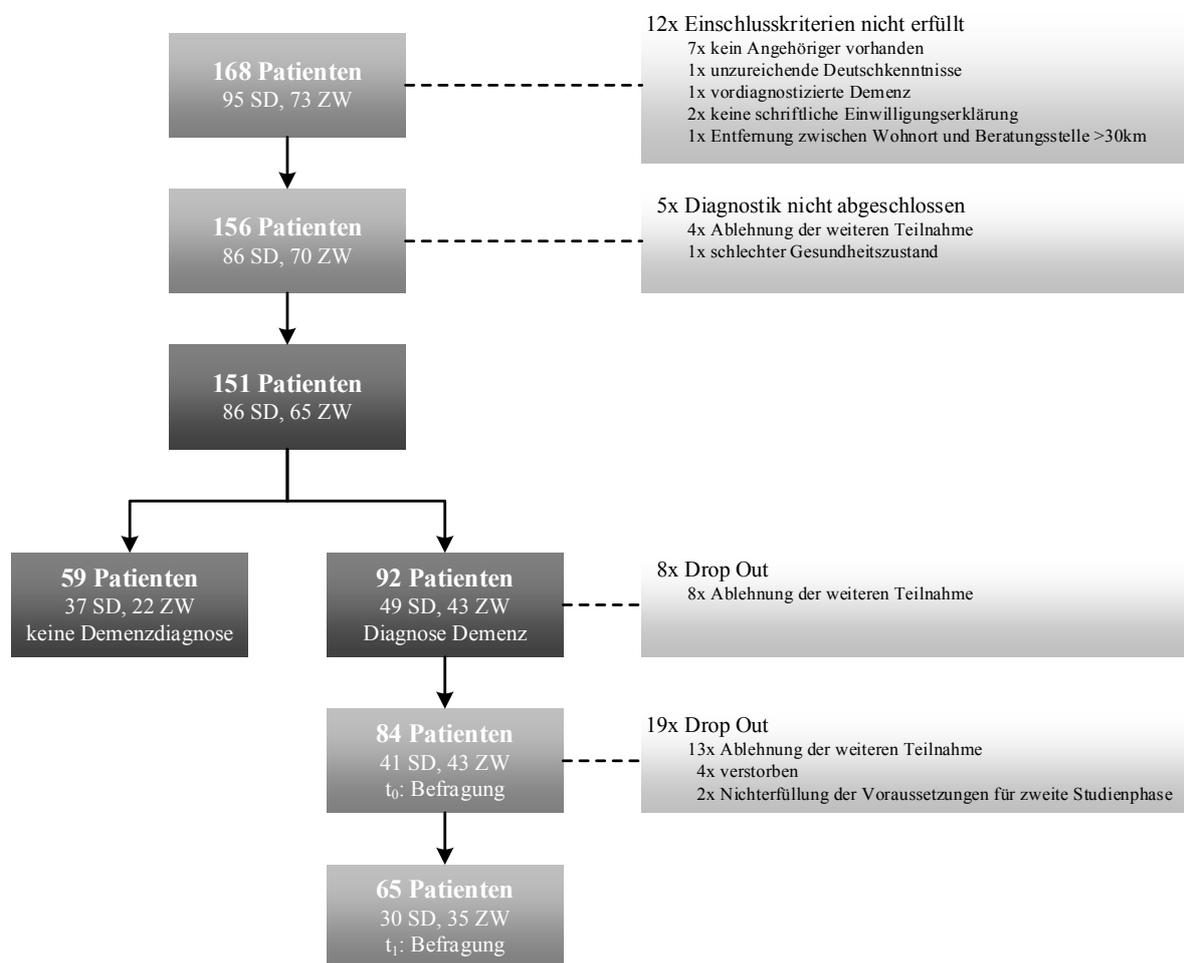
Von den SD-Hausärzten wurden die Daten von 95 Patienten an die Projektmitarbeiter zur Teilnahme weitergeben. 86 dieser Patienten wurden in die Studie aufgenommen, da die Voraussetzungen zur Studienteilnahme erfüllt waren, das heißt die schriftlichen Einwilligungen von Patienten und Angehörigen in die Studienteilnahme lagen vor und die Ein- und Ausschlusskriterien waren erfüllt. Bei allen 86 Patienten der

SD-Hausärzte konnte die Diagnostik abgeschlossen werden, 49 von ihnen erhielten die Diagnose Demenz.

- Patienten der ZW-Hausärzte

Die ZW-Hausärzte lieferten Daten von 73 Patienten. Von 70 davon waren die Studiene Voraussetzungen erfüllt. Bei 5 dieser Patienten kam es nicht zu einer Diagnose, weil die Patienten nicht zu weiteren Diagnostikterminen im Facharztzentrum bereit waren oder ihr Gesundheitszustand das nicht zuließ. Folglich kam es bei 65 Patienten der ZW-Hausärzte zu einer Diagnosestellung, davon erhielten 43 die Diagnose Demenz.

Die Prüfung möglicher Unterschiede zwischen den Ärzteguppen bezüglich der Häufigkeit positiver und negativer Demenzdiagnosen folgt in Abschnitt 5.3.1.3.



*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. t0: erster Messzeitpunkt. t1: zweiter Messzeitpunkt.

Abbildung 5.5

*Flussdiagramm teilnehmende Patienten*

### 5.2.2 Nicht-Teilnahme an der Studie durch Patienten und Angehörige

#### a) Angaben der Hausärzte: Gründe für die Nicht-Teilnahme von Patienten mit Verdacht auf Demenz und von ihren Angehörigen

Die Ärzte waren zu Beginn der Studie gebeten worden, im Verlauf der Studie die Anzahl derjenigen Patienten und Angehörigen zu dokumentieren, die eine Studienteilnahme ablehnten, und auch deren Gründe. Nach der Studie stellte sich allerdings heraus, dass fast kein Arzt dieser Aufforderung nachgekommen war. Daher wurde die Frage den Ärzten im Anschluss an die Rekrutierungszeit erneut gestellt. 26 SD- und 51 ZW-Hausärzte, also insgesamt 77 der 100 Ärzte, beantworteten die Frage. Die Antworten sind Tabelle 5.2 zu entnehmen.

Tabelle 5.2

*Angaben der Hausärzte (n = 77): Gründe für die Nicht-Teilnahme von Patienten und Angehörigen – vergleichend in beiden Ärzteguppen*

	SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
„Sicherlich haben nicht alle Ihrer Patienten mit Verdacht auf Demenz innerhalb des Studienzeitraums an der Studie teilgenommen. Woran lag das?“ (mehrere Antworten möglich)						
- Fehlen eines betreuenden Angehörigen	17	65.4	19	37.7	36	46.8
- Leben in einer Pflegeinstitution	16	61.5	31	60.8	47	61.0
- Fehlende Mobilität beim Patienten / Angehörigen	10	38.5	18	35.3	28	36.4
- Unzureichende Deutschkenntnisse beim Patienten / Angehörigen	5	19.2	9	17.6	14	18.2
- Bestehen einer vordiagnostizierten Demenz	20	76.9	37	72.5	57	74.0
- Hoher Aufwand durch Arzt bzw. medizinische Fachangestellte	5	19.2	9	17.6	14	18.2
- Ablehnung des Patienten / Angehörigen	20	76.9	29	56.9	49	63.6
- Sonstiges	1	3.8	6	11.8	7	9.1

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. n: Anzahl.

Die Hausärztegruppen unterschieden sich bis auf den ersten Punkt, „Fehlen eines betreuenden Angehörigen“ (65.4 % SD vs. 37.3 % ZW;  $\chi^2(1) = 5.47, p = .019; w = .267$ ) (Fisher-Test,  $p = .029$ ), und einer Tendenz beim Aspekt „Ablehnung des Patienten / Angehörigen“ (76.9 % SD vs. 56.9 % ZW,  $\chi^2(1) = 2.30, p = .084; w = .084$ ) nicht ( $\chi^2$ -, Fisher-Test,  $p > .05$ ). Die ersten Aspekte („Fehlen eines betreuenden Angehörigen“ bis „Bestehen einer vordiag-

nostizierten Demenz“) entsprechen den Ein- und Ausschlusskriterien der Studie, die offensichtlich nicht immer zu erfüllen waren. Als weiterer Grund wurde von ca. 19 % der SD-Ärzte der hohe Aufwand für den Arzt bzw. die Angestellten genannt, der mit der Studie verbunden war, das heißt nicht allen Patienten, die die Voraussetzungen erfüllt hätten, wurde wegen des Aufwandes von den Ärzten eine Studienteilnahme angeboten. Da es hierbei aber keinen Unterschied zwischen den Ärzteguppen gab, lag das vermutlich nicht (oder nicht nur) am diagnostischen Aufwand (den nur die SD-Hausärzte hatten), sondern an studienspezifischen Anforderungen, z.B. Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien oder Einholen der Einwilligungserklärungen. „Sonstiges“ wurde von den SD-Hausärzten nur einmal genannt, von den ZW-Hausärzten wurde darunter z.B. „fehlende Motivation der Arztes“ / „Arzt hat keine Patienten gefragt“ und „überfülltes Wartezimmer“ angegeben.

Auffällig ist die hohe Zahl der Hausärzte (ca. 64 %), die angaben, dass Ablehnungen durch die Patienten bzw. Angehörigen erfolgt sind. Dieser Aspekt wird im Folgenden noch genauer analysiert.

## **b) Angaben der Hausärzte: Ablehnung seitens der Patienten und Angehöriger**

### **Anzahl der ablehnenden Patienten und Angehörigen**

64 % der Hausärzte gaben an, dass sie Patienten hatten, die bzw. deren Angehörige eine Studienteilnahme abgelehnt hatten ( $n = 49$ ; vgl. Tab. 5.2). Die Anzahl der Ablehnungen wurde durch eine offene Frage erfasst, 44 Hausärzte (20 SD, 24 ZW) machten hierzu Angaben: Insgesamt lehnten 80 Patienten bzw. Angehörige der SD-Hausärzte die Studienteilnahme nach Einschätzung der Ärzte ab, bei den ZW-Hausärzten waren es 150. Damit gab es deutlich mehr Ablehnungen als Teilnahmeerklärungen durch die Patienten bzw. die Angehörigen, nämlich über ein Drittel mehr. Obwohl tendenziell mehr SD- als ZW-Hausärzte angaben, dass Ablehnungen von Patienten und Angehörigen eine Rolle spielten (siehe oben), zeigt die Anzahl der ablehnenden Patienten und Angehörigen doch, dass mehr Patienten der ZW-Hausärzte bzw. ihre Angehörigen es ablehnten, an der Studie teilzunehmen.

Durchschnittlich lehnten pro SD-Hausarzt 4.0 Patienten / Angehörige ( $s = 3.58$ ,  $n = 20$ ), pro ZW-Hausarzt 6.25 ( $s = 5.78$ ,  $n = 24$ ) nach Angaben der Ärzte die Studienteilnahme ab, wobei es eine große Bandbreite in den Antworten gab (SD: 1 - 15, ZW: 1 - 20); die Hälfte der SD-Hausärzte gaben nur einen oder 2 Patienten an (Median 2.5, Modi 1 und 2), 80 % der ZW-Hausärzte gaben maximal 7 Patienten an (Median 5, Modus 5). Will man bei den Ärzten, bei denen die Ablehnung durch Patienten und Angehörige eine Rolle spielte, die durchschnittliche Anzahl ablehnender Patienten vergleichen, können allerdings nur diejenigen Hausärzte berücksichtigt werden, die über den gesamten Studienzeitraum teilnahmen ( $n = 37$ ): Pro SD-Hausarzt lehnten dann mit durchschnittlich 4.0 Patienten ( $s = 3.58$ ) signifikant weniger Patienten eine Studienteilnahme ab als pro ZW-Hausarzt mit 7.59 ( $s = 6.24$ ;  $t(4.61) = -2.10$ ,  $p = .046$ ,  $g = .722$ ; U-Test,  $p = .039$ ).

### Ablehnung durch Patienten oder durch Angehörige

Weiterhin wurde erfragt, ob die Ablehnung überwiegend durch die Patienten oder die Angehörigen erfolgte. Die Antworten liegen von 48 Ärzten vor. Die SD-Hausärzte gaben an, dass die Ablehnung in 68 % von den Patienten ( $n = 13$ ), in 5 % von den Angehörigen ( $n = 1$ ) und in 26 % von beiden ausging ( $n = 5$ ). Die ZW-Hausärzte gaben in 62 % die Patienten ( $n = 18$ ), in 21 % die Angehörigen ( $n = 6$ ) und in 17 % beide an ( $n = 5$ ). Es ergibt sich kein statistischer Unterschied zwischen den beiden Ärzteguppen ( $\chi^2$ -Test,  $p > 0.05$ ). Meistens ging die Ablehnung demnach von den Patienten aus, allerdings ist den Projektmitarbeitern bekannt, dass viele Ärzte die Angehörigen gar nicht mehr gefragt haben, wenn die Patienten bereits abgelehnt hatten. Hier muss natürlich das Selbstbestimmungsrecht der Patienten berücksichtigt werden, andererseits wäre die Studie eine gute Möglichkeit gewesen, die Angehörigen in die Entscheidung für oder gegen eine Diagnostik oder den Diagnoseprozess mit einzubeziehen. Auf diese Weise könnten vielleicht mehr Patienten vom Nutzen der Diagnostik überzeugt werden, die Angehörigen für die Erkrankung sensibilisiert oder auch entlastet werden, der Arzt erhielte zusätzliche Informationen über Symptome seines Patienten und eine umfassende Versorgung könnte durch ein Netzwerk aller Beteiligten in der Regel besser gewährleistet werden.

### c) Angaben der Hausärzte: Gründe für die Ablehnung seitens der Patienten und Angehörigen

Neben der Anzahl der Ablehnungen wurden auch die Gründe der Patienten und Angehörigen hierfür erfragt, die Antworten sind Tabelle 5.3 zu entnehmen.

Tabelle 5.3

*Angaben der Hausärzte ( $n = 48$ ): Gründe für die Ablehnung der Studienteilnahme durch Patienten und Angehörigen – vergleichend in beiden Ärzteguppen*

	SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gründe für die Ablehnung der Studienteilnahme durch Patienten und Angehörigen						
- Kein Interesse an einer Beratung	8	40.0	6	20.7	14	28.6
- Zu hoher Zeitaufwand	8	40.0	10	34.5	18	36.7
- Unsicherheit über Datenschutz	3	15.0	2	6.9	5	10.2
- Bei Patienten von ZW-Hausärzten: Ablehnung der Untersuchung in der Psychiatrie			8	27.6		(siehe ZW-Hausärzte)
- Beschwerden nicht gravierend	8	40.0	11	37.9	19	38.8
- Sonstiges	11	55.0	11	37.9	22	44.9

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl.

Die Gründe für die Nicht-Teilnahme der Patienten und Angehörigen, die die SD-Ärzte nannten, waren sehr unterschiedlich: 40 % derjenigen, die nicht teilnehmen wollten, hielten die eigenen Beschwerden für „nicht gravierend“. Neben der Möglichkeit, dass die Beschwerden tatsächlich nicht gravierend waren, könnte hierbei auch Scham, die existierenden Defizite einzugestehen, oder Anosognosie, d.h. dass jemandem seine Defizite nicht bewusst waren, oder ein unzureichendes Wissen über die Differenzierung zwischen altersentsprechenden Veränderungen und Demenz eine Rolle spielen. In letzterem Fall müsste der Arzt verstärkt darauf einwirken, dass der Patient sich objektivierbar testen lässt. 40 % bezogen sich mit „Kein Interesse an einer Beratung“ auf den zweiten Teil der Studie, weiteren 40 % war der Zeitaufwand zu groß. Über die Hälfte der Patienten bzw. Angehörigen gaben „sonstige“ Gründe an, darunter vor allem „Angst vor Diagnose“, „Wollen es nicht so genau wissen“, „Angst vor der Studie“, „Stigmatisierung durch Diagnose Demenz“ u.ä. Diese Angaben spielen die hohe Unsicherheit und Scham der Betroffenen wider und zeigen, dass Demenz immer noch ein angstbesetztes Thema voller Tabus ist. Viele der angegebenen Gründe beziehen sich nicht auf die Studienteilnahme als solche, sondern auf die Diagnostik selbst. Es ist also davon auszugehen, dass diese Patienten nicht nur nicht an der Studie teilnehmen wollten, sondern auch außerhalb der Studie nicht bereit waren, sich untersuchen zu lassen und so im Falle des tatsächlichen Vorliegens einer demenziellen Erkrankung nicht adäquat behandelt werden. Die Antworten zeigen einmal mehr, welche eine wichtige Rolle der Hausarzt spielt, indem er von sich aus aktiv auf die Patienten und Angehörigen zugeht, versucht, Ängste abzubauen, und die Vorteile einer Diagnostik zu vermitteln.

Bezüglich der Gründe für die Ablehnungen der Patienten und Angehörigen gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Hausärztegruppen. Die ZW-Hausärzte hatten eine weitere Antwortmöglichkeit zur Auswahl, die speziell einen Aspekt der Überweisung betraf. 8 Ärzte machten davon Gebrauch, indem sie angaben, dass 28 % der Patienten nicht an der Studie teilnehmen wollten, weil sie die Untersuchung in der Psychiatrie ablehnten, was die andere Rekrutierungsaufgabe der ZW-Hausärzte im Vergleich zu den SD-Hausärzten verdeutlicht. Da es nicht bei allen ZW-Hausärzten und nicht bei mehr ZW- als SD-Hausärzten zu Ablehnungen der Studienteilnahme seitens der Patienten kam (vgl. Tab. 5.2), sind die Ablehnungen der Patienten der ZW-Hausärzte nicht hauptsächlich auf die andere diagnostische Vorgehensweise der ZW-Hausärzte mit Überweisung der Patienten in eine psychiatrische Klinik zur Diagnostik zurückzuführen, was auch die genauere Analyse zu den Gründen der Patienten bestätigt.

Wahrscheinlich spielte also bei manchen Ablehnungen durch Patienten und Angehörige auch die Einstellung des Arztes eine Rolle: Wie ausgeprägt waren seine Bemühungen, die Betroffenen zu überzeugen? Inwieweit teilt er vielleicht auch ihre Bedenken hinsichtlich des Nutzens der Diagnosestellung? Gaul, Malcherczyk, Schmidt, Helm und Haerting (2010), die allgemeine Einflussfaktoren auf eine Teilnahme an klinischen Studien untersuchten, betonten die Rolle des Arztes im Aufklärungsgespräch: Dieses „sollte gut vorbereitet, mit detaillierter Kenntnis des Protokolls und ausreichend Zeit in ruhiger Atmosphäre geführt werden. . . Dargestellt werden sollten potentielle Vorteile der eigenen Behandlung sowie ein Grup-

pennutzen durch die Studie“ (S. 1), da diese beiden Aspekte eine große Motivation zur Studienteilnahme darstellen.

Zudem darf auch nicht vergessen werden, dass es sich hier bei den Angaben zur Ablehnung der Patienten und Angehörigen um Angaben der Ärzte handelt. Theoretisch wäre denkbar, dass einige die Ablehnung durch Patienten vorschoben, um nicht zugeben zu müssen, dass sie selbst nicht aktiv genug gewesen waren.

Möglich ist weiterhin, dass den Patienten und Angehörigen der Nutzen der Studie nicht deutlich genug war: Patienten und Angehörige gehen wohl im Allgemeinen davon aus, dass sie beim Arzt adäquat untersucht und behandelt werden. Die Studienteilnahme hätte aus ihrer Sicht bezogen auf die Diagnostik und Therapie möglicherweise daher keinen zusätzlichen Nutzen für sie selbst (Dass der SD-Hausarzt vorher die studienspezifische Schulung besucht hat, wussten die meisten Patienten vermutlich nicht, bzw. der Arzt ist unabhängig davon geschult worden, ob die Patienten an der Studie teilnahmen oder nicht. Die Patienten vom ZW-Hausarzt gingen vermutlich auch davon aus, dass dieser die Patienten auch ohne Studienteilnahme an den Facharzt überweisen wird.) Tatsächlich erhielten aufgrund der Studienteilnahme der Ärzte vermutlich mehr Patienten eine Diagnostik und auch eine leitlinienkonformere Diagnostik als ohne die Studienteilnahme ihres Arztes der Fall gewesen wäre. Möglicherweise wurden auch die Patienten, die sich für die Studienteilnahme bereit erklärten, sogar umfassender untersucht und behandelt, als diejenigen, die sich dagegen entschieden. Von diesen Vorteilen konnten die Patienten allerdings nicht ausgehen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass es zahlreiche verschiedene Ursachen für die Nicht-Teilnahme an der Studie gab – teilweise sicherlich auf Seite der Ärzte, oft aber auch auf Seite der Patienten und Angehörigen. Die Angaben der SD-Ärzte unterscheiden sich dabei kaum von denen der ZW-Ärzte.

### 5.2.3 Drop Outs

#### a) Drop Outs vor Diagnosestellung

Bei den ZW-Hausärzten gab es – wie bereits in Abschnitt 5.2.1 beschrieben – 5 Drop Outs im Vorfeld einer Diagnose (vgl. auch Abb. 5.5): Die Patienten erklärten sich zwar bei den ZW-Hausärzten zu einer Studienteilnahme bereit, entschieden sich dann aber wieder um (z.B. aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes), so dass es überhaupt nicht zu einer Diagnosestellung kommen konnte. Bei den SD-Hausärzten gab es keinen Patienten, der nach Einwilligung in die Studienteilnahme keine Diagnose erhielt. Das ist vermutlich durch den höheren zeitlichen Aufwand für die Patienten bei der Diagnostik im Facharztzentrum, nicht durch ärztebezogene Gründe zu erklären. Somit macht eine Aussage über den Unterschied zwischen den beiden Ärzteguppen an dieser Stelle wenig Sinn.

**b) Drop Outs nach der Diagnose**

Nach der Diagnose erhoben die Projektmitarbeiter weitere Daten (z.B. bezüglich nicht-kognitiver Symptome und Lebensqualität), jedoch nur bei Patienten, bei denen eine Demenz diagnostiziert wurde, und bei deren Angehörigen. 8 solche Patient-Angehöriger-„Paare“ (alle von SD-Hausärzten) lehnten dies bereits beim ersten Termin direkt nach der Diagnose ab: 5 begründeten dies mit Überforderung („Das wird mir alles zu viel“ u.ä.), die 3 anderen gaben keine Gründe an. Daraus folgt, die erste Untersuchung durch die Projektmitarbeiter (t0) konnte mit 84 Paaren durchgeführt werden.

Ca. ein halbes Jahr später fand die Nachuntersuchung (t1) statt. 19 weitere Paare nahmen nicht daran teil: 2 wurden von den Projektmitarbeitern aus der Studie ausgeschlossen, da die Voraussetzungen für die zweite Studienphase (zum Thema „Effektivität der Beratung“, nicht Teil dieser Arbeit) nicht mehr gegeben waren (1 von SD- und 1 von ZW-Hausarzt); 4 Patienten waren inzwischen verstorben (alle von SD-Hausärzten), 13 lehnten die weitere Studienteilnahme ab (6 von SD-, 7 von ZW-Hausärzten) – Begründungen hierfür waren 5x Überforderung, 3x wurde kein Vorteil durch die Studienteilnahme gesehen, 5x wurden keine Angaben dazu gemacht. Das heißt, die Nachuntersuchung konnte mit 65 Patienten und Angehörigen durchgeführt werden (vgl. Abb. 5.5).

Betrachtet man nur die SD-Hausärzte, wurde nach der Diagnose bei 8 Paaren die Studienteilnahme vor der t0-Untersuchung, bei weiteren 11 Paaren vor der t1-Untersuchung abgebrochen. Es gab insgesamt im Studienverlauf also 19 Drop Outs. Bei den ZW-Hausärzten gab es nur 8 Drop Outs nach der Diagnose, nämlich nach der t0-Untersuchung vor der Nachuntersuchung (t1). Damit unterscheiden sich die Ärztegruppen signifikant in der Häufigkeit der Drop Outs voneinander ( $\chi^2(1) = 4.49, p = .034; w = .221$ ), was auf die Drop Outs vor der t0-Untersuchung zurückzuführen ist.

Auffällig ist, dass es sich bei den Drop Outs vor der t0-Untersuchung nur um Patienten von SD-Hausärzten handelt. Möglicherweise sagten einige Patienten von SD- und ZW-Hausärzten die Studienteilnahme zu, ohne sich der Konsequenzen der weiteren Termine bewusst zu sein, und brachen die Studienteilnahme dann vor dem nächsten Termin ab – bei den Patienten der ZW-Hausärzte war das vor dem Termin im Facharztzentrum (vor Diagnosestellung), bei denen der SD-Hausärzte vor dem ersten Termin mit den Projektmitarbeitern (t0-Untersuchung). Eine andere mögliche Erklärung ist die Reaktion der Patienten auf die vorangegangene Diagnose Demenz – dieser Aspekt müsste bei den Patienten der ZW-Hausärzten dann allerdings auch auftreten, es sei denn, die Fachärzte konnten die Diagnose „besser“, „angenehmer“ vermitteln an die SD-Hausärzte. Eine andere Möglichkeit betrifft die SD-Hausärzte selbst: Sie haben ihre Patienten möglicherweise nicht genug über den Studienablauf aufgeklärt oder nicht genug motiviert, an der t0-Untersuchung teilzunehmen.

Da die Studie aus zwei Teilen besteht, fanden all diese Drop Outs, die nach der Diagnose vorkamen, genau genommen erst im zweiten Teil der Studie statt, die nicht Teil dieser Arbeit ist. Da einige Daten aus dem zweiten Studienteil aber für die Auswertung des ersten nützlich sein können, werden die Drop Outs als Zusatzinformationen für die weitergehende Ergebnisdarstellung an dieser Stelle mit aufgeführt.

Die Unterschiede zwischen den Ärztgruppen werden zwar der Vollständigkeit halber mit angegeben, sie haben aber nur geringe Aussagekraft: Da die Drop Outs im zweiten Teil der Studie stattfanden, sich also alle zu einem Zeitpunkt nach der aktiven Rolle des jeweiligen Hausarztes in der Studie ereigneten, lassen sie somit nur indirekt Rückschlüsse auf die Hausärzte zu. Der Aspekt der Drop Outs wird daher bei der Beantwortung der Fragestellung keine Rolle spielen.

Drop Outs während einer solchen Studie können ganz allgemein verschiedene Ursachen haben, z.B. gesundheitliche Probleme oder Unzufriedenheit mit dem Studienverlauf. Bei der vorliegenden Studie muss aber auch immer die Rolle der Ärzte als eine mögliche Einflussgröße berücksichtigt werden: Die Einstellung des Hausarztes zur Wichtigkeit der Studie und sein persönliches Engagement können sich sowohl auf die anfängliche Einwilligung zur Studienteilnahme als auch auf die längerfristige Teilnahme der Patienten ausgewirkt haben.

#### 5.2.4 Patienten- und Angehörigencharakteristika

Tabelle 5.4 stellt die Patienten- und Angehörigencharakteristika zum Diagnosezeitpunkt dar. Die Daten wurden von den Ärzten an das Studienzentrum weitergegeben. Es werden zunächst die 156 Patienten gesamt dargestellt und anschließend die Untergruppe der Patienten, bei denen die Verdachtsdiagnose nicht erhärtet wurde, sowie die Untergruppe der Patienten, bei denen schließlich die Diagnose „Demenz“ gestellt wurde – jeweils vergleichend in den beiden Hausarztgruppen.

Die teilnehmenden Patienten der SD-Hausärzte waren durchschnittlich 76 Jahre alt, wobei der jüngste 36 und der älteste 90 Jahre alt war. 52 % waren weiblich. Dass die Mehrzahl der Patienten und der Angehörigen weiblich war, passt zu den Tatsachen, dass es allgemein mehr Frauen als Männer mit Demenz gibt (Weyerer & Bickel, 2007) und dass es sich bei pflegenden Angehörigen häufiger um Frauen handelt (Schneekloth & Müller, 2000).

Bei den Angehörigen handelte es sich meistens, nämlich in 57 %, um die Ehepartner, in 32 % um die Kinder. Die Angehörigen waren ebenfalls überwiegend weiblich (63 %) und mit durchschnittlich 64 Jahren jünger als die Patienten (was v.a. auf die relativ hohe Zahl an Söhnen und Töchtern zurückzuführen ist).

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den SD- und den ZW-Hausärzten hinsichtlich Alter und Geschlecht der Patienten und der Angehörigen ( $\chi^2$ -, t- und U-Test,  $p > .05$ ). Das Altersspektrum der Patienten der ZW-Hausärzte liegt zwischen 38 und 87 Jahren.

Tabelle 5.4

*Patienten- und Angehörigencharakteristika – vergleichend in beiden Ärztegruppen*

	Patienten von SD- Hausärzten		Patienten von ZW- Hausärzten		Patienten gesamt	
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
<b>Patienten gesamt</b>	86		70		156	
<u>Patient</u>						
Alter (in Jahren)	75.64	9.20	75.31	9.42	75.49	9.27
Geschlecht						
- Weiblich	45	52.3	44	62.9	89	57.1
- Männlich	41	47.7	26	37.1	67	42.9
Vorsorgevollmacht	11	12.8	8	11.4	19	12.2
Rechtliche Betreuung	2	2.3	0	0	2	1.3
<u>Angehöriger</u>						
Alter (in Jahren)	63.94	13.54	62.09	13.97	63.11	13.72
Geschlecht						
- Weiblich	54	62.8	44	62.9	98	62.8
- Männlich	32	37.2	26	37.1	58	37.2
Verwandtschaftsverhältnis	( <i>n</i> = 85)				( <i>n</i> = 155)	
- Ehemann / Ehefrau	48	56.5	36	51.4	84	54.2
- Sohn / Tochter	27	31.8	29	41.4	56	36.1
- Geschwister / andere Verwandte	7	8.2	3	4.3	10	6.5
- Nicht verwandt	3	3.5	2	2.9	5	3.2
<b>Patienten ohne Demenz- diagnose</b>	37		22		59	
<u>Patient</u>						
Alter (in Jahren)	70.89	10.33	69.86	9.59	70.44	10.00
Geschlecht						
- Weiblich	16	43.2	13	59.1	29	49.2
- Männlich	21	56.8	9	40.9	39	50.8
Vorsorgevollmacht	2	5.4	1	4.5	3	5.1
Rechtliche Betreuung	0	0	0	0	0	0

*Fortsetzung*

	Patienten von SD- Hausärzten		Patienten von ZW- Hausärzten		Patienten gesamt	
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
<u>Angehöriger</u>						
Alter (in Jahren)	63.73	13.41	64.05	16.09	63.85	14.33
Geschlecht						
- Weiblich	26	70.3	13	59.1	39	66.1
- Männlich	11	29.7	9	40.9	20	33.9
Verwandtschaftsverhältnis	<i>(n = 36)</i>				<i>(n = 58)</i>	
- Ehemann / Ehefrau	25	69.4	17	77.3	42	72.4
- Sohn / Tochter	7	19.4	4	18.2	11	19.0
- Geschwister / andere Verwandte	3	8.3	1	4.5	4	6.9
- Nicht verwandt	1	2.8	0	0	1	1.7
<b>Patienten mit Demenz- diagnose</b>	49		43		92	
<u>Patient</u>						
Alter (in Jahren)	79.22	6.28	78.84	5.84	79.04	6.05
Geschlecht						
- Weiblich	29	59.2	27	62.8	56	60.9
- Männlich	20	40.8	16	37.2	36	39.1
Vorsorgevollmacht	9	18.4	5	11.6	14	15.2
Rechtliche Betreuung	2	4.1	0	0	2	2.2
<u>Angehöriger</u>						
Alter (in Jahren)	64.10	13.77	61.98	13.02	63.11	13.40
Geschlecht						
- Weiblich	28	57.1	27	62.8	55	59.8
- Männlich	21	42.9	16	37.2	37	40.2
Verwandtschaftsverhältnis						
- Ehemann / Ehefrau	23	46.9	18	41.9	41	44.6
- Sohn / Tochter	20	40.8	22	51.2	42	45.7
- Geschwister / andere Verwandte	4	8.2	1	2.3	5	5.4
- Nicht verwandt	2	4.1	2	4.7	4	4.3

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung.

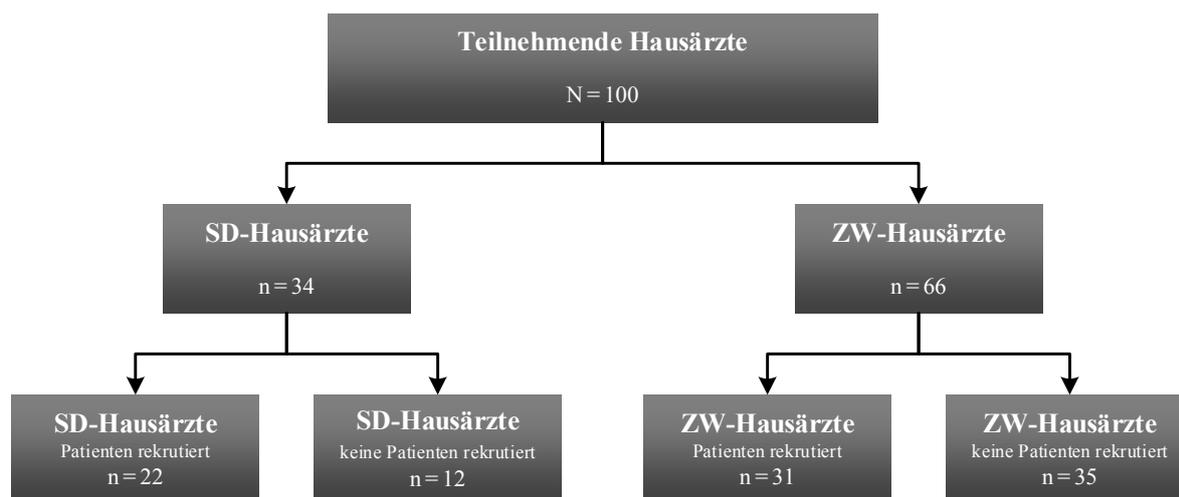
Die Patienten, bei denen von den SD-Hausärzten eine Demenz diagnostiziert wurde, waren mit 79 Jahren im Mittel älter als die Patienten, bei denen sich der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung nicht bestätigt hat ( $M = 71$  Jahre). Alter ist der wichtigste Risikofaktor bei Demenz, die Erkrankungsrate nimmt mit steigendem Alter zu (vgl. Abschnitt 2.2.4). Bei den Patienten mit Demenzdiagnose waren es mit 41 % auch häufiger die Söhne und Töchter als die Ehepartner, die als Betreuungsperson zusammen mit dem Patienten an der Studie teilnehmen, was wahrscheinlich auf das höhere Alter der Patienten zurückzuführen ist. Bemerkenswerterweise waren die Angehörigen im Durchschnitt nicht jünger als die der Patienten ohne Demenzdiagnose, wie man eigentlich erwarten könnte. Eine Vorsorgevollmacht lag bei den Patienten der SD-Hausärzte, die schließlich die Diagnose Demenz erhielten, in 18 % vor. Nur 2 Patienten (4 %) standen unter rechtlicher Betreuung, was nicht verwunderlich ist, da es sich ja überwiegend um Patienten im Frühstadium der Erkrankung handelte. 59 % waren Frauen. Das Alter lag zwischen 62 und 90 Jahren.

Zwischen den beiden Ärztengruppen zeigen sich auch in der Subgruppe der Patienten mit Demenz keine signifikanten Unterschiede bezüglich Alter und Geschlecht von Patienten und Angehörigen ( $\chi^2$ -, t- und U-Test,  $p > .05$ ).

### 5.2.5 Gewinnung von Patienten durch Hausärzte

Nicht alle Hausärzte „schickten“ im Studienverlauf dem Studienzentrum Patienten. Die 86 Patienten der SD-Hausärzte stammten von 22 der insgesamt 34 teilnehmenden SD-Hausärzte, d.h. 12 SD-Hausärzte haben keine Patienten rekrutiert (zumindest nicht mit erfüllten Einschlusskriterien). Die 65 Patienten der ZW-Hausärzte, bei denen die Diagnostik abgeschlossen wurde, stammten von 31 der 66 ZW-Hausärzte, d.h. von 35 ZW-Hausärzten haben keine Patienten an der Studie teilgenommen (1 ZW-Hausarzt mehr hatte einen Patienten mit erfüllten Einschlusskriterien rekrutiert, doch bei diesem Patienten konnte die Diagnostik nicht abgeschlossen werden). Das bedeutet, die Datenbasis hinsichtlich der Diagnostik stützt sich auf 53 von 100 Hausärzten (vgl. Abb. 5.6).

Insgesamt war erwartet worden, dass die Ärzte aktiver an der Studie teilnahmen, d.h. mehr Patienten rekrutierten. Jedoch scheinen die Rekrutierungszahlen der Ärzte im Normalbereich zu liegen, denn auch in der einzig vergleichbar aufgebauten Studie (Holle et al., 2009) wurden von den Hausärzten zu wenig Patienten rekrutiert, so dass sogar der Studienzeitraum verdreifacht werden musste. Auch hier schloss nur ein Teil der teilnehmenden Ärzte (weniger als die Hälfte) Patienten in die Studie ein. Zudem werden in der Literatur zahlreiche Barrieren bei der Rekrutierung von Patienten durch Ärzte beschrieben (z.B. Spaar, Frey, Turk, Karrer & Puhan, 2009).



*Anmerkungen.* N: Gesamtanzahl. SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. n: Anzahl.

Abbildung 5.6

*Aktivität der Hausärzte bezüglich der Patientenrekrutierung*

#### a) Absolute Rekrutierungszahlen

Die Anzahl an für die Studienteilnahme gewonnenen Patienten eines Arztes lässt Rückschlüsse darauf zu, welchen Stellenwert Demenzdiagnostik für ihn hat. 35.3 % SD-Hausärzte haben gar keine Patienten rekrutiert ( $n = 12$ ), 64.7 % der SD-Hausärzte haben zwischen 1 und 13 Patienten rekrutiert ( $n = 22$ ).

Bei den ZW-Hausärzten waren es 53.0 % ohne Patienten ( $n = 35$ ) und 47.0 % mit 1 - 6 Patienten ( $n = 31$ ). Die zahlenmäßig deutlich sichtbare Überlegenheit der SD-Hausärzte bei der Anzahl von Ärzten, die Patienten rekrutiert haben bzw. keine Patienten rekrutiert haben, lässt sich statistisch zumindest tendenziell bestätigen ( $\chi^2(1) = 2.83$ ,  $p = .092$ ;  $w = .168$ ).

Die 34 SD-Hausärzte rekrutierten im Mittel 2.53 Patienten ( $s = 3.44$ ), darunter 1.44 Patienten, die später die Diagnose Demenz enthielten ( $s = 1.81$ ). Geht man von den anhand allgemeiner Prävalenzzahlen erwarteten 4 neuen Patienten pro Jahr aus (vgl. Abschnitt 4.1.1.2), hätten die SD-Hausärzte fast dreimal so viele Patienten rekrutieren müssen wie sie rekrutiert haben. Die 66 ZW-Hausärzte rekrutierten im Mittel deutlich weniger Patienten, nämlich 0.98 Patienten gesamt ( $s = 1.34$ ), darunter 0.65 Patienten mit Demenzdiagnose ( $s = 1.05$ ).

Rein deskriptiv fällt auf, dass die SD-Hausärzte nicht nur mehr Patienten rekrutiert, sondern einige unter ihnen auch relativ viele Patienten rekrutiert haben. Da für die Anwendung des t-Tests das Kriterium der Normalverteilung nicht gegeben ist, wurde für die Berechnung des Unterschieds zwischen beiden Ärzteguppen der U-Test gewählt. Die Unterschiede fallen signifikant zugunsten der SD-Hausärzte aus, sowohl was die Patienten gesamt betrifft (U-Test,  $p = .029$ ,  $g = .681$ ), als auch die Patienten mit Demenzdiagnose (U-Test,  $p = .034$ ,  $g = .584$ ).

In der deutschsprachigen Forschungsliteratur gibt es keine Studie, in der die durchschnittlichen Rekrutierungszahlen pro Arzt angegeben werden bzw. aufgrund der veröffentlichten Daten erschlossen werden können. Daher wird an dieser Stelle eine niederländische Studie mit ähnlichem Studienaufbau zum Vergleich herangezogen (Hout et al., 2007): 64 freiwillig teilnehmende Hausärzte führten bei allen ihren Patienten, bei denen sie den Verdacht auf eine Demenz hatten, eine Diagnostik durch. Jeder Hausarzt rekrutierte innerhalb von 16 Monaten im Mittel 1.7 Patienten. Im Vergleich schnitten die SD-Hausärzte der vorliegenden Studie somit besser ab.

### **b) Durchschnittliche monatliche Rekrutierungszahlen**

Allerdings haben nicht alle Ärzte über den gesamten Studienzeitraum von 13 Monaten teilgenommen: 1 SD-Hausarzt und 6 ZW-Hausärzte brachen die Studie vorzeitig ab und 29 ZW-Hausärzte stießen erst nachträglich hinzu (vgl. Abschnitt 5.1.1). So haben insbesondere die ZW-Hausärzte bei der bisherigen Rechnung einen „Nachteil“. Eine Möglichkeit, die Vergleichbarkeit zwischen den Ärztegruppen weitgehend herzustellen, ist, die durchschnittliche Anzahl der rekrutierten Patienten pro Arzt pro Monat zu berechnen.

Die monatliche Rekrutierungshäufigkeit liegt für die SD-Hausärzte ( $n = 34$ ) im Mittel bei 0.19 Patienten ( $s = 0.26$ ), darunter 0.11 Patienten mit späterer Demenzdiagnose ( $s = 0.14$ ). Die ZW-Hausärzte ( $n = 66$ ) rekrutierten durchschnittlich pro Monat 0.09 Patienten ( $s = 0.12$ ), darunter .06 Patienten mit Demenzdiagnose ( $s = 0.09$ ). Es wurde wiederum der U-Test durchgeführt. Die Unterschiede zwischen den Ärztegruppen fallen tendenziell zugunsten der SD-Hausärzte aus, sowohl was die Patienten gesamt betrifft (U-Test,  $p = .072$ ,  $g = .581$ ), als auch die Patienten mit Demenzdiagnose (U-Test,  $p = .075$ ,  $g = .476$ ).

Deutlich wird, dass die SD-Hausärzte auch bei Zugrundelegung der monatlichen Werte der Tendenz nach mehr Patienten insgesamt und auch mehr Patienten mit Demenzdiagnose in die Studie eingeschlossen haben. Allerdings verringern sich die Unterschiede noch, wenn man die 5 Patienten der ZW-Hausärzte einbezieht, die keine abschließende Diagnose erhalten haben, und wenn man die möglicherweise etwas schwierigere Rekrutierungsaufgabe der ZW-Hausärzte (Patienten von der Notwendigkeit einer Untersuchung in der Psychiatrie überzeugen müssen; vgl. Abschnitt 5.2.2) berücksichtigt.

## **5.2.6 Kernaussagen des Abschnitts 5.2**

Im Folgenden werden die Ergebnisse von 5.2 zusammenfassend dargestellt, wobei die Unterüberschriften den vorangegangenen Abschnitten entsprechen. Zudem wird als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Teilaspekt der Fragestellung beantwortet, der sich auf die Variable „Anzahl und Charakteristika der von den Hausärzten rekrutierten Patienten“ – und damit auf die Akzeptanz des Versorgungsmodells – bezieht.

### **5.2.6.1 Zusammenfassung der Vorgehensweise der Hausärzte bzgl. „Teilnehmende Patienten und Angehörige“ und Interpretation**

#### **Anzahl teilnehmender Patienten und Angehöriger**

Die Hausärzte nahmen 156 Patienten mit Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung in die Studie auf. Bei 151 von ihnen konnte eine Demenzdiagnostik vollständig durchgeführt werden (86 von SD-, 65 von ZW-Hausärzten): Davon erhielten 92 Patienten die Diagnose „Demenz“ (49 von SD, 43 von ZW) und 59 nicht (37 von SD, 22 von ZW). Auf die Verteilung positiver und negativer Diagnosen wird an anderer Stelle genauer eingegangen werden (vgl. Abschnitt 5.3).

#### **Nicht-Teilnahme an der Studie durch Patienten und Angehörige**

77 der 100 Ärzte konnten im Anschluss an die Studie nach den Gründen für eine Nicht-Studienteilnahme von Patienten und Angehörigen gefragt werden: Hauptgründe waren demnach die Ablehnung durch die Patienten und Angehörigen selbst sowie nicht erfüllte Ein- und Ausschlusskriterien. Aber auch ärztebezogene Gründe wie ein hoher Aufwand für den Arzt oder die Angestellten wurden angegeben. Die Angaben waren somit sowohl patienten-, als auch studien- und ärztebezogen. Die Angaben der Hausärzte unterschieden sich kaum zwischen den beiden Ärztegruppen.

Insgesamt ist von einer hohen Zahl an Ablehnungen seitens der Patienten bzw. der Angehörigen auszugehen. Von den Ärzten, die Ablehnungen der Studienteilnahme seitens der Patienten und Angehörigen angaben, lehnten mehr Patienten von ZW-Hausärzten als von SD-Hausärzten ab. Es gibt Hinweise darauf, dass das nicht in erster Linie auf die etwas andere Rekrutierungsaufgabe der ZW-Hausärzte (Untersuchung der Patienten in einer psychiatrischen Klinik) als der SD-Hausärzte zurückzuführen ist (Untersuchung der Patienten in der Hausarztpraxis): Die Patienten und Angehörigen selbst hätten als Gründe z.B. zu hohen Zeitaufwand, nicht gravierende Beschwerden und Angst vor einer Diagnose genannt. Weniger als ein Drittel der ZW-Ärzte gab an, dass die Patienten bzw. die Angehörigen die Untersuchung in der psychiatrischen Klinik abgelehnt hätten.

#### **Drop Outs**

Es kam während der Studie zu 5 Drop Outs vor der Diagnose (weil bei 5 Patienten der ZW-Hausärzte die Diagnostik nicht abgeschlossen wurde). Nach der Diagnose kam es zu weiteren Drop Outs, weil 8 Patienten (von SD-Hausärzten) die Befragung durch Projektmitarbeiter ablehnten. Bei weiteren 19 Patienten (11 SD, 8 ZW) konnte aus unterschiedlichen Gründen ein halbes Jahr später nicht die erneute Befragung erfolgen. Für die Vorgehensweise der Hausärzte spielen die Drop Outs jedoch keine Rolle, da sie nach dem aktiven Part der Hausärzte (diagnostische Untersuchungen) stattfanden.

#### **Patienten- und Angehörigencharakteristika**

Die Patienten der SD-Hausärzte waren im Schnitt 76 Jahre alt und überwiegend weiblich. Die Patienten, bei denen später eine Demenzdiagnose gestellt wurde, waren durchschnittlich

deutlich älter (ca. 79 Jahre) als diejenigen, bei denen die Diagnose Demenz nicht gestellt wurde. Insgesamt erweisen sich diese Charakteristika für Demenzpatienten plausibel. Die Angehörigen (es handelte sich vor allem um Ehepartner und Kinder) waren im Schnitt 63 Jahre alt. Zwischen den beiden Ärztegruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Alter und Geschlecht von Patienten und Angehörigen – weder in der Gesamtgruppe, noch in der Gruppe der Patienten mit späterer Demenzdiagnose noch in der Gruppe der Patienten ohne spätere Demenzdiagnose.

### **Gewinnung von Patienten durch Hausärzte**

Insgesamt haben beide Hausarztgruppen weniger Patienten für die Studie gewinnen können als erwartet worden war. Dabei haben die SD-Hausärzte mehr Patienten für die Studie rekrutiert als die ZW-Hausärzte. Nicht alle teilnehmenden Ärzte, sondern nur etwa zwei Drittel der SD- und die Hälfte der ZW-Hausärzte haben Patienten „geschickt“. Damit hat die Gruppe der SD-Hausärzte aktiver an der Studie teilgenommen.

Die SD-Hausärzte rekrutierten im Mittel 2.53 Patienten (darunter 1.44 Patienten mit späterer Demenzdiagnose), die ZW-Hausärzte signifikant weniger Patienten, nämlich 0.98 Patienten (darunter 0.98 Patienten mit späterer Demenzdiagnose). Zur besseren Vergleichbarkeit (aufgrund der z.T. unterschiedlichen Teilnahmedauer der Ärzte) wurden die monatlichen Rekrutierungszahlen errechnet: Pro Monat haben die SD-Hausärzte im Durchschnitt tendenziell mehr Patienten, nämlich ca. 0.2 Patienten, in die Studie aufgenommen, als die ZW-Hausärzte mit ca. 0.1 (Patienten mit späterer Demenzdiagnose: 0.11 zu 0.06). Im Vergleich zu den absoluten Zahlen verringern sich demnach die Unterschiede zwischen den Ärztegruppen.

### **5.2.6.2 Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Anzahl und Charakteristika der von den Hausärzten rekrutierten Patienten“**

In diesem Abschnitt erfolgt die Beantwortung der Fragestellung der Akzeptanz hinsichtlich der Variable „Anzahl und Charakteristika der von den Hausärzten rekrutierten Patienten“ (vgl. Tab. 3.1).

#### **Anzahl der von den Hausärzten rekrutierten Patienten**

Beide Hausarztgruppen rekrutierten weniger Patienten als zu erwarten gewesen wäre. Die kleinere Gruppe der SD-Hausärzte rekrutierte deutlich mehr Patienten als die größere Gruppe der ZW-Hausärzte. Beim direkten Vergleich zwischen den mittleren monatlichen Rekrutierungszahlen der einzelnen Ärzte ergibt sich aber nur ein tendenzieller Unterschied zwischen den Ärztegruppen zugunsten der SD-Hausärzte hinsichtlich der Rekrutierungszahlen. Berücksichtigt werden muss hier auch die etwas unterschiedliche Rekrutierungsaufgabe der Hausärzte, so dass letztlich nicht von einem klaren Unterschied zwischen den Ärztegruppen hinsichtlich der Rekrutierungszahlen gesprochen werden kann.

Bei beiden Ärzteguppen stellt sich die Frage, warum sie nicht mehr Patienten in die Studie eingeschlossen haben. Ausgehend von den Prävalenz-Zahlen wären bei den SD-Hausärzten etwa dreimal so viele Demenzpatienten zu erwarten gewesen wie sie tatsächlich in die Studie aufgenommen haben, bei den ZW-Hausärzten noch mehr. Es ist also davon auszugehen, dass sich in der Klientel der meisten Ärzte mehr „neue“ Demenzpatienten befanden als die Ärzte in die Studie eingeschlossen haben. Allerdings zeigt sich im Vergleich mit der Literatur, dass auch in anderen Studien von Ärzten weniger Patienten für die Studienteilnahme gewonnen werden konnten als erwartet.

Mögliche Erklärungen für die geringen Patientenzahlen seitens der Ärzte sind hohe Belastungen im Praxisalltag, geringe zeitliche Ressourcen, nicht ausreichende Motivation der Hausärzte zu frühzeitiger Demenzdiagnostik oder nicht ausreichende Kompetenz bei der Symptomerkennung. Hier könnten strukturelle Maßnahmen wie angemessenere Vergütung oder Fortbildungen Abhilfe schaffen. Berücksichtigt werden muss bei den Rekrutierungszahlen weiterhin neben der Rolle der Hausärzte die Rolle der Patienten und Angehörigen: Die Ärzte gaben an, dass ein Teil der Patienten nicht an der Studie teilnehmen wollte (siehe unten). Zudem erklären zum Teil auch studienbezogene Ursachen wie Ein- und Ausschlusskriterien die eingeschränkten Rekrutierungszahlen.

### **Charakteristika der von den Hausärzten rekrutierten Patienten**

Die durchschnittlichen Patientencharakteristika sind mit den allgemeinen Charakteristika von Menschen mit Demenz vereinbar (höheres Alter, größerer Anteil weiblicher Patienten), was daher für eine angemessene Identifikation der Patienten durch die Hausärzte spricht. Es gibt diesbezüglich keine Unterschiede zwischen den beiden Ärzteguppen. Die Patientencharakteristika lassen insofern Aussagen über die Akzeptanz des Versorgungsmodells der Hausärzte zu, als dass sie etwas darüber aussagen, bei welchen Personen die Hausärzte eine diagnostische Abklärung für erforderlich erachteten. Dass zum Beispiel sowohl bei jüngeren als auch bei hochaltrigen Personen eine Diagnostik eingeleitet wurde, spricht für ein „offenes Auge“ einiger Hausärzte bei der Identifikation möglicher betroffener Patienten: Sie halten nicht nur bei der typischen Altersgruppe eine Diagnostik für sinnvoll, sondern achten auch bei Jüngeren auf demenzielle Symptome und leiten auch bei Hochaltrigen noch eine Diagnostik ein. Insgesamt kann von einer Offenheit bzgl. möglicher betroffener Patienten ausgegangen werden.

### **Gründe für die Nicht-Teilnahme von Patienten**

Gründe für die Nicht-Teilnahme von Patienten waren studien- und patienten-, aber auch arztbezogen, z.B. gab ca. ein Fünftel der Ärzte als Grund den hohen Aufwand für die Praxis an. Das könnte als eingeschränkte Akzeptanz seitens dieser Hausärzte gewertet werden. Andererseits hatten sie sich für die Studienteilnahme entschieden, d.h. sie haben ihre grundsätzliche Akzeptanz gezeigt, nur in der praktischen Umsetzung hatten sie Schwierigkeiten: Möglicherweise konnten sie aufgrund ihrer alltäglichen Belastungen nicht so aktiv an der Studie teilnehmen wie sie ursprünglich vorhatten.

Aber auch bei den patientenbezogenen Ablehnungen spielte die Haltung des Arztes vermutlich oft eine Rolle: Nur wenn er selbst überzeugt war, dass eine frühzeitige Demenzdiagnostik und die Studienteilnahme für die Patienten von Nutzen ist, konnte er die Patienten und die Angehörigen überzeugen. Auch in der Literatur wird die Rolle des Arztes beim Aufklärungsgespräch betont.

Nach Aussagen der Ärzte haben die Patienten und Angehörigen als Gründe für die Ablehnung einer Studienteilnahme unter anderem angegeben, dass sie die Beschwerden als nicht gravierend einstufen oder dass sie Angst vor einer Diagnose haben. In diesen Fällen wird die wichtige Rolle der Hausärzte besonders deutlich: Sie können ihre Position dazu nutzen, vorhandene Ängste abzubauen und die Patienten vom Nutzen der Diagnostik zu überzeugen. Die Hausärzte könnten hierbei durch Fortbildungen über Gesprächsführung und Motivation oder durch Supervision unterstützt werden.

Nach Angaben der Ärzte hätten vor allem die Patienten selbst die Studienteilnahme abgelehnt, allerdings haben viele Ärzte in diesem Fall die Angehörigen gar nicht mehr auf die Studie angesprochen, obwohl das – bei Einverständnis des Patienten – eine gute Gelegenheit gewesen wäre, die Angehörigen in den Diagnoseprozess bzw. in die Entscheidung für oder gegen diagnostische Untersuchungen mit einzubeziehen, was in der Regel Vorteile für den Arzt, aber auch für die Angehörigen und die Patienten selbst hätte.

Obwohl also auch andere als ärztebezogene Gründe eine Rolle spielen, bleibt der Eindruck – auch auf dem Hintergrund der Schwierigkeit, vor Beginn der Studie genügend Ärzte für die Studienteilnahme zu gewinnen, und der Notwendigkeit, die Ärzte während der Studie immer wieder zur aktiven Teilnahme anzuregen (vgl. Abschnitt 5.1.1) –, dass die Hausärzte bei größerer Motiviertheit auch mehr Patienten in die Studie hätten einschließen können.

### **5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie**

Die folgenden Abschnitte 5.3.1 bis 5.3.3 (vgl. Abb. 5.7) beschreiben die tatsächliche Vorgehensweise der Haus- und Fachärzte bei der Demenzdiagnostik und -therapie, d.h. welche Untersuchungen durchgeführt wurden, welche Diagnose gestellt und welche Therapie begonnen wurde. Die Vorgehensweise der Ärzte wird zunächst bei ihren Patienten allgemein dargestellt. Anschließend wird die Vorgehensweise der Ärzte erstens bezüglich der Subgruppe der Patienten, die nach abgeschlossener Diagnostik nicht die Diagnose „Demenz“ erhielt, näher beschrieben, und zweitens bezüglich der Subgruppe der Patienten, die nach abgeschlossener Diagnostik die Diagnose „Demenz“ erhielt. Zum Verständnis sei noch einmal deutlich gemacht: Die Ärzte entschieden zuerst über die diagnostischen Untersuchungen und führten diese durch, und danach stellten sie die Diagnose (Demenz ja oder nein). Diese Diagnosestellung wurde dann für die Aufteilung in die beiden Subgruppen bei der späteren Auswertung der Daten herangezogen.

Die Tabellen 5.5 bis 5.7 stellen die durchgeführten diagnostischen Untersuchungen, die Diagnose und ggf. die Therapie dar, jeweils vergleichend in den beiden Ärzteguppen. Die die Tabelle umschließenden Texte erläutern die Ergebnisse. Die Abschnitte beinhalten jeweils die Ergebnisse bezüglich der leitliniengerechten Diagnostik (Einsatz von Laborparametern und Bildgebung), der kognitiven Leistungsfähigkeit (MMST, DemTect), der Diagnose und im Falle einer positiven Demenzdiagnose der Therapie.

Im Text werden immer zuerst die Ergebnisse der SD-Hausärzte dargestellt. Die Vergleiche zwischen den Ärzteguppen beziehen sich entweder auf den Vergleich zwischen den SD- und den ZW-Hausärzten oder auf den Vergleich zwischen den SD-Hausärzten und den Fachärzten – je nachdem, ob der ZW-Hausarzt oder der Facharzt für die jeweils im Interesse der Fragestellung stehende Leistung zuständig war, z.B. fiel die Auswahl der Patienten in den Aufgabenbereich der ZW-Hausärzte, die Diagnosestellung in den Bereich der Fachärzte. Die Darstellung der Vorgehensweise der ZW-Hausärzte und der Fachärzte sind für sich allein betrachtet von Interesse, helfen aber auch bei der Einordnung der Vorgehensweise der SD-Hausärzte, z.B. beim Vergleich der empfohlenen Therapie durch SD-Hausärzte mit der von Fachärzten.

<b>Akzeptanz</b>	5.1 Teilnehmende Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
<b>Qualität</b>	5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
<b>Akzeptanz</b>	5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf
<b>Akzeptanz</b>	5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
<b>Akzeptanz</b>	5.6 Aussagen der Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

Abbildung 5.7

*Einordnung des Abschnitts 5.3 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien*

### 5.3.1 Patienten insgesamt

In diesem ersten Abschnitt wird die Vorgehensweise der Ärzte bei den Patienten insgesamt (also allen Patienten mit Verdacht auf Demenz, unabhängig davon, ob sich dieser Verdacht später bestätigte oder nicht) dargestellt. Bei 151 der Patienten, die von den Hausärzten in die Studie eingeschlossen wurden, wurde eine demenzspezifische Diagnostik durchgeführt und eine Diagnose gestellt (vgl. auch Abb. 5.5): 86 dieser Patienten (57.0 %) wurden von SD-Hausärzten rekrutiert und diagnostiziert, 65 (43.0 %) von ZW-Hausärzten rekrutiert und von Fachärzten diagnostiziert (vgl. Tab. 5.5).

### 5.3.1.1 Leitliniengerechte Diagnostik (Patienten insgesamt)

Zu einer leitliniengerecht durchgeführten Demenzdiagnostik gehören unter anderem die Erhebung der relevanten Laborparameter und die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens (CT oder MRT; vgl. Abschnitt 4.1.2.1.2). Beide Hausarztgruppen (SD und ZW) entschieden eigenständig darüber, ob diese und ggf. weitere Untersuchungen bei dem jeweiligen Patienten von ihnen durchgeführt bzw. veranlasst wurden oder nicht (vgl. Abschnitte 4.1.2.1 und 4.1.4).

#### a) Ergebnisse der SD-Hausärzte

Bei 86 Patienten sprachen die SD-Hausärzte den Verdacht aus, dass eine demenzielle Entwicklung vorliegen könnte (und noch keine entsprechende Diagnose besteht). Die SD-Hausärzte erhoben bei immerhin 80.2 % dieser Patienten die für eine leitliniengerechte Demenzdiagnostik erforderlichen Laborparameter und bei 44.2 % veranlassten sie eine Bildgebung. Sie führten demnach bei 44.2 % ihrer Patienten die Demenzdiagnostik leitliniengerecht durch. Das ist häufiger als bei Demenzdiagnostik üblich: Ein bildgebendes Verfahren wird nach Schätzungen nur in 15 % der Fälle veranlasst (Melchinger, 2010b).

Die Entscheidung, eine Bildgebung durchführen zu lassen, ist mit zeitlichem und organisatorischem Aufwand für die Patienten, nicht selten aber auch für die Mitarbeiter der Hausarztpraxis verbunden, die die Patienten von der Notwendigkeit dieser Untersuchung überzeugen und z.T. auch für die Patienten die Termine bei den Radiologen vereinbaren mussten. Zudem bedeutet eine MRT oder CT einen nicht geringen finanziellen Aufwand für das Gesundheitssystem. Auch bringen die bildgebenden Verfahren nicht immer einen klaren zusätzlichen Informationsgewinn, z.B. wenn trotz deutlicher kognitiver Einschränkungen keine Gehirnatrophie zu erkennen ist (Trotzdem ist die Untersuchung zum Ausschluss anderer Ursachen wie einem Subduralhämatom sinnvoll). Vielleicht wollten einige Ärzte auch den eher älteren, nicht selten mobilitätseingeschränkten Patienten „unnötige“ Wege (zum Radiologen) ersparen. Die Entscheidung gegen die Veranlassung einer Bildgebung kann somit verschiedene Gründe haben.

Es fällt auf, dass immer, wenn die SD-Hausärzte eine Bildgebung veranlasst haben (44.2 %), sie auch die erforderlichen Laborparameter erhoben haben (Laborparameter und Bildgebung: 44.2 %) – wobei nicht bekannt ist, welche Untersuchung zuerst durchgeführt wurde. Bei den ZW-Hausärzten und den Fachärzten konnte ein solcher Zusammenhang nicht festgestellt werden (ZW-Hausärzte: Bildgebung in 23.1 %, Laborparameter und Bildgebung in 13.8 %, Fachärzte: Bildgebung in 40.0 %, Laborparameter und Bildgebung in 27.7 %). Das gleiche Ergebnis wurde auch in den Subgruppen der Patienten mit und ohne Demenzdiagnose ermittelt (vgl. Tab. 5.6 und 5.7).

#### b) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten

Die SD-Hausärzte erhoben häufiger als die ZW-Hausärzte die erforderlichen Laborparameter ( $\chi^2(1) = 9.62, p = .002, w = .252$ ) und ließen häufiger eine Bildgebung durchführen ( $\chi^2(1) = 7.42, p = .007, w = .219$ ). Betrachtet man, ob sowohl Laborparameter als auch Bild-

gebung vorlagen (also ob die Diagnostik insgesamt leitliniengerecht durchgeführt wurde), wird der Unterschied sogar noch deutlicher ( $\chi^2(1) = 15.90$ ,  $p = .000$ ,  $w = .324$ ). Es handelt sich um signifikante, bezüglich der Laboruntersuchung und der Kombination sogar um hochsignifikante Ergebnisse, die Effektstärken belegen mittlere Effekte. Das bessere Ergebnis bei den SD-Hausärzten kann als Hinweis auf einen positiven Effekt der Schulung bzw. auf eine höhere Bereitschaft der SD-Hausärzte zur angemessenen Versorgung gewertet werden.

### c) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten

Die Fachärzte (die später die Diagnose bei den Patienten der ZW-Hausärzte stellten) führten diese Untersuchungen (Laborparameter und Bildgebung) gemäß dem Studiendesign nicht selbst durch, sondern sie verwendeten die vorliegenden Untersuchungsergebnisse der ZW-Hausärzte. Die Fachärzte konnten die Durchführung der Untersuchungen aber bei dem jeweils zuständigen ZW-Hausarzt anfordern, sofern keine Ergebnisse vorlagen (dieses Vorgehen ist bei Gedächtnisambulanzen nicht unüblich) – und das taten sie in 4 Fällen bezüglich der Laborparameter und in 11 Fällen bezüglich der Bildgebung, so dass sich danach ein Prozentsatz von insgesamt 63.1 % bei Laborparametern bzw. 40.0 % bei Bildgebung ergibt. Zur Verdeutlichung: Die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen bei den Fachärzten ergibt sich aus der Anzahl der von den ZW-Hausärzten veranlassten Untersuchungen plus der Anzahl der zusätzlich von den Fachärzten angeforderten Untersuchungen. Das heißt, es wäre theoretisch auch denkbar, dass die Fachärzte bei weniger Patienten Untersuchungen für notwendig erachtet hätten als die ZW-Hausärzte. Das erscheint aber wenig plausibel, da die Fachärzte die Untersuchungen schließlich in nicht wenigen Fällen, bei denen die ZW-Hausärzte sich gegen die Untersuchungen entschieden hatten, für notwendig hielten. Stoppe, Haak et al. (2007) gaben eine weitaus höhere Prozentzahl von durch Fachärzte veranlasste Bildgebungen an, nämlich über 80 %.

Weitere Untersuchungen wie z.B. EEG (vgl. Abschnitt 4.1.2.1.2) wurden weder von den Fachärzten noch von den Hausärzten durchgeführt bzw. veranlasst. Vergleicht man das diagnostische Vorgehen der SD-Hausärzte mit demjenigen der Fachärzte, veranlassten die SD-Hausärzte auch hier signifikant häufiger die Erhebung der Laborparameter ( $\chi^2(1) = 5.51$ ,  $p = .019$ ,  $w = .191$ ) sowie die Kombination Laborparameter plus Bildgebung ( $\chi^2(1) = 4.32$ ,  $p = .038$ ,  $w = .169$ ). In Bezug auf die Bildgebung ergab sich kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Die SD-Hausärzte führten innerhalb der Studie demnach sogar häufiger eine den Leitlinien entsprechende Diagnostik durch als die Fachärzte, was auch bei der Untergruppe der Patienten mit positiver Diagnose der Fall ist (vgl. Tab. 5.7).

Tabelle 5.5

*Patienten gesamt: Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten sowie zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten bezüglich der durchgeführten Diagnostik und Therapie*

	Patienten von		Patienten von				Gesamt: Patienten von			
	SD-Hausärzten		ZW-Hausärzten		bzw. Fachärzten		SD- und ZW-Hausärzten bzw.		SD-Hausärzten und Fachärzten	
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	<i>%</i> bzw. <i>s</i>								
Anzahl der Patienten gesamt	86		65		65		151		151	
<u>Leitliniengerechte Diagnostik</u>										
Laborparameter erhoben	69	80.2	37	56.9	41 <sup>a</sup>	63.1	106	70.2	110 <sup>a</sup>	72.8
Bildgebung durchgeführt	38	44.2	15	23.1	26 <sup>a</sup>	40.0	53	35.1	64 <sup>a</sup>	42.4
Laborparameter <u>und</u> Bildgebung	38	44.2	9	13.8	18 <sup>a</sup>	27.7	47	31.1	56 <sup>a</sup>	37.1
<u>Kognitive Leistungsfähigkeit</u>										
MMST	23.94	5.57			22.51	6.66			23.32	6.08
DemTect <sup>b</sup>	9.71	5.05			7.53 <sup>c</sup>	4.82			8.78	5.55

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung. MMST: Mini-Mental Status Test.

<sup>a</sup> Die Fachärzte führten diese Untersuchungen nicht selbst durch, sondern verwendeten die Untersuchungsergebnisse der ZW-Hausärzte. Sie konnten die Durchführung der Untersuchungen aber nachträglich bei den ZW-Hausärzten anfordern, wenn entsprechende Befunde nicht existierten: Sie forderten 4x Laborparameter, 11x Bildgebung an. <sup>b</sup> *n* = 150. <sup>c</sup> *n* = 64.

### 5.3.1.2 Kognitive Leistungsfähigkeit (Patienten insgesamt)

Zu einer leitliniengerechten Demenzdiagnostik gehört weiterhin die Durchführung von Demenzscreeningverfahren zur Objektivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Die Durchführung der Kurz-Tests MMST und DemTect waren innerhalb der Studie vorgeschrieben. Die SD-Hausärzte führten die Tests selbst durch, die Patienten der ZW-Hausärzte wurden von Fachärzten getestet.

#### a) Ergebnisse der SD-Hausärzte

Die Patienten der SD-Hausärzte wiesen einen mittleren MMST-Wert von knapp 24 und einen mittleren DemTect-Wert von 9.71 auf. Beide Werte entsprechen einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung“, werden also nicht dem demenziellen Bereich zugeordnet, aber auch

nicht mehr als altersgemäße Leistung klassifiziert. Beim MMST war der niedrigste erreichte Wert bei den Patienten der SD-Hausärzte 7, beim DemTect 0, so dass bei diesen Patienten davon ausgegangen werden kann, dass sehr deutliche kognitive Einschränkungen vorliegen und sich die betroffenen Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung befinden. Die höchsten Werte waren jeweils die maximal erreichbare Punktzahl von 30 im MMST und 18 im DemTect. Es fanden sich unter den „Verdachtsfällen“ der SD-Hausärzte demnach Patienten mit sehr geringen bzw. gar keinen messbaren als auch sehr deutlichen kognitiven Defiziten.

### **b) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten**

Die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten beider Ärztegruppen kann anhand der Ergebnisse der Kurz-Tests durchschnittlich mit „leichter kognitiver Beeinträchtigung“ beschrieben werden. Die Patienten der SD-Hausärzte erreichten im Mini-Mental Status Test einen mittleren Punktwert von 23.94, die der Fachärzte einen Punktwert von 22.51 (Range 5-30), was keinen signifikanten Unterschied bedeutet (t- und U-Test,  $p > .05$ ). Im DemTect dagegen wiesen die Patienten, bei denen die Diagnostik von den Fachärzten durchgeführt wurde, mit 7.53 Punkten einen signifikant niedrigeren Wert auf als die Patienten der SD-Hausärzte mit 9.71 Punkten ( $t(148) = 2.66$ ,  $p = .009$ ,  $g = .440$ ; U-Test,  $p = .012$ ). Es handelt sich um ein hochsignifikantes Ergebnis mit mittlerer Effektstärke. In beiden Gruppen war der niedrigste Wert 0, der höchste 18. Nur beim DemTect wird der Unterschied also signifikant, beim MMST geht es aber in die gleiche Richtung. Die Patienten, die die SD-Hausärzte in die Studie eingeschlossen haben, zeigten also „bessere“ Werte bezüglich kognitiver Leistungsfähigkeit als die Patienten der ZW-Hausärzte. Das lag aber nicht daran, dass bei den Patienten der SD-Hausärzte seltener die Diagnose „Demenz“ gestellt wurde, die Zahl der Demenzdiagnosen unterschied sich mit 57.7 und 66.2 % wie bereits ausgeführt nicht signifikant ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Es gibt mehrere mögliche Erklärungen für den Unterschied zwischen den Ärztegruppen bezüglich des DemTect:

- Die SD-Hausärzte führen die Screeningverfahren anders durch als die Fachärzte. Möglicherweise schafften die SD-Hausärzte eine geeignetere Testsituation oder sie motivierten die Patienten stärker oder waren aufgrund ihrer persönlichen Beziehung zum Patienten auf dem Hintergrund einer „Schonung“ des Patienten eher geneigt, mehr Punkte zu vergeben. Es würde sich aber nur um eine vermeintliche Schonung handeln, denn eine wirklich verständnisvolle Haltung für den Patienten würde bedeuten, ihm möglichst frühzeitig und authentisch die Diagnose mitzuteilen statt aus falscher Rücksichtnahme bei den Tests „ein Auge zuzudrücken“. Möglicherweise spielen bei den SD-Hausärzten auch Gründe, sich selbst zu schonen und sich beispielsweise die Befundmitteilung zu ersparen, eine Rolle. Diese Verhaltensweise – ob egoistisch oder altruistisch motiviert – kann auch unbeabsichtigt sein. Es wäre jedenfalls denkbar, dass die Fachärzte objektiver getestet haben als die SD-Hausärzte und daher weniger Punkte vergaben.
- Die Patienten der Fachärzte wurden von den ZW-Hausärzten rekrutiert. Möglicherweise überwiesen die ZW-Hausärzte ihre Patienten erst bei stärkerem Verdacht. Das

könnte eventuell an einer geringeren Motivation der ZW-Hausärzte zur Früherkennung und Behandlung von Demenzerkrankungen liegen. Dann hätten die SD-Hausärzte die Patienten in einem früheren Stadium erkannt.

- Möglich ist aber auch, dass die ZW-Hausärzte es schwerer hatten, ihre Patienten zur Studienteilnahme (welche Untersuchungen im Facharztzentrum erforderte) zu bewegen, so dass diese sich erst bei stärkeren Einschränkungen zur Studienteilnahme bereit erklärten: Die Patienten (vielleicht mit Mobilitätseinschränkungen oder Orientierungsstörungen) mussten ggf. längere unbekannte Wege in Kauf nehmen, weiteren zeitlich aufwendigen Diagnostikterminen zustimmen, zur Diagnostik in eine Psychiatrische Klinik gehen und sich von ihnen nicht bekannten Ärzten untersuchen lassen, was alles die Hemmschwelle zur Studienteilnahme erhöht haben könnte. Das entspricht den Aussagen einiger Hausärzte im Fragebogen: 27 % der ZW-Hausärzte, die von einer Ablehnung der Studie durch Patienten berichteten, führten aus, dass diese die Untersuchung in der Psychiatrie ablehnten (vgl. Abschnitt 5.2.2).

Dass sich im MMST im Gegensatz zu DemTect kein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten der Ärztegruppen ergibt (wobei die MMST-Werte in die gleiche Richtung gehen wie die DemTect-Werte), könnte damit zusammen hängen, dass der MMST im Vergleich zum DemTect einen geringeren Schwierigkeitsgrad aufweist und im DemTect auch andere kognitive Funktionen getestet werden (vgl. Abschnitt 4.2.3.2). Die Fachärzte veranlassten – ergänzend zu den durchgeführten Screeningverfahren – bei 16.9 % (11 der 65 Patienten) eine ausführliche neuropsychologische Untersuchung.

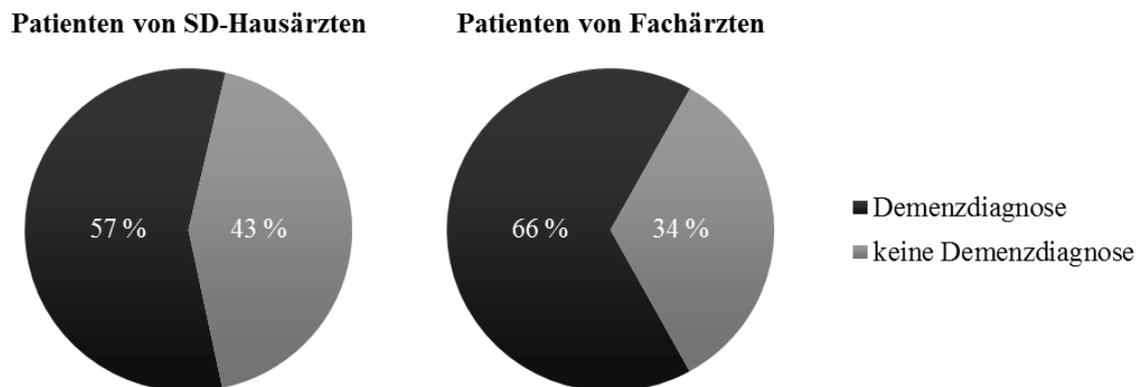
Im Rahmen der Studie war die Durchführung der Screeningtests vorgeschrieben, im Allgemeinen führen Hausärzte diese deutlich seltener durch (in ca. 20 % der Fälle; Stoppe, Haak et al., 2007). Nach Kaduszkiewicz et al. (2007) würden nur 43 % der Hausärzte bei Verdacht auf kognitive Störungen überhaupt regelmäßig kognitive Tests anwenden.

### 5.3.1.3 Häufigkeit positiver und negativer Demenzdiagnosen

Bei 92 (60.9 %) der 151 Patienten, die innerhalb der Studie eine Diagnose erhielten, bestätigte sich der Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung und sie erhielten die Diagnose „Demenz“ (vgl. Tab. 5.7) – wobei nur die primären Demenzformen gemeint sind (vgl. Abschnitt 4.2.2). Bei 59 (39.1 %) wurde also nicht die Diagnose „Demenz“ gestellt (vgl. Tab. 5.6).

Die SD-Hausärzte diagnostizierten bei 57.0 % „ihrer“ Verdachtsfälle eine demenzielle Erkrankung, die Fachärzte bei 66.2 % (vgl. Abb. 5.8). Es gab bezüglich der Häufigkeit positiver bzw. negativer Diagnosen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Patienten, die von den SD-Hausärzten diagnostiziert wurden, und den Patienten, die von den Fachärzten diagnostiziert wurden ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ), d.h. die SD-Hausärzte unterschieden sich in der Anzahl der Demenzdiagnosen ( $n = 49$  von 86; 57.0 %) nicht von den Fachärzten ( $n = 43$  von 65; 66.2 %). Die Hausärzte achten also auf mögliche Symptome und haben dementsprechend

diagnostische Untersuchungen eingeleitet. Zudem führte ihr Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung in den überwiegenden Fällen zu einer Bestätigung dieser Diagnose.



*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte.

Abbildung 5.8

*Verteilung der gestellten positiven und negativen Diagnosen – vergleichend in beiden Ärztegruppen*

Der Prozentsatz an positiven und negativen Diagnosen im Bereich der Demenzdiagnostik ist plausibel: Eine deutsche Untersuchung, die sich auf Patienten bezieht, die an eine Gedächtnisambulanz überwiesen wurden, zeigte, dass nur 48 % von ihnen dort als dement diagnostiziert wurden (Damian, Kreis, Krumm, Syren & Hentschel, 2003). In der mit start-modem vergleichbaren niederländischen Studie stellten die Hausärzte in 67 % der Verdachtsfälle eine Demenzdiagnose (Hout et al., 2007), also bei einem etwas höheren Prozentsatz als in der vorliegenden Studie mit 57 %.

### 5.3.2 Patienten ohne Demenzdiagnose

Bei 37 der 86 Patienten, bei denen die SD-Hausärzte, und 22 der 65 Patienten, bei denen die ZW-Hausärzte einen Verdacht auf Demenz festgestellt hatten, konnte dieser Verdacht nicht bestätigt werden. Sie erhielten folglich nicht die Diagnose „Demenz“. Bei einigen lagen die festgestellten kognitiven Einschränkungen in anderen Ursachen begründet, bei anderen konnten die vermuteten Defizite nicht objektiviert werden (vgl. Abschnitt 5.3.2.3).

### 5.3.2.1 Leitliniengerechte Diagnostik (Patienten ohne Demenzdiagnose)

#### a) Ergebnisse der SD-Hausärzte

Bei den 37 Patienten, bei denen sich die SD-Hausärzte schließlich gegen die Demenzdiagnose entschieden, führten sie seltener die leitliniengerechten Untersuchungen durch als bei den Patienten insgesamt: Bei 70.3 % wurden die erforderlichen Laborparameter erhoben, bei 24.3 % wurde eine bildgebende Untersuchung veranlasst. Besonders bei der Bildgebung fällt auf, dass sie weniger häufig für nötig gehalten wurde als bei den Patienten gesamt, bei denen sie in immerhin 44.2 % veranlasst wurde. Das ist insofern nachvollziehbar, als dass aufgrund der vielleicht zuerst vorliegenden Ergebnisse von Anamnesegespräch und Screeningtests sich der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung ggf. schon entkräftet hat bzw. andere Ursachen für die Symptome ermittelt werden konnten, so dass weitere Untersuchungen, insbesondere solch vergleichsweise aufwändige wie die bildgebende, keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn erwarten ließen (vgl. auch Abschnitt 5.3.3.3.1). Die SD-Hausärzte führten somit bei ca. einem Viertel der Patienten, die nach Abschluss der Diagnostik keine Demenzdiagnose erhielten, eine leitliniengerechte Diagnostik durch.

#### b) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten und zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten

Bei den Patienten, bei denen der Verdacht auf eine Demenz nicht bestätigt wurde, ergeben sich im Gegensatz zu den Patienten gesamt keine signifikanten Unterschiede bei den durchgeführten diagnostischen Untersuchungen – weder zwischen SD- und ZW-Hausärzten bei Laborparametern ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ), Bildgebung (Fisher-Test,  $p > .05$ ) und Kombination Laborparameter / Bildgebung (Fisher-Test,  $p > .05$ ) noch zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten bei Laborparametern, Bildgebung und Kombination Laborparameter / Bildgebung (jeweils  $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Die Fachärzte veranlassten jedoch bei 40.9 % (9 von 22) eine ausführliche neuropsychologische Diagnostik.

Tabelle 5.6

*Patienten ohne Demenzdiagnose: Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten sowie zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten bezüglich der durchgeführten Diagnostik und Therapie*

	Patienten von SD-Hausärzten		Patienten von ZW-Hausärzten bzw. Fachärzten				Gesamt: Patienten von SD- und ZW-Hausärzten bzw. Patienten von SD-Hausärzten und Fachärzten			
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
Anzahl der Patienten ohne Demenzdiagnose	37		22		22		59		59	
<u>Leitliniengerechte Diagnostik</u>										
Laborparameter erhoben	26	70.3	12	54.5	14 <sup>a</sup>	63.6	38	64.4	40 <sup>a</sup>	67.8
Bildgebung durchgeführt	9	24.3	4	18.2	10 <sup>a</sup>	45.5	13	22.0	19 <sup>a</sup>	32.2
Laborparameter <u>und</u> Bildgebung	9	24.3	2	9.1	7 <sup>a</sup>	31.8	11	18.6	16 <sup>a</sup>	27.1
<u>Kognitive Leistungsfähigkeit</u>										
MMST	27.54	1.89			28.73	1.03			27.98	1.72
DemTect	13.86	3.51			12.55	2.97			13.37	3.35
<u>Diagnose:</u>										
- Altersentspr. geist. Leistungsfähigkeit	21	56.8			4	18.2			25	42.4
- Leichte kognitive Störung	6	16.2			8	36.4			14	23.7
- Beschwerden begründet in metabolischer oder sonst. Erkrankung	2	5.4			1	4.5			3	5.1
- Beschwerden begründet in Depression / V.a. Depression	2	5.4			9	40.9			11	18.6
- Klinisch oder anamnestisch unklar, Weiterleitung an Facharzt	6	16.2							(siehe SD-Hausärzte)	

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung. MMST: Mini-Mental Status Test.

<sup>a</sup> Die Fachärzte führten diese Untersuchungen nicht selbst durch, sondern verwendeten die Untersuchungsergebnisse der ZW-Hausärzte. Sie konnten die Untersuchungen aber nachträglich bei den ZW-Hausärzten anfordern, wenn diese nicht existierten: Sie forderten 2x Laborparameter, 6x Bildgebung an.

### 5.3.2.2 Kognitive Leistungsfähigkeit (Patienten ohne Demenzdiagnose)

#### a) Ergebnisse der SD-Hausärzte

Die Patienten der SD-Hausärzte, die nicht die Diagnose „Demenz“ erhielten, zeigten „gute“ mittlere Werte von 27.54 Punkten im MMST und 13.89 im DemTect. Beide Punktwerte weisen auf eine „altersgemäße kognitive Leistung“ hin. Es finden sich im MMST ausschließlich Werte von mindestens 23 Punkten. Die volle Punktzahl von 30 Punkten ist der höchste erreichte Wert. Diese Angaben sind mit der Diagnose „keine Demenz“ in Einklang zu bringen. Auch bzgl. des DemTects war der höchste Wert die volle Punktzahl (18 Punkte), dagegen liegt der niedrigste erreichte Wert bei 4, der nächsthöhere war 8. Bei diesen beiden niedrigsten Werten, die durchaus auf eine deutliche Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit schließen lassen, konnten sich die SD-Hausärzte weder für noch gegen eine Demenzdiagnose entscheiden und empfahlen eine Untersuchung durch einen Facharzt (vgl. Exkurs unten). Der niedrigste DemTect-Wert eines Patienten, bei dem sich die Hausärzte auf die Entscheidung gegen eine Demenzdiagnose festlegten, war 9.

Bei 6 Patienten (d.h. in nur 7.0 % aller Patienten von SD-Hausärzten mit Verdacht auf Demenz) waren die SD-Hausärzte nicht in der Lage, eine Diagnose zu stellen, bzw. blieben zu klärende Fragen offen (vgl. Exkurs unten). Daher überwiesen sie diese Patienten zur genauen Abklärung an das entsprechende Facharztzentrum. Ob dort eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert wurde oder nicht, wurde im Rahmen der Studie nicht erhoben. Es handelt sich dabei um Patienten von 6 verschiedenen SD-Hausärzten. 22 SD-Hausärzte haben im Rahmen der Studie Patienten diagnostiziert, nur 6 von ihnen fühlten sich bei jeweils einem Patienten bzgl. der Diagnose nicht sicher genug. Das bedeutet auch, 16 Ärzte hatten aus ihrer Sicht keine Probleme bei der durchgeführten Diagnostik und der anschließenden Diagnosestellung. In der Studie von Stoppe, Haak et al. (2007), bei den denen die Ärzte ihr Vorgehen anhand von theoretischen Fallvignetten angeben sollten, hätten sie in über 80 % an einen Facharzt überwiesen, in der Studie von Donath et al. (2010) in 45.5 %.

#### b) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten

Bezüglich des DemTects ergab sich kein Unterschied zwischen dem Mittelwert von 13.86 Punkten bei den Patienten der SD-Hausärzte und dem Mittelwert von 12.55 (Range 6 - 18) bei denen der Fachärzte (t-Test,  $p > .05$ ; U-Test,  $p > .05$ ). Die Werte beider Gruppen können gerade noch als „altersgemäße kognitive Leistung“ interpretiert werden. Der Vergleich der Mittelwerte des MMST zeigt ein hochsignifikantes Ergebnis mit hoher Effektstärke ( $t(56.69) = -3.112$ ,  $p = .003$ ,  $g = .730$ ; U-Test,  $p = .016$ ) mit einem niedrigeren Wert bei den Patienten der SD-Hausärzte (27.54) als bei denen der Fachärzte (28.73, Range 27 - 30). Wegen der geringen Streuung wird der marginal erscheinende Unterschied zwischen den Mittelwerten signifikant.

Der Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des MMST-Wertes könnte möglicherweise durch die 6 Patienten, bei denen sich die SD-Hausärzte nicht auf eine konkrete Diagnose festlegen konnten und daher an Fachärzte verwiesen (vgl. Tab. 5.6), begründet sein. Diese Patienten wiesen nämlich erwartungsgemäß niedrigere Mittelwerte in MMST und

DemTect auf als die Patienten, bei denen die SD-Hausärzte sich klar gegen die Diagnose „Demenz“ entschieden haben. Wenn man diese sechs Patienten nicht mit berücksichtigt, relativiert sich das Ergebnis (aus Gründen der Genauigkeit wird darauf im Exkurs unten im Detail eingegangen. Für das Gesamtverständnis spielt der Inhalt des Exkurses jedoch keine Rolle): Nur der t-Test ergibt beim MMST noch einen signifikanten (allerdings deutlich geringeren) Unterschied, der U-Test nicht. Im DemTect ergibt sich sogar ein signifikant niedriger Wert bei den Patienten der Fachärzte. Insgesamt reduzieren sich demnach die Unterschiede zwischen den SD-Hausärzten und den Fachärzten. Bei beiden Gruppen geht man auch sowieso von derselben Bewertung, nämlich einer „normalen“ – altersgemäßen – kognitiven Leistungsfähigkeit, aus.

#### Exkurs: Patienten, die von den SD-Hausärzten an ein Facharztzentrum weitergeleitet wurden

##### Beschreibung der Patienten:

Nur in 6 Fällen (d.h. in 7.0 % aller Patienten von SD-Hausärzten mit Verdacht auf Demenz) überwiesen die SD-Hausärzte zur weiteren Diagnostik zusätzlich zu einem Facharztzentrum. Diese Patienten hatten erwartungsgemäß etwas niedrigere Mittelwerte in den Kurztests MMST ( $M = 26.67$ ,  $s = 1.37$ , Range 25 - 29) und DemTect ( $M = 11.17$ ,  $s = 5.15$ , Range 4 - 18) als die Patienten, bei denen die SD-Hausärzte sich gegen eine Demenzdiagnose entscheiden haben (MMST  $M = 27.71$ ,  $s = 1.95$ ; DemTect  $M = 14.39$ ,  $s = 2.93$ ). Der DemTect zeichnet allerdings ein differenziertes Bild mit Werten zwischen 4 und 18. Bei 4 Fällen gab es Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen von MMST und DemTect.

Möglicherweise waren diese unterschiedlichen Ergebnisse ein Auslöser für die Entscheidung der SD-Hausärzte zur Weiterleitung des Patienten an den Facharzt. Mit einem mittleren Alter von 69.67 Jahren ( $s = 14.83$ ) waren die Patienten geringfügig jünger als diejenigen ohne Demenzdiagnose ( $M = 70.53$ ,  $s = 9.50$ ), der jüngste war 46 Jahre alt. Trotz der Unsicherheit bezüglich der Diagnose, aufgrund derer man verstärkte diagnostische Bemühungen erwarten würde, führten die SD-Hausärzte nicht immer alle Untersuchungen durch: Nur bei 4 der 6 Patienten erhoben sie die Laborparameter, nur bei 3 veranlassten sie die Bildgebung.

##### Vergleich zwischen den Ärztgruppen:

Lässt man beim Vergleich zwischen SD- und ZW-Hausärzten sowie zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten die Daten dieser 6 Patienten weg, ergibt sich lediglich ein signifikanter Unterschied zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten bezüglich der durchgeführten Bildgebung ( $\chi^2(1) = 4.16$ ,  $p = .041$ ,  $w = .280$ ), sie lag bei den Fachärzten häufiger vor ( $n = 10$ , 45.5 %) als bei den SD-Hausärzten ( $n = 6$ , 19.4 %).

Bezüglich des MMST ergibt sich auch hier ein signifikant niedriger Mittelwert bei den SD-Hausärzten mit 27.71 ( $s = 1.95$ ) als bei den Fachärzten mit 28.73 ( $s = 1.03$ ) im t-Test ( $t(47.705) = -2.46$ ,  $p = .018$ ,  $g = .623$ ; U-Test,  $p > .05$ ), bezüglich des DemTect-Wertes ist es allerdings genau umgekehrt: Hier zeigen die Patienten der SD-Hausärzte mit 14.39 ( $s = 2.93$ ) einen signifikant höheren Mittelwert als die der Fachärzte mit 12.55 ( $s = 2.97$ ;  $t(51) = 2.24$ ,  $p = .029$ ,  $g = .624$ ; U-Test,  $p = .037$ ).

Bezüglich Alter und Geschlecht von Patient und Angehörigen ändert sich nichts beim Vergleich zwischen den Ärztgruppen, wenn man die sechs Patienten aus der Rechnung heraus nimmt ( $\chi^2$ -, t-, U-Test,  $p > .05$ ).

Fazit:

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Patienten mit Weiterleitung an Facharztzentren (bei denen sich die SD-Hausärzte also nicht auf eine Diagnose festlegen konnten) im Vergleich zu den Patienten der SD-Hausärzte ohne Demenzdiagnose etwas jünger waren und etwas schlechter in den Kurztests bezüglich kognitiver Leistung abgeschnitten haben. Lässt man in den Vergleichen zwischen den Ärztegruppen die Daten dieser sechs Patienten weg, ergeben sich aber ähnliche Ergebnisse oder es ergeben sich indifferente Ergebnisse (wie bei den MMST- und DemTect-Werten, die mal bei den SD-Hausärzten, mal bei den Fachärzten höher waren). Insgesamt ergeben sich keine klaren Hinweise darauf, dass diese Patienten gesondert betrachtet werden müssen.

### 5.3.2.3 Diagnose: keine Demenz

Die bloße Feststellung, dass bei einem Patienten keine demenzielle Entwicklung vorliegt, reichte nicht aus. Es sollte auch angegeben werden, welche Ursache den vorhandenen Symptomen sonst zugrunde liegt bzw. dass die vermeintlichen Symptome nicht objektiviert werden konnten.

In 56.8 % der Fälle, in denen sie keine (primäre) Demenz diagnostizierten, – und damit am häufigsten – legten sich die SD-Hausärzte nach der Diagnostik auf „Altersentsprechende geistige Leistungsfähigkeit“ fest. Bei 16.2 % stellten sie eine „Leichte kognitive Störung“ fest.

Bei den meisten der Patienten, die von den ZW-Hausärzten an ein Facharztzentrum überwiesen wurden, dort aber keine Demenzdiagnose erhielten, waren die Beschwerden „durch depressive Symptome begründet“ (40.9 %), bei 36.4 % von ihnen wurde eine „Leichte kognitive Störung“ (d.h. objektivierbare Einbußen in der kognitiven Leistungsfähigkeit, ohne dass die Kriterien für eine Demenz erfüllt sind) festgestellt.

Konnten sie keine Demenzerkrankung feststellen, neigten die SD-Hausärzte also häufiger als die Fachärzte dazu, die Leistung als altersgemäß und damit als nicht-pathologisch zu bewerten, als andere Diagnosen zu stellen (wie leichte kognitive Störung, metabolische oder sonstige Erkrankung, Depression) ( $\chi^2(1) = 12.68, p = .000, w = .489, n = 53$ ). Dabei handelt es sich um ein hochsignifikantes Ergebnis mit hoher Effektstärke. Die Diagnostik der Fachärzte ist somit als differenzierter zu bewerten. Dass die Fachärzte eher als die SD-Hausärzte auch leichtere kognitive Einschränkungen als nicht mehr altersgemäß bewerteten, ist nachvollziehbar. Auffällig ist auch, dass sie deutlich häufiger Depressionen als Ursache für die Symptome erkannten (40.9 %,  $n = 9$ ) als die SD-Hausärzte mit nur 5.4 % ( $n = 2$ ). Beide Aspekte sind vermutlich auf das Expertenwissen der Fachärzte zurückzuführen. Metabolische oder sonstige Erkrankungen wurden von beiden Ärztegruppen nur sehr selten als Ursache für die Beschwerden angegeben. Auch in einer Studie von Stoppe, Knoblauch, Haak und Maeck (2007) dachten Neuropsychiatern signifikant häufiger an eine Depression als Hausärzte.

Den SD-Hausärzten ist es meist gelungen, sich für oder gegen die Diagnose Demenz zu entscheiden: Sie waren sich nur in 6 Fällen (7 %) unsicher. Die genauen Ursachen der Beschwerden im Falle von „Nicht-Demenz“ dagegen sollten von den SD-Hausärzten noch

konkretisiert werden. Die Probleme der SD-Hausärzte mit der Differenzialdiagnostik wird auch bei den Patienten, die die Diagnose „Demenz“ erhielten, deutlich (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.3).

### 5.3.3 Patienten mit Demenzdiagnose

Die SD-Hausärzte stellten bei 57.0 % ( $n = 49$ ) der Verdachtsfälle die Diagnose Demenz, die Fachärzte bei 66.2 % ( $n = 43$ ).

#### 5.3.3.1 Diagnostik

##### 5.3.3.1.1 Leitliniengerechte Diagnostik (Patienten mit Demenzdiagnose)

###### a) Ergebnisse der SD-Hausärzte

Bei den Patienten, bei denen der Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung im Anschluss an die diagnostischen Untersuchungen bestätigt wurde, führten die Hausärzte am häufigsten die leitliniengerechte Diagnostik durch, nämlich bei 59.2 %. Zur Erinnerung: Bei ihren Patienten mit Verdacht auf Demenz insgesamt führten sie in ca. 44 % die leitliniengerechten Untersuchungen durch, in der Subgruppe der Patienten ohne Demenzdiagnose in ca. 24 % und in der Subgruppe der Patienten mit Demenzdiagnose also in knapp 60 %.

Die Patienten, bei denen die Demenzdiagnose gestellt wurden, erhielten mehr als doppelt so häufig alle leitliniengerechten Untersuchungen wie diejenigen, die nicht die Diagnose „Demenz“ bekamen. Die SD-Hausärzte erhoben bei 87.7 % die erforderlichen Laborparameter und veranlassten in 59.2 % eine bildgebende Untersuchung des Gehirns (CT oder MRT). Demenzpatienten haben demnach eine höhere Wahrscheinlichkeit, die erforderlichen Untersuchungen vom Hausarzt angeboten zubekommen, als Patienten, bei denen sich die Defizite nicht objektivieren ließen oder bei denen die Symptome auf andere Ursachen zurückgeführt werden konnten. Es scheint also so zu sein, dass bei gravierenderen Symptomen (erfahren durch Beobachtung, Anamnesegespräch, kognitive Tests o.ä.) die SD-Hausärzte eher die entsprechenden Untersuchungen durchführen bzw. deren Durchführung veranlassen. Auch die entgegengesetzte Vorgehensweise wäre denkbar gewesen, dass nämlich die Ärzte bei ausgeprägten Symptomen auf eine oder mehrere Untersuchungen verzichten, da sie die Diagnose bereits stellen können. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Ärzte ihre Diagnose durch mehrere Untersuchungen absichern wollen bzw. die Untersuchungen für die Differenzialdiagnostik für nötig erachten.

Die SD-Hausärzte entschieden sich mit 59 % häufiger für eine Bildgebung als die Hausärzte der Studien von Stoppe, Haak et al. (2007: 33 % bei vaskulärer Demenz bzw. 20 % bei Alzheimer Demenz) und Donath et al. (2010: 41 %). Bei den Laborparametern liegen die sich hier ergebenden Häufigkeiten zwischen denen der anderen beiden Studien (Stoppe, Haak et al., 2007): 82 % bzw. 67 %; Donath et al., 2010: 96 %).

**b) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten**

Bei den Patienten, bei denen schließlich die Diagnose Demenz gestellt wurde, veranlassten die SD-Hausärzte signifikant häufiger als die ZW-Hausärzte die Erhebung der Laborparameter (87.9 vs. 58.1 %;  $\chi^2(1) = 10.42$ ,  $p = .001$ ,  $w = .337$ ) und die Durchführung der Bildgebung (59.2 vs. 25.6 %;  $\chi^2(1) = 10.52$ ,  $p = .001$ ,  $w = .338$ ). Bei der Kombination Laborparameter und Bildgebung wird der Unterschied wieder noch deutlicher ( $\chi^2(1) = 17.70$ ,  $p = .000$ ,  $w = .439$ ). Es handelt sich um hochsignifikante Ergebnisse, die Effektstärken zeigen mittlere bis hohe Effekte.

**c) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten**

Das gleiche Ergebnis zeigt sich im Vergleich zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten: Die SD-Hausärzte veranlassten signifikant häufiger die Untersuchungen, unabhängig davon, ob man Laborparameter und Bildgebung einzeln betrachtet (87.8 vs. 62.8 %;  $\chi^2(1) = 7.85$ ,  $p = .005$ ,  $w = .292$  bzw. 59.2 vs. 37.2 %;  $\chi^2(1) = 4.43$ ,  $p = .035$ ,  $w = .219$ ) oder die Kombination von beiden ( $\chi^2(1) = 10.52$ ,  $p = .001$ ,  $w = .338$ ). Die Fachärzte veranlassten nur bei 4.7 % (2 von 43) eine zusätzliche neuropsychologische Testung. Aus den dargestellten Ergebnissen folgt: Obwohl man davon ausgehen könnte, dass die Fachärzte aufgrund ihrer Qualifikation die Diagnostik so durchführen, wie es den Standards entspricht, haben die SD-Hausärzte sich deutlich häufiger an die Leitlinien gehalten als die Fachärzte. Das ohnehin relativ gute Ergebnis der SD-Hausärzte von 87.9 % bei Laborparametern und das mäßige Ergebnis von 59.2 % bei der Bildgebung werden somit durch den Vergleich mit den Fachärzten noch hervorgehoben und können insgesamt als relativ gute Leistung bewertet werden.

In der Studie von Stoppe, Haak et al. (2007), in der Hausärzte und Neuropsychiater Aussagen zu schriftlichen Fallvignetten treffen sollten, hatten sich die Hausärzte signifikant seltener als die Fachärzte für eine Bildgebung entschieden, nämlich in 32.8 vs. 82.4 % bei dem Fall „Vaskuläre Demenz“ und 19.7 vs. 94.1 % bei dem Fall „Demenz vom Alzheimer-Typ“, allerdings häufiger für die Erhebung von Laborparametern.

Tabelle 5.7

*Patienten mit Demenzdiagnose: Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten sowie zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten bezüglich der durchgeführten Diagnostik und Therapie*

	Patienten von SD-Hausärzten		Patienten von ZW-Hausärzten bzw. Fachärzten				Gesamt: Patienten von SD- und ZW-Hausärzten bzw. Patienten von SD-Hausärzten und Fachärzten			
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
Anzahl der Patienten mit Demenzdiagnose	49		43		43		92		92	
<u>Leitliniengerechte Diagnostik</u>										
Laborparameter erhoben	43	87.8	25	58.1	27 <sup>a</sup>	62.8	68	73.9	70 <sup>a</sup>	76.1
Bildgebung durchgeführt	29	59.2	11	25.6	16 <sup>a</sup>	37.2	40	43.5	45 <sup>a</sup>	48.9
Laborparameter <u>und</u> Bildgebung	29	59.2	7	16.3	11 <sup>a</sup>	25.6	36	39.1	40 <sup>a</sup>	43.5
<u>Kognitive Leistungsfähigkeit</u>										
MMST	21.22	5.90			19.33	6.08			20.34	6.00
DemTect <sup>b</sup>	6.57	3.55			4.90 <sup>c</sup>	3.26			5.80 <sup>d</sup>	3.50
<u>Diagnose:</u>										
- Alzheimer-Demenz	15	30.6			23	53.5			38	41.3
- Vaskuläre Demenz	7	14.3			5	11.6			12	13.0
- Gemischte Demenz	11	22.4			15	34.9			26	28.3
- Demenz – nicht näher bezeichnet	16	32.7			0	0			16	17.4
<u>Leitliniengerechte Therapie</u>										
Verschreibung von Antidementiva <sup>e</sup>	17	34.7			21	48.8			38	41.3
Antidementive Therapie <sup>e</sup> nach 6 Monaten <sup>f</sup>	9 <sup>g</sup>	30.0	16 <sup>h</sup>	45.7			25 <sup>i</sup>	38.5		

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung. MMST: Mini-Mental Status Test.

<sup>a</sup> Die Fachärzte führten diese Untersuchungen nicht selbst durch, sondern verwendeten die Untersuchungsergebnisse der ZW-Hausärzte. Sie konnten die Untersuchungen aber nachträglich bei den ZW-Hausärzten anfordern, wenn diese nicht existierten: Sie forderten 2x Laborparameter, 5x Bildgebung an.

<sup>b</sup> *n* = 91. <sup>c</sup> *n* = 42. <sup>d</sup> *n* = 91. <sup>e</sup> Acetylcholinesterasehemmer oder Memantin. <sup>f</sup> *n* = 65. <sup>g</sup> *n* = 30. <sup>h</sup> *n* = 35. <sup>i</sup> *n* = 65.

<sup>b</sup> Acetylcholinesterasehemmer oder Memantin.

### 5.3.3.1.2 Kognitive Leistungsfähigkeit (Patienten mit Demenzdiagnose)

#### a) Ergebnisse der SD-Hausärzte

Im MMST erreichten die Patienten der SD-Hausärzte, die schließlich die Diagnose Demenz erhielten, im Durchschnitt 21.22 Punkte. Im DemTect wurde ein durchschnittlicher Wert von 6.57 Punkten erreicht. Die Mittelwerte sprechen für eine demenzielle Entwicklung im leichten Stadium. Den SD-Hausärzten scheint es also gelungen zu sein, Demenzen in einem relativ frühen Stadium zu diagnostizieren, was dem Studienziel einer frühzeitigen Diagnose durch Hausärzte entspricht. Im MMST kamen Werte zwischen 7 und 30, im DemTect Werte zwischen 0 und 18, also jeweils sehr niedrige und sehr hohe Werte, vor. Dieser Aspekt wird später noch genauer analysiert.

Die Patienten, die von ihren SD-Hausärzten eine Demenzdiagnose erhielten, schnitten in den Screeningverfahren mit ca. 21 und ca. 7 Punkten schlechter ab als die Patienten, die nicht die Diagnose „Demenz“ erhielten, mit ca. 28 und ca. 14 Punkten. Sie zeigten eine geringere kognitive Leistung, was bei einer demenziellen Erkrankung zu erwarten ist und somit mit der gestellten Diagnose in Einklang zu bringen ist. Es war davon auszugehen, dass Patienten mit höherer kognitiver Leistung eher keine, Patienten mit niedriger kognitiver Leistung eher eine Demenzdiagnose erhielten. In der Studie von Hout et al. (2007) erreichten die Patienten auch einen mittleren MMST von 21.

#### b) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten

Die Patienten der SD-Hausärzte erreichten mit 21.22 Punkten im MMST und 6.57 Punkten im DemTect einen jeweils höheren Mittelwert als die der Fachärzte mit 19.33 (Range 5 - 27) und 4.90 (Range 0 - 15), was aber nur beim DemTect einen signifikanten Unterschied darstellt ( $t(89) = 2.32, p = .023, g = .488$ ; U-Test,  $p = .024$ ). Wie bereits dargestellt, sind die ZW-Hausärzte möglicherweise weniger sensibilisiert bzw. motiviert, Patienten möglichst früh als Demenzpatienten zu identifizieren. Oder deren Patienten erklärten sich erst bei deutlicheren Leistungseinbußen zu weiteren Untersuchungen in einem Facharztzentrum bereit. Eine andere mögliche Erklärung ist eine „Milde-Tendenz“ bei den SD-Hausärzten: Sie haben in der Regel eine engere, emotionalere Beziehung zu ihren Patienten als die Fachärzte, die die Patienten meist zum ersten Mal sehen, und sind daher vielleicht eher geneigt, in den Tests mehr Punkte zu vergeben, oder haben größere Schwierigkeiten, schlechtere Ergebnisse mitzuteilen.

Die Testung erfolgte bei den Patienten der SD-Hausärzte meist direkt nach der Verdachtsstellung und damit der Rekrutierung. Bei den Patienten der ZW-Hausärzte war der Zeitraum zwischen Rekrutierung und Testung in der Regel etwas länger, da erst ein Termin beim Facharztzentrum stattfinden musste. Es handelte sich aber meist nur um einen geringen Zeitraum zwischen wenigen Tagen und drei Wochen. Von einer messbaren Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit in diesem Zeitraum ist nicht auszugehen (vgl. Abschnitt 4.2.3.2).

### c) Interpretation der Werte

Ein MMST-Wert von 22 -18 Punkten bedeutet „starker Verdacht auf Demenz“, ein DemTect-Wert von 8 Punkten oder weniger „Demenzverdacht“. Beide Gruppen lagen mit 21 bzw. 19 im MMST und 7 bzw. 5 im DemTect im Bereich der leichten Demenz. Sowohl die SD- als auch die ZW-Hausärzte haben Patienten mit demenziellen Erkrankungen demnach in einem frühen Stadium erkannt. Auffällig ist allerdings der Range bei den Patienten der SD-Hausärzte von 7 - 30 Punkten im MMST und 0 - 18 Punkten im DemTect.

#### (1) Hohe MMST- und DemTect-Werte

Es gab Patienten der SD-Hausärzte mit sehr hohen Werten im MMST, zwei von ihnen erreichten sogar 30 Punkte. 30 Punkte bedeutet volle Punktzahl, erst bei 27 Punkten und weniger würde man von möglicher kognitiver Beeinträchtigung ausgehen und sich nur in wirklichen Ausnahmefällen bei hohen Werten auf eine demenzielle Erkrankung festlegen. Patienten mit 30 MMST-Punkten die Diagnose „Demenz“ zu geben, noch dazu als Nicht-Fachmann, ist sehr kritisch zu bewerten – selbst wenn man davon ausgeht, dass es nach Meinung der Ärzte eindeutige Anzeichen für eine demenzielle Erkrankung des Patienten gab. In solchen Fällen wäre die Überweisung an einen Facharzt angebracht. Auch im DemTect war der höchste erreichte Wert bei Patienten von SD-Hausärzten, die die Diagnose „Demenz“ erhielten, die volle Punktzahl von 18. Auf den Zusammenhang zwischen Testwerten und Diagnoseentscheidung wird in Abschnitt 5.3.4.2 eingegangen werden.

Auch die Fachärzte stellten bei relativ hohen Testwerten (höchster DemTect-Wert 15, höchster MMST-Wert 27) Demenzdiagnosen, aber die Test-Werte waren erstens deutlich niedriger als bei den SD-Hausärzten und zweitens ist eine Diagnose trotz eher hoher Test-Werte aber auf dem Hintergrund weiterer eingesetzter diagnostischer Mittel wie Eigen- und Fremdanamnese, Laborparameter usw. aufgrund der fachlichen Kompetenz und der Erfahrung anders zu bewerten als bei den SD-Hausärzten (wobei bei diesen speziellen Patienten von den Fachärzten auch keine ausführliche neuropsychologische Testung veranlasst wurde).

#### (2) Niedrige MMST- und DemTect-Werte

Bei sehr niedrigen Werten, z.B. 5 Punkten im MMST (Patient eines Facharztes) – der niedrigste Wert innerhalb der Studie – bzw. 7 (zwei Patienten von zwei SD-Hausärzten) kann – unter der Annahme eines regelmäßigen Arzt-Patient-Kontaktes und eines typischen progressiven Verlaufs der demenziellen Erkrankung – nicht mehr von einer rechtzeitigen Diagnose gesprochen werden; die Hausärzte hätten viel früher eine Diagnostik veranlassen müssen. Viermal 0 Punkte im DemTect bei Fachärzten und einmal bei SD-Hausärzten zeigen das gleiche Bild. Allerdings ist nicht bekannt, ob regelmäßige Besuche des Patienten in der Praxis stattfanden und so der Arzt die Möglichkeit einer früheren Diagnose gehabt hätte. Möglich ist auch, dass der Arzt den Patienten erst zu einem Zeitpunkt kennenlernte, an dem die Erkrankung bereits deutlich fortgeschritten war. Weiterhin gibt es auch Fälle mit plötzlichem Krankheitsbeginn, z.B. nach einem Schlaganfall, so dass auch hier keine frühere Diagnose möglich gewesen wäre. Alle MMST- und DemTect-Werte werden mit der jeweiligen Häu-

figkeit innerhalb der Studie in den Tabellen 5.8 und 5.9 vergleichend in beiden Gruppen dargestellt.

Tabelle 5.8

*Häufigkeitsverteilung der MMST-Werte bei Patienten mit Demenzdiagnose – vergleichend in beiden Ärztegruppen*

MMST-Wert	Patienten von SD-Hausärzten		Patienten von Fachärzten	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
5	-	-	1	2.3
6	-	-	1	2.3
7	2	4.1	-	-
9	-	-	2	4.7
10	2	4.1	-	-
11	-	-	1	2.3
12	-	-	1	2.3
13	3	6.1	3	7.0
14	-	-	3	7.0
15	-	-	1	2.3
16	3	6.1	1	2.3
17	1	2.0	-	-
18	4	8.2	3	7.0
19	1	2.0	-	-
20	5	10.2	1	2.3
21	-	-	3	7.0
22	6	12.2	5	11.6
23	1	2.0	4	9.3
24	5	10.2	4	9.3
25	1	2.0	4	9.3
26	4	8.2	3	7.0
27	6	12.2	2	4.7
28	2	4.1	-	-

*Fortsetzung*

MMST-Wert	Patienten von SD-Hausärzten		Patienten von Fachärzten	
	Häufig- keit	%	Häufig- keit	%
29	1	2.0	-	-
30	2	4.1	-	-
Gesamt	49	100.0	43	100.0

Anmerkungen. SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. MMST: Mini-Mental Status Test.

Tabelle 5.9

*Häufigkeitsverteilung der DemTect-Werte bei Patienten mit Demenzdiagnose  
– vergleichend in beiden Ärztegruppen*

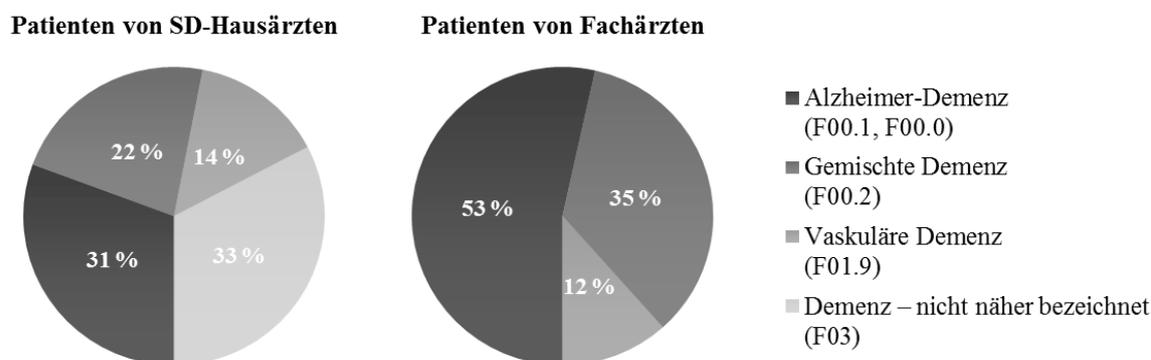
DemTect-Wert	Patienten von SD-Hausärzten		Patienten von Fachärzten	
	Häufig- keit	%	Häufig- keit	%
0	1	2.0	4	9.5
1	2	4.1	1	2.4
2	2	4.1	6	14.3
3	3	6.1	7	16.7
4	5	10.2	2	4.8
5	7	14.3	2	4.8
6	3	6.1	7	16.7
7	11	22.4	4	9.5
8	5	10.2	5	11.9
9	1	2.0	2	4.8
10	6	12.2	-	-
11	-	-	1	2.4
13	1	2.0	-	-
15	-	-	1	2.4
17	1	2.0	-	-
18	1	2.0	-	-
Gesamt	49	100.0	42	100.0

Anmerkungen. SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte.

### 5.3.3.1.3 Demenzform

Die Ärzte hatten nicht nur die Aufgabe, sich für oder gegen die Diagnose „Demenz“ zu entscheiden, sondern im Falle der Entscheidung für die Diagnose „Demenz“ auch die jeweilige Demenzform anzugeben (vgl. Abb. 5.9): Die SD-Hausärzte diagnostizierten in 30.6 % Demenzen vom Alzheimer-Typ (F00.1,  $n = 14$  / F00.0,  $n = 1$ ), gefolgt von gemischten (F00.2, 22.4 %,  $n = 11$ ) und vaskulären Demenzen (F01.9, 14.3 %,  $n = 7$ ). In den meisten Fällen entschieden sie sich allerdings für die Diagnose „Demenz – nicht näher bezeichnet“ (F03, 32.7 %,  $n = 16$ ).

Die Fachärzte stellten in 53.5 % die Diagnose „Alzheimer-Demenz“ (F00.1, 53.5 %,  $n = 23$ ), in 34.9 % ( $n = 15$ ) „Gemischte Demenz“ und in 11.6 % ( $n = 5$ ) „Vaskuläre Demenz“ (letztere wurde zum Teil auch spezifischer codiert, z.B. „Subkortikale vaskuläre Demenz“), die Diagnose „Demenz – nicht näher bezeichnet“ (F03) wurde von den Fachärzten nie vergeben.



*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte.

Abbildung 5.9

*Verteilung der diagnostizierten Demenzformen – vergleichend in beiden Hausarztgruppen*

Die hohe Zahl der Diagnosen „Demenz – nicht näher bezeichnet“ bei den SD-Hausärzten weist auf eine Unsicherheit der Hausärzte bezüglich der Differenzialdiagnostik – obwohl diese natürlich Bestandteil der Schulung war – hin. Die Fachärzte legten sich erwartungsgemäß immer auf eine konkrete Diagnose fest. Andere denkbare Erklärungen für die hohe Zahl an unspezifischen Diagnosen wäre, dass die Hausärzte die spezifische Diagnose für nicht so wichtig erachten oder dass sie sich scheuen, ihre Patienten mit der Diagnose „Alzheimer-Krankheit“ zu konfrontieren. Problematisch an einer unspezifischen Diagnose ist vor allem, dass sich nur aus der differenzialdiagnostischen Abklärung Implikationen für die Therapie ergeben können (Melchinger, 2010b), z.B. bezüglich antidementiver Medikation oder Behandlung vaskulärer Grunderkrankungen.

Die hohe Zahl an Alzheimer-Diagnosen bei beiden Ärztgruppen passt zu der Verteilung der Demenzformen mit der Alzheimer-Erkrankung als häufigster Ursache von De-

menzerkrankungen allgemein (vgl. Abschnitt 2.2.3). Man würde allerdings – ausgehend von der Prävalenz – einen noch höheren Anteil erwarten. In anderen Studien wurde kritisch angemerkt, dass Hausärzte häufiger vaskuläre als Alzheimer-Demenzen diagnostizieren (z.B. Riedel-Heller et al., 2000). Dieser Aspekt konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden.

Dass die unspezifische Diagnose „Demenz – nicht näher bezeichnet“ häufig von Hausärzten gestellt wird, zeigt z.B. auch eine Studie über Berliner Pflegeheimbewohner mit Demenz, bei denen die Diagnose in 70 % von den Hausärzten gestellt wurde: Mit 55 % war „Demenz – nicht näher bezeichnet“ dort die am häufigsten angegebene Diagnose (Majic et al., 2010).

#### **5.3.3.1.4 Plausibilität der Demenzdiagnosen der SD-Hausärzte**

Die SD-Hausärzte diagnostizierten in 57.0 % der Verdachtsfälle eine demenzielle Erkrankung ( $n = 49$  von 86). Im Rahmen der Studie konnte die Richtigkeit dieser Diagnose, z.B. durch eine zusätzliche Diagnostik durch unabhängige Fachärzte, nicht abgesichert werden, da dieses den zeitlichen und finanziellen Rahmen der Studie überschritten hätte. Es gibt aber einige Möglichkeiten, die Plausibilität der Diagnosen der SD-Hausärzte allgemein (nicht im jeweiligen Einzelfall) einzuschätzen – im Sinne der Richtigkeit der Entscheidung für oder gegen eine Demenz. Im Folgenden werden diese Einschätzungen dargestellt:

##### **a) Plausibilität der Demenzdiagnosen: Kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten**

Ein wichtiger Baustein der Diagnostik ist die Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten mit den Kurz-Tests MMST und DemTect. Die Patienten, bei denen die SD-Hausärzte eine Demenzdiagnose stellten, erreichten im MMST im Durchschnitt 21.22, im DemTect 6.57 Punkte (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.2). Nach den Richtlinien der Testauswertung werden Werte von 22 - 18 Punkten im MMST als „starker Verdacht auf Demenz“ und Werte von 8 oder weniger Punkten im DemTect als „Demenzverdacht“ interpretiert (vgl. Abschnitt 4.2.3.2).

Fazit zu a):

Vor dem Hintergrund der Validitätsaussagen in der klinischen Literatur sprechen die in dieser Studie ermittelten MMST- und DemTect-Werte für das Vorliegen von Demenzerkrankungen. Die Entscheidung der Hausärzte für die Diagnose Demenz erscheint somit im Hinblick auf die Testwerte plausibel.

## **b) Plausibilität der Demenzdiagnosen: Kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten im Zeitverlauf**

Der klassische Verlauf einer Demenzerkrankung ist durch einen progredienten Verlauf gekennzeichnet. Das Fortschreiten der Erkrankung geht mit einer in der Regel langsamen Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit einher. Die Patienten mit Demenzdiagnose wurden nach einigen Monaten von den Projektmitarbeitern erneut befragt (Nachuntersuchung t1). Es wurden wieder die beiden Kurz-Tests durchgeführt, so dass nun die Daten einer Verlaufsuntersuchung bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit der Demenzpatienten vorliegen. Der Termin sollte ungefähr ein halbes Jahr nach der Diagnose stattfinden, durchschnittlich fand er nach 7.8 Monaten statt. Die genauen Zeitangaben diesbezüglich werden in Abschnitt 5.5 dargestellt.

Innerhalb eines Jahres verschlechtern sich Alzheimerpatienten laut einer Studie von Morris et al. (1989) allgemein durchschnittlich um 2 Punkte im MMST, während Gesunde nur eine sehr geringe Verschlechterung aufweisen. In anderen Studien werden auch höhere Punktverluste im Verlauf einer Demenzerkrankung (mit deutlichen individuellen Unterschieden) angegeben (z.B. Clark et al., 1999). Es wird also erwartet, dass die Tests in dieser Studie zum zweiten Untersuchungszeitpunkt im Durchschnitt niedrigere Werte liefern als zum ersten Zeitpunkt. Es muss aber beachtet werden, dass sich bei einem Zeitraum von durchschnittlich nur knapp acht Monaten die Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit erstens möglicherweise noch nicht deutlich in den Testergebnissen manifestiert. Zweitens wurden einige Patienten in der Zwischenzeit medikamentös behandelt, was den Krankheitsverlauf möglicherweise verzögert hat. Ein Gleichbleiben der mittleren Werte wäre also auch plausibel. Eine signifikante Erhöhung der Werte hingegen würde Zweifel an der Diagnose Demenz aufkommen lassen.

Die SD-Hausärzte dokumentierten bei ihren Studienpatienten, bei denen sie eine demenzielle Entwicklung feststellten, im Rahmen der Diagnostik (Untersuchungszeitpunkt t0) einen MMST-Mittelwert von 21.22 und einen DemTect-Mittelwert von 6.57 (vgl. Tab. 5.7). Von diesen 49 Patienten liegen von 30 (MMST) bzw. 28 (DemTect) Daten der Nachuntersuchung (t1) vor; 19 Patienten der SD-Hausärzte konnten nicht nachuntersucht werden (vgl. Abschnitt 5.2.3). Diese 19 Drop Out-Patienten der SD-Hausärzte scheinen zum Diagnosezeitpunkt t0 etwas schwerer betroffen gewesen zu sein (MMST:  $M = 20.84$ ,  $s = 6.36$ , DemTect:  $M = 6.79$ ,  $s = 4.21$ ,  $n = 19$ ) als diejenigen, die später an der Nachuntersuchung t1 teilnahmen (MMST:  $M = 21.47$ ,  $s = 5.69$ ,  $n = 30$ , DemTect:  $M = 6.43$ ,  $s = 3.11$ ,  $n = 28$ ). Tatsächlich ergeben sich aber kein signifikanten Unterschiede (t-Test, U-Test,  $p > .05$ ).

### **(1) Die MMST- und DemTect-Mittelwerte im Verlauf**

Der Mittelwert im MMST betrug zum Nachuntersuchungszeitpunkt t1 bei den Patienten der SD-Hausärzte 20.33, im DemTect 6.86, so dass der MMST rein numerisch um ca. einen Punkt geringer ausfällt als zum ersten Untersuchungszeitpunkt t0, während der DemTect sogar marginal höher ausfällt (vgl. Tab. 5.10). Für die Datenanalyse bietet sich eine zweifache Varianzanalyse mit dem Innersubjektfaktor „t0 / t1“ und dem Zwischensubjektfaktor

„SD-Hausärzte / Fachärzte“ an. Abhängige Variable ist der MMST- bzw. der DemTect-Wert.

Bezüglich des zeitlichen Verlaufs ergibt sich beim MMST ein signifikanter Haupteffekt:  $F(1, 61) = 4.90, p = .031, \eta^2 = .074$ . Für die Ärztegruppen bzw. für die Interaktion beider Faktoren ergab sich kein signifikanter Effekt. Für den zeitlichen Verlauf kann somit festgestellt werden, dass die MMST-Werte für die Patienten beider Ärztegruppen im vergleichbaren Maße abnahmen, sich also verschlechterten.

Die gleiche Analyse führte bei den DemTect-Werten weder zu einem signifikanten Haupt- noch zu einem Interaktionseffekt. Es war lediglich eine Tendenz zu einem Haupteffekt für die Ärztegruppen feststellbar:  $F(1, 59) = 3.25, p = .077, \eta^2 = .052$ , d.h. die Patienten der SD-Hausärzte wiesen tendenziell höhere Werte zu beiden Zeitpunkten auf. Von größerem Interesse ist aber, dass der DemTect-Wert zeitlich stabil blieb, während der MMST-Wert sich tendenziell verschlechterte. Aufgrund der höheren maximal erreichbaren Punktzahl und aufgrund der direkten Auswertung ohne Umcodierung entsprechend den Altersnormwerten scheint der MMST eher für Verlaufsuntersuchungen geeignet als der DemTect.

Die MMST- und DemTect-Werte der Patienten, die die SD-Hausärzte dokumentierten, zeigen einen vergleichbaren zeitlichen Verlauf wie die der Fachärzte.

Tabelle 5.10

*Mittelwerte MMST und DemTect der Patienten mit Demenzdiagnose im Zeitverlauf – vergleichend in beiden Ärztegruppen*

<b>Patienten von SD-Hausärzten</b>						
	<i>n</i>	<i>t0</i>		<i>t1</i>		Differenz
		<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
MMST-Wert	30	21.47	5.69	20.33	5.79	-1.14
DemTect-Wert	28	6.43	3.11	6.86	4.63	0.43
<b>Patienten von Fachärzten</b>						
	<i>n</i>	<i>t0</i>		<i>t1</i>		Differenz
		<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
MMST-Wert	33	19.79	5.41	18.82	6.37	-0.97
DemTect-Wert	33	4.94	3.24	5.24	3.52	0.3

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. *n*: Anzahl. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung. MMST: Mini-Mental Status Test. *t0*: erster Messzeitpunkt. *t1*: zweiter Messzeitpunkt.

**(2) Die MMST- und DemTect-Werte der einzelnen Patienten im Verlauf**

Betrachtet man die Werte der einzelnen Patienten der SD-Hausärzte im Verlauf (vgl. Tab. 5.11), so wird deutlich, dass sich die Werte der meisten Patienten (17 Patienten) im MMST um einige Punkte verschlechtert haben, was einem normalen Krankheitsverlauf entspricht. Einige Werte haben sich nicht verändert (5 Patienten), einige Werte haben sich sogar leicht verbessert (8 Patienten).

Keine Veränderung oder sogar eine Verbesserung der Werte stehen nicht prinzipiell im Widerspruch zur Demenzdiagnose. Sie könnten Ausdruck einer nur geringen Progredienz der Erkrankung oder einer medikamentösen Therapie sein. Auch Einflüsse im Sinne von Messfehlern (z.B. Schwankungen in der Tagesverfassung oder der Motivation des Patienten) können kleinere Veränderungen der Punkt-Werte nach oben oder unten bedingen.

Auffällig sind die beiden Ausreißer (Patienten Nr. 20 und 22), die sich um 10 bzw. 11 Punkte verbessert bzw. verschlechtert haben. Obwohl stark fluktuierende Tagesverfassungen nicht ausgeschlossen werden können, erscheint eine derart drastische Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit – insbesondere eine Verbesserung – unwahrscheinlich. Daher wurde in einem ergänzenden Auswertungsschritt eine Eliminierung der Ausreißer vorgenommen (vgl. unten).

Tabelle 5.11

*Einzelne MMST- und DemTect-Werte der Patienten mit Demenz im Zeitverlauf (SD-Hausärzte)*

Pat. Nr.	MMST			DemTect		
	t0	t1	Differenz	t0	t1	Differenz
			- / +			- / +
1	22	26	+4	10	9	-1
2	27	23	-4	7	8	+1
3	22	22	0	8	6	-2
4	20	18	-2	6	5	-1
5	17	13	-4	7	4	-3
6	23	22	-1	9	6	-3
7	27	27	0	7	15	+8
8	28	23	-5	7	10	+3
9	20	17	-3	-	-	-
10	26	25	-1	7	13	+6
11	29	28	-1	10	12	+2
12	24	26	+2	5	6	+1
13	20	24	+4	10	11	+1
14	27	26	-1	5	12	+7
15	24	25	+1	13	9	-4

*Fortsetzung*

Pat. Nr.	MMST					DemTect				
	t0	t1	Differenz			t0	t1	Differenz		
			-	/	+			-	/	+
16	24	20	-4			-	-	-	-	-
17	16	17			+1	1	3			+2
18	13	9	-4			2	0	-2		
19	26	26		0		7	8			+1
20	22	11	-11			4	1	-3		
21	28	25	-3			8	15			+7
22	7	17			+10	6	4	-2		
23	25	23	-2			8	10			+2
24	24	24		0		7	8			+1
25	10	7	-3			0	0		0	
26	16	17			+1	7	3	-4		
27	13	11	-2			2	0	-2		
28	16	16		0		1	0	-1		
29	26	18	-8			6	3	-3		
30	22	24			+2	10	11			+1
Gesamt			-59		+25			-31		+43

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. MMST: Mini-Mental Status Test. t0: erster Messzeitpunkt. t1: zweiter Messzeitpunkt.

Der Vergleich mit der Referenzgruppe der Fachärzte (vgl. Tab 5.12) zeigt, dass die MMST-Werte der Patienten im Zeitverlauf sich ähnlich darstellen wie bei den SD-Hausärzten: die meisten verschlechtern sich, einige verändern sich nicht, einige verbessern sich. Auch hier ist ein deutlicher Ausreißer zu sehen (Patient Nr. 6). Die beiden Ärztegruppen unterscheiden sich in der Häufigkeit negativer / neutraler und positiver Entwicklungen nicht ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ).

Beim DemTect scheint der Verlauf weniger eindeutig zu sein: es gibt bei den SD-Hausärzten ungefähr ebenso viele Patienten, deren Werte sich beim DemTect im Zeitverlauf verbessern wie verschlechtern (vgl. Tab. 5.11). Allerdings ist das Ergebnis auch hier mit den Patienten der Fachärzte vergleichbar (vgl. Tab. 5.12). Wieder gibt es in beiden Gruppen Ausreißer, allerdings deutlich häufiger in der Gruppe der SD-Hausärzte. Die beiden Ärztegruppen unterscheiden sich in der Häufigkeit negativer / neutraler und positiver Entwicklungen nicht ( $\chi^2(1) = .33$ ,  $p > .05$ ). Auch bei diesem Aspekt zeigt sich beim Vergleich SD-Hausärzte und Fachärzte also keine Unterlegenheit der SD-Hausärzte.

Tabelle 5.12

*Einzelne MMST- und DemTect-Werte der Patienten mit Demenz im Zeitverlauf (Fachärzte)*

Pat. Nr.	MMST					DemTect				
	t0	t1	Differenz			t0	t1	Differenz		
			-	/	+			-	/	+
1	26	23	-3			9	10			+1
2	22	22		0		2	3			+1
3	26	26		0		9	8	-1		
4	13	15			+2	6	4	-2		
5	23	26			+3	8	5	-3		
6	25	11	-14			3	0	-3		
7	18	20			+2	3	9			+6
8	22	19	-3			8	4	-4		
9	22	23			+1	8	3	-5		
10	9	12			+3	0	1			+1
11	20	16	-4			5	6			+1
12	24	29			+5	6	10			+4
13	21	21		0		2	4			+2
14	16	10	-6			3	1	-2		
15	13	12	-1			3	3		0	
16	22	19	-3			6	8			+2
17	18	11	-7			2	2		0	
18	9	7	-2			0	2			+2
19	25	23	-2			6	8			+2
20	24	24		0		6	6		0	
21	23	20	-3			6	6		0	
22	27	26	-1			8	11			+3
23	22	21	-1			7	6	-1		
24	24	28			+4	15	13	-2		
25	21	16	-5			3	6			+3
26	14	16			+2	2	5			+3
27	24	25			+1	2	2		0	
28	15	18			+3	4	4		0	
29	23	26			+3	8	10			+2
30	26	26		0		7	10			+3
31	12	10	-2			3	2	-1		
32	11	8	-3			2	0	-2		
33	13	12	-1			1	1		0	
Gesamt			-61		+29			-26		+36

*Anmerkungen.* MMST: Mini-Mental Status Test. t0: erster Messzeitpunkt. t1: zweiter Messzeitpunkt.

### **(3) Die MMST- und DemTect-Mittelwerte der Patienten der SD-Hausärzte im Verlauf ohne Ausreißer**

- MMST: Schließt man bei den Rechnungen bezüglich der Patienten der SD-Hausärzte die beiden Ausreißer im MMST aus (Pat. Nr. 22: MMST 7 / 17 und Pat. Nr. 20: 22 / 11), ergibt sich eine signifikante Verschlechterung der MMST-Mittelwerte im Zeitverlauf ( $t(27) = 2.29, p = .030, g = .186$ , Wilcoxon-Test,  $p = .035$ ).
- DemTect: Schließt man bei den Rechnungen bezüglich der Patienten der SD-Hausärzte die vier Ausreißer im DemTect aus (Pat. Nr. 7: DemTect 7 / 15, Pat. Nr. 10: 7 / 13, Pat. Nr. 14: 5 / 12 und Pat. Nr. 21: 8 / 15) – die übrigens nicht mit den Ausreißern im MMST identisch sind –, ergibt sich kein signifikanter Unterschied im Zeitverlauf (t-Test, Wilcoxon-Test,  $p > .05$ ).

Für den MMST verstärkt sich durch den Ausschluss der Ausreißer-Werte die bereits vorhandene Tendenz für eine Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten im Zeitverlauf. Beim DemTect bestätigt sich das Gleichbleiben der Werte im Zeitverlauf.

Fazit zu b):

Es zeigt sich, dass sich die mittleren MMST-Werte der Patienten innerhalb von 7.8 Monaten tendenziell verschlechtern und die mittleren DemTect-Werte gleich bleiben. Bei dem Großteil der Patienten verschlechterte sich auch die individuelle kognitive Leistungsfähigkeit im Zeitverlauf, was bei einem demenziellen Krankheitsverlauf zu erwarten ist. Sowohl die Mittelwerte als auch die Werte der einzelnen Patienten der SD-Hausärzte im Verlauf sind mit den Verlaufswerten der Patienten der erfahrenen Fachärzte vergleichbar. All diese Ergebnisse lassen die Diagnosen der SD-Hausärzte als plausibel erscheinen.

### **c) Plausibilität der Demenzdiagnosen: Testspezifische Ergebnisse (MMST und DemTect)**

Mit der folgenden testspezifischen Analyse wird auf einige Ergebnisse aufmerksam gemacht, die die Plausibilität der von den SD-Hausärzten gestellten Demenzdiagnosen unterstreichen.

#### **(1) Korrelationen der MMST- und DemTect-Werte zwischen t0 und t1 (Test-Retest-Reliabilität)**

Zur Reliabilitätsbestimmung wird die Test-Retest-Korrelation der Testwerte zwischen dem ersten Untersuchungszeitpunkt t0 und dem zweiten Zeitpunkt t1 errechnet. Die hohen Korrelationen bei den Patienten der SD-Hausärzte erweisen sich als hochsignifikant (MMST, Pearson,  $r = .779, p = .000$ , Spearman,  $r = .769, p = .000, n = 30$ ; DemTect, Pearson,  $r = .686, p = .000$ , Spearman,  $r = .690, p = .000, n = 28$ ). Bei einem Zeitintervall von 7.8 Monaten erreicht die Retest-Korrelation eine Höhe, die bei Fragebögen zur Messung von stabilen Persönlichkeitseigenschaften erreicht wird (Krohne & Hock, 2007). Dies spricht für die Stabilität des Merkmals der kognitiven Beeinträchtigung.

Die zweite Untersuchung führten nicht mehr die SD-Hausärzte, sondern die Projektmitarbeiter durch, das heißt, dass auch die erfahrenen Projektmitarbeiter wie die SD-Hausärzte bei den Patienten kognitive Beeinträchtigungen feststellten. Aus der hohen Korrelation kann auch geschlossen werden, dass die Unterschiedlichkeit der Testanwender zum ersten Messzeitpunkt (SD-Hausärzte) und zum zweiten Messzeitpunkt (Projektmitarbeiter) keine bedeutende Rolle spielt.

Auch bei den Fachärzten ergaben sich hohe Korrelationen zwischen den Werten der Patienten zum ersten Untersuchungszeitpunkt t0 und zum zweiten Zeitpunkt t1 (Projektmitarbeiter; MMST, Pearson,  $r = .813$ ,  $p = .000$ ,  $n = 33$ ; DemTect, Pearson,  $r = .747$ ,  $p = .000$ ,  $n = 33$ ). Es handelt sich um hochsignifikante Ergebnisse.

## **(2) Korrelation von MMST und DemTect**

Es ergibt sich in dieser Studie eine Korrelation zwischen MMST und DemTect bei den Patienten der SD-Hausärzte zum Untersuchungszeitpunkt t0 (Pearson,  $r = .598$ ,  $p = .000$ , Spearman,  $r = .582$ ,  $p = .000$ ,  $n = 49$ ), die eine hohe Effektstärke bedeutet. Diese mittlere Korrelation entspricht den in der Literatur berichteten Korrelationen (Beyermann et al., 2013). Sie bringt zum Ausdruck, dass die Tests offenbar einen gemeinsamen Anteil des Konstrukts kognitive Beeinträchtigung erfassen, darüber hinaus auch unterschiedliche Komponenten berücksichtigen, z.B. enthält der DemTect im Gegensatz zum MMST eine Aufgabe zur Wortflüssigkeit, der MMST dagegen Aufgaben zum Rechnen und zur Orientierung.

Fazit zu c:

Die hohe Retest-Reliabilität sowie die den Befunden in der Forschungsliteratur entsprechende Interkorrelation beider Tests können auch als Hinweis interpretiert werden, dass die Tests von den SD-Hausärzten instruktionsgemäß durchgeführt und adäquat ausgewertet wurden. Stark abweichende Ergebnisse hätten Zweifel an der Präzision der Testdurchführung und letztlich an der Richtigkeit der Demenzdiagnose aufkommen lassen.

## **d) Plausibilität der Demenzdiagnosen: Nicht-kognitive Symptome**

### **(1) Nicht-kognitive Symptome der Patienten der SD-Hausärzte zu t0 und im Zeitverlauf**

Neben Angaben zur kognitiven Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Diagnose (bzw. kurz danach) und durchschnittlich 7.8 Monate (bzw. 6.9) später wurden zu beiden Messzeitpunkten (t0 und t1) von den Projektmitarbeitern weitere Angaben zu dem Gesundheitszustand der Patienten mit Demenzdiagnose erhoben: Die Patienten und Angehörigen beantworteten schriftlich Tests zu Alltagskompetenz, Verhaltensveränderungen, Depression etc. Die eingesetzten Instrumente und deren Auswertung wurden in 4.2.3.2 erläutert. In Tabelle 5.13 werden die Ergebnisse dargestellt. Sie liefern zusätzliche Hinweise auf die Richtigkeit der Diagnose der SD-Hausärzte:

- *Depressivität*  
Die Patienten der SD-Hausärzte wiesen im Durchschnitt kurz nach der Diagnosestellung (t0) einen mittleren GDS-Wert von 10 auf, was knapp unter dem kritischen Wert (11 bzw. 13) bezüglich Depressivität liegt. Dieses Ergebnis ist plausibel, da depressive Symptome nicht selten zu Beginn einer demenziellen Erkrankung auftreten (vgl. Abschnitt 2.3.1.1).
- *Einschränkungen der Alltagskompetenz*  
Der Bayer-ADL-Wert der Patienten der SD-Hausärzte liegt mit durchschnittlich knapp 6 Punkten im mittleren Bereich der Skala mit möglichen Werten zwischen 1 und 10. Ab über 5 Punkten ist von „deutlichen Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung“ auszugehen. Das bedeutet, dass von den Angehörigen solche Einschränkungen der Patienten wahrgenommen werden. Der Wert ist für Patienten in frühen Stadien plausibel: Eine Studie, in der ambulante Patienten einer Gedächtnisambulanz mit leichter Demenz untersucht wurden, erreichten einen mittleren Bayer-ADL-Wert von 4.90 (Lehfeld & Niklewski, 2008). Einbußen in den Alltagsfähigkeiten werden als wahrscheinliches Kriterium für die Diagnose „Demenz“ angesehen (DGPPN & DGN, 2009b). Hätten die Patienten keine Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung, wären Zweifel an der Demenzdiagnose aufgekommen.
- *Verhaltensauffälligkeiten*  
Die Patienten der SD-Hausärzte wiesen kurz nach der Demenzdiagnose (t0) einem mittleren NPI von knapp 17 Punkten auf, wobei Werte zwischen 0 und 58 erreicht wurden. Das Ergebnis ist plausibel, bedeutet es doch, dass bei den meisten Patienten zu diesem Zeitpunkt demenztypische Verhaltensauffälligkeiten, d.h. neuropsychiatrische Symptome, vorlagen (Angaben der Angehörigen). Nur 3 Patienten hatten einen NPI-Wert von 0, wiesen also bislang keine Verhaltensauffälligkeiten auf. Nach Lyketsos et al. (2002) zeigen 75 % der Demenzpatienten im NPI Symptome. Einen Überblick über die bei den Patienten der SD-Hausärzte vorhandenen Einzelsymptome im NPI gibt Abbildung 5.10. Es konnten jeweils Werte zwischen 0 und 12 erreicht werden. Die deutlichsten Symptome sind „Gleichgültigkeit“ sowie „Änderung der Essgewohnheiten“, gefolgt von „Abweichendem motorischem Verhalten“.
- *Entwicklung im Zeitverlauf*  
Die Entwicklung der Patienten der SD-Hausärzte innerhalb dieser Zeit wird in Tabelle 5.14 dargestellt. Man erkennt deutlich das Muster: Die Werte haben sich passend zum Verlauf einer demenziellen Erkrankung entwickelt, nämlich verschlechtert: höhere Werte bei Depressivität (GDS), größere Einschränkung der Alltagskompetenz (Bayer-ADL) und mehr Verhaltensauffälligkeiten (NPI). Eine signifikante Veränderung ergibt sich nur bei der Alltagskompetenz (Bayer-ADL, t-Test,  $t(28) = -3.89$ ,  $p = .001$ ,  $g = .723$ , Wilcoxon-Test,  $p = .000$ ). Es handelt sich um ein hochsignifikantes

Ergebnis mit hoher Effektstärke. In der oben genannten Studie von Lehfeld und Niklewski (2008) änderte sich der Bayer-ADL-Wert innerhalb 335 Tagen von 4.90 auf 5.74.

Zu berücksichtigen ist bei der Entwicklung der Patienten im Zeitverlauf, dass ca. zwei Drittel von ihnen zwischenzeitlich im Rahmen des zweiten Teils der Studie eine demenzspezifische psychosoziale Beratung erhalten hat, die übrigen eine Broschüre über Demenz erhalten haben (vgl. Abschnitt 4.1.5). Möglicherweise hatten diese Beratung oder Broschüre Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die Stimmung der Patienten. Trotz dieser Interventionen lässt sich das oben beschriebene Muster erkennen, es wäre ohne diese Beratung (bzw. ohne die Broschüre) möglicherweise noch deutlicher.

Tabelle 5.13

*Nicht-kognitive Symptome der Patienten mit Demenzdiagnose zu t0 (SD-Hausärzte)*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>s</i>
Geriatric Depression Scale (GDS)	38	10.16	6.03
Bayer-Activities of Daily Living (Bayer-ADL)	40	5.67	2.65
Neuropsychiatrisches Inventar (NPI): Häufigkeit x Schwere	39	16.92	15.88

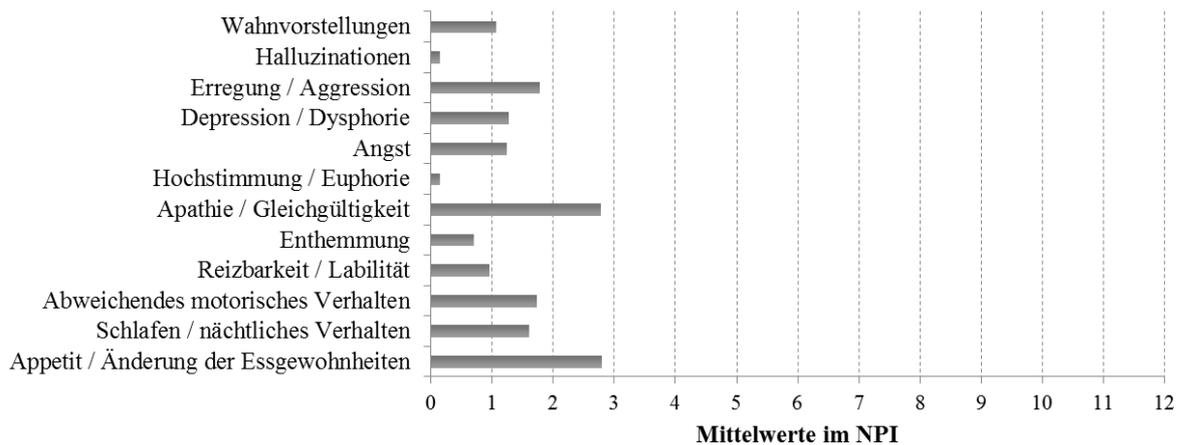
*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. *n*: Anzahl. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung.

Tabelle 5.14

*Nicht-kognitive Symptome der Patienten mit Demenzdiagnose im Zeitverlauf (SD-Hausärzte)*

	<i>n</i>	t0		t1		Differenz
		<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
Geriatric Depression Scale (GDS)	27	10.22	5.82	11.52	6.45	1.3
Bayer-Activities of Daily Living (Bayer-ADL)	29	5.20	2.45	6.41	2.43	1.21
Neuropsychiatrisches Inventar (NPI): Häufigkeit x Schwere	29	17.45	16.58	19.45	17.09	2

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. *n*: Anzahl. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung. t0: erster Messzeitpunkt. t1: zweiter Messzeitpunkt.



Anmerkungen. NPI: Neuropsychiatrisches Inventar.

### Abbildung 5.10

Angabe nicht-kognitiver Symptome der Patienten der SD-Hausärzte durch Angehörige im Neuropsychiatrischen Inventar ( $n = 40 - 41$ )

## (2) Korrelationen kognitiver und nicht-kognitiver Tests

Es gibt noch weitere Ergebnisse, die Hinweise auf die Richtigkeit der Diagnose der SD-Hausärzte liefern können. Es handelt sich um die Korrelationen der Kurztests zur Erfassung kognitiver Symptome mit den Tests zur Erfassung nicht-kognitiven Symptome zum Zeitpunkt t0. So korreliert der MMST mit dem Bayer-ADL, der Alltagskompetenz erfasst (Pearson,  $r = -.305$ ,  $p = .055$ , Spearman,  $r = -.304$ ,  $p = .057$ ,  $n = 40$ ) und der DemTect mit dem NPI-Teilscore, der die Angehörigenbelastung erfasst (Pearson,  $r = -.304$ ,  $p = .057$ , Spearman,  $r = -.385$ ,  $p = .014$ ,  $n = 40$ ). Die Korrelationen sind vergleichsweise niedrig, gehen aber in die theoretisch zu erwartende Richtung (im Sinne einer konvergenten Validität).

Fazit zu d:

Die standardisierten Tests belegen das Vorhandensein von Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Gleichgültigkeit oder abweichendes motorisches Verhalten) und Einbußen in der Alltagskompetenz der Patienten kurz nach der Diagnose. Die Testwerte der Patienten diesbezüglich verschlechtern sich innerhalb von ca. 7.8 Monaten, teilweise hochsignifikant. Zusammen mit den Korrelationen kognitiver und nicht-kognitiver Tests tragen diese Ergebnisse zu einer Bestätigung der ärztlichen Diagnose bei.

## e) Verhältnis positiver und negativer Diagnosen und Alter der Patienten

Das Verhältnis von positiven und negativen Demenzdiagnosen und das Alter der Patienten wurden bereits erläutert (vgl. Abschnitte 5.3.1.3 und 5.2). Beides sind weitere Hinweise für die Richtigkeit der von den SD-Hausärzten gestellten Demenzdiagnosen.

### 5.3.3.2 Therapie

Die Ärzte gaben an, ob sie im Anschluss an die Diagnose Demenz eine antidementive Therapie durchführten. Zudem wurde erfasst, welche Medikamente die Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose einnahmen. Von Bedeutung sind hier bestimmte zentral wirksame Medikamente wie Psychopharmaka. Die in Frage kommenden Medikamente und Indikationen wurden in Abschnitt 2.2.3 ausführlich beschrieben. Zur Wiederholung sei kurz zusammengefasst: Antidementiva im engeren Sinn sind AChEH und Memantin. AChEH sind bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz und Memantin bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz zugelassen. Bei anderen Antidementiva ist die Wirkung nicht ausreichend belegt. Antidementiva wirken vor allem auf die kognitiven Symptome, andere Medikamente können zu Behandlung der nicht-kognitiven Symptome eingesetzt werden.

Die SD-Hausärzte führten eigenständig auch die medikamentöse Therapie durch. Die ZW-Hausärzte erhielten von den Fachärzten, die die Diagnose gestellt hatten, eine Therapieempfehlung. Ob sie diese umsetzten, blieb den ZW-Hausärzten überlassen. Die Therapiekontrolle unterlag in jedem Fall ihnen.

#### 5.3.3.2.1 Antidementiva im engeren Sinn (AChEH und Memantin)

##### a) Diagnosezeitpunkt t<sub>0</sub>

###### (1) SD-Hausärzte

Die SD-Hausärzte verschrieben ihren Patienten, bei denen sie die Diagnose „Demenz“ im Rahmen der Studie gestellt hatten, in 34.7 % ( $n = 17$ ) die Antidementiva AChEH bzw. Memantin (vgl. Tab. 5.7; die Bezeichnung „Antidementiva“ in der Tabelle bezieht sich nur auf AChEH und Memantin).

Das Ergebnis ist vergleichbar mit dem der einzigen Studie, in der auch das reale Vorgehen der Hausärzte beschrieben wurde (Donath et al., 2010): Dort erhielten 33.9 % der Patienten von ihren Hausärzten eine antidementive Therapie. Andere Studien – nicht speziell mit Hausärzten – kommen zu dem Ergebnis, dass ca. 20-30 % der Demenzpatienten Antidementiva erhalten (vgl. Abschnitt 2.3.3.3). Die SD-Hausärzte verschrieben somit etwas häufiger Antidementiva als normalerweise üblich ist.

###### (2) Vergleich mit ZW- und Fachärzten

Die Fachärzte von start-modem übernahmen bei den Patienten nur die Diagnostik, die Therapie führten die ZW-Hausärzte wieder selbst durch. Die Fachärzte sprachen zwar eine Therapieempfehlung aus, die Entscheidung über eine solche Verordnung lag aber bei den ZW-Hausärzten. Die Fachärzte empfahlen in 48.8 % ( $n = 21$ ) eine antidementive Therapie (d.h. AChEH oder Memantin) und unterscheiden sich somit in der Verschreibungshäufigkeit nicht signifikant von den SD-Hausärzten ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ).

Es fällt auf, dass die SD-Hausärzte häufiger Memantin verschrieben (10 von 17), während die Fachärzte fast immer AChEH empfahlen (20 von 21). Da Memantin nur bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimer- und gemischter Demenz zugelassen ist (vgl. Abschnitt 2.2.3) und sich die Patienten der Studie überwiegend noch in einem frühen Krankheitsstadium befanden, ist die hohe Zahl an Memantin-Verschreibungen bei den SD-Hausärzten nicht indiziert und kritisch zu bewerten. Auch bei genauerer Betrachtung der entsprechenden Patienten erhärtet sich dieses Bild, denn die Memantin-Verschreibungen der SD-Hausärzte sind nicht nur ab dem mittelschweren Krankheitsstadium bei MMST < 17 erfolgt.

### **(3) Patienten mit gemischter und Alzheimer-Demenz**

Antidementiva sind nur für die gemischte und die Alzheimer-Demenz zugelassen (vgl. Abschnitt 2.2.3). Entsprechend den Leitlinien müssten alle Patienten mit gemischter oder Alzheimer-Demenz ( $n = 64$ ) – sofern keine Kontraindikation vorliegt – einen Therapieversuch mit Antidementiva erhalten (DGPPN & DGN, 2009b). Auch der Untergruppe von Patienten mit diesen Demenzformen verschrieben die SD-Hausärzte aber nur in 46.2 % ( $n = 12$ ), die Fachärzte nur in 55.3 % ( $n = 21$ ) die entsprechenden Medikamente. Ein Unterschied bezüglich der Häufigkeit zwischen den beiden Ärztgruppen ist auch hier nicht nachweisbar ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Die Fachärzte empfahlen die Medikamente aber ausschließlich Patienten mit Alzheimer- oder gemischter Demenz, die SD-Hausärzte dagegen verordneten sie auch Patienten mit anderen Diagnosen. Das kann im Einzelfall auch erwogen werden (DGPPN & DGN, 2009a), allerdings würde man bei Hausärzten eher eine Orientierung an der Indikation und weniger eine Einzelfallentscheidung erwarten. Diese Entscheidung kann verschiedene Gründe haben: Möglicherweise wussten die SD-Hausärzte nicht um die Indikation. Vielleicht wollten sie aber bei den Patienten auch ohne Indikation einen Therapieversuch beginnen. Eine Orientierung an der Indikation ist zu erkennen, da die SD-Hausärzte die Medikamente prozentual gesehen tendenziell häufiger an Patienten mit Alzheimer- bzw. gemischter Demenz verschrieben als an Demenzpatienten allgemein (46.2 zu 34.7 %).

Insgesamt erfolgte die Verordnung (bzw. bei den Fachärzten Empfehlung zur Verordnung) aber in beiden Ärztgruppen zu selten. Auch wenn man mögliche Kontraindikationen berücksichtigt, erklärt das nicht, dass die Ärzte nur bei ca. der Hälfte der in Frage kommenden Patienten entsprechende Antidementiva verordnen bzw. die Verordnung empfehlen. In einer anderen Studie, die auf der Auswertung reeller Verschreibungsdaten von Haus- und Fachärzten basiert (Rouf et al., 2002; Stoppe et al., 2005), schnitten die Hausärzte deutlich schlechter ab: Nur 9 % der Patienten mit Alzheimer-Demenz der Hausärzte erhielten von ihren Hausärzten Antidementiva verschrieben. Die Ergebnisse der Fachärzte waren mit 45 % vergleichbar mit denen aus start-modem.

### **(4) Antidementiva-Verschreibungen vor der Diagnose**

5.4 % der start-modem-Patienten mit Demenzdiagnose ( $n = 5$ ) nahmen sogar schon vor der Diagnose Antidementiva ein (1 Patient eines SD-Hausarztes, 4 Patienten von ZW-Hausärzten). Die Ärzte wussten demnach um die Symptomatik und führten diese auch auf

eine primäre Demenz zurück, sahen aber vor der Rekrutierung des Patienten für die Studie keine Veranlassung für eine Diagnostik, die der Therapie vorausgehen sollte.

Insgesamt (also die Patienten, denen die Medikamente neu verschrieben wurden, und diejenigen, denen sie vor der Diagnose schon verschrieben worden waren, zusammengefasst) wurden somit 36.7 % ( $n = 18$ ) Patienten von den SD-Hausärzten zum Zeitpunkt t0 Antidementiva verordnet. Bei den Patienten der ZW-Hausärzte lässt sich das für diesen Zeitpunkt nicht mit Sicherheit sagen, da es sich bei der durch die Fachärzte empfohlenen Therapie eben nur um eine Empfehlung handelte, die von den ZW-Hausärzten nicht zwingend umgesetzt werden musste (Wenn sie die Empfehlung der Fachärzte bei jedem einzelnen Patienten umgesetzt hätten, müssten 58.1 %,  $n = 25$ , der Patienten der ZW-Hausärzte Antidementiva erhalten haben).

Es stellt sich die Frage, warum die Ärzte – und zwar sowohl die SD-Hausärzte als auch die Fachärzte – bei ihren Patienten viel zu selten einen Behandlungsversuch mit Antidementiva für sinnvoll erachten. Mögliche Erklärungen neben Kontraindikationen sind Angst vor Budgetüberschreitung (bei Hausärzten), Bedenken wegen Wirtschaftlichkeitsprüfung (bei Hausärzten), Zweifel am Nutzen der Antidementiva und Überschätzung der Nebenwirkungen.

## **b) Nachuntersuchungszeitpunkt t1**

### **(1) Antidementiva zu t0**

Durchschnittlich 7.8 Monate nach der Diagnose wurden die Patienten und Angehörigen von Projektmitarbeitern gefragt (t1), welche Medikamente sie einnehmen. Das heißt, es geht bei den Patienten der ZW-Hausärzten nicht mehr nur um Empfehlungen bezüglich der Medikation, sondern um die tatsächliche Einnahme von Antidementiva (Die Daten liegen nur bei 65 der ursprünglich 92 teilnehmenden Patienten vor, davon 30 Patienten von SD-Hausärzten und 35 von ZW-Hausärzten. Bezüglich der Verschreibungshäufigkeit von Antidementiva zu t0 gab es keinen Unterschied zwischen den Patienten, die auch zu t1 befragt werden konnten, und den Drop Out-Patienten – weder bei den SD- noch bei den ZW-Hausärzten): 30.0 % ( $n = 9$ ) der Patienten der SD-Hausärzte und 45.7 % ( $n = 16$ ) der Patienten der ZW-Hausärzte nahmen zu diesem Zeitpunkt (t1) Antidementiva ein, was wiederum keinen signifikanten Unterschied zwischen den Hausarztgruppen bedeutet ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Auch zum Nachuntersuchungszeitpunkt t1 erhielten somit deutlich weniger Patienten Antidementiva als den Leitlinien entsprechen würde – sowohl bei den Patienten der SD-Hausärzte als auch bei denen der ZW-Hausärzte.

### **(2) Antidementiva im Zeitverlauf**

#### **SD-Hausärzte**

Die Gesamtzahl der Antidementiva-Verschreibungen der SD-Hausärzte änderte sich im Zeitverlauf von t0 nach t1 kaum (34.7 zu 30 %). Betrachtet man aber die Einzelfälle, fällt auf, dass es sich bei denjenigen Patienten, die durchschnittlich 7.8 Monate nach der Diagno-

se Antidementiva einnahmen (t1) nicht immer um dieselben Patienten handelt wie diejenigen, die kurz nach der Diagnose (t0) die Einnahme von Antidementiva verordnet bekommen hatten: Nur 7 der 9 Patienten der SD-Hausärzte, die zu t1 Antidementiva bekamen, hatten diese auch direkt nach der Diagnose (t0) erhalten. Mit anderen Worten: Die SD-Hausärzte setzten leider bei einigen ihrer Patienten die Medikamente ab und verschrieben erstaunlicherweise anderen Patienten die Medikamente neu (so dass sich insgesamt 30.0 % zu t1 ergeben).

Das Vorgehen der SD-Hausärzte erscheint wenig schlüssig: Vielleicht ist das Absetzen durch unerwünschte Nebenwirkungen beim Patienten oder die Schwierigkeit der Ärzte bezüglich der Therapiekontrolle zu erklären. Es wäre z.B. der Fall denkbar, dass sich der Gesundheitszustand eines Patienten trotz Antidementiva-Einnahme nicht verbessert hat und der Arzt das Medikament wegen vermeintlicher Wirkungslosigkeit abgesetzt hat. Dabei scheint der Arzt dann nicht berücksichtigt zu haben, dass auch keine Verbesserung, sondern ein „Stillstand der Symptomprogression“, durchaus als Therapieerfolg gewertet werden kann, da die Erkrankung ohne die Medikation vermutlich weiter fortgeschritten wäre (AKDAE, 2004, S. 9). Im Falle eines vom Arzt angenommenen Fehlens eines Therapieerfolgs hätte er die Dosis erhöhen oder ein anderes Präparat versuchen können (AKDAE, 2004, S. 14). Eine andere Erklärung wäre, dass die Patienten aus eigenem Entschluss – möglicherweise sogar ohne Kenntnis der Ärzte – die Medikamente abgesetzt haben.

Für die anderen Patienten, die die Medikamente erst im Lauf des halben Jahr nach der Diagnose neu verordnet bekamen, wäre es besser gewesen, wenn sie sie schon möglichst zeitnah nach der Diagnose hätten einnehmen können. Aber das verzögerte Vorgehen der Ärzte zeigt zumindest, dass sie sich mit möglichen Therapieoptionen auch noch Monate nach der Diagnosestellung befassten (evtl. angeregt durch eine Verschlimmerung der Symptome des Patienten). So gesehen hatten auch Patienten, die nicht unmittelbar nach der Diagnose Antidementiva erhielten, noch die Chance auf einen leitliniengerechten Therapieversuch.

Über die Gründe der SD-Hausärzte für das An- und Absetzen der Antidementiva lässt sich also nur spekulieren. Es bleibt aber bei dem eindeutigen Befund, dass sie zu selten Antidementiva verordnet und eine antidementive Therapie zu oft abgebrochen haben und z.T. nicht unmittelbar nach der Diagnose, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt begonnen haben.

### **ZW-Hausärzte**

Wie sah die Verschreibungspraxis bei den ZW-Hausärzten aus? Nur bei 8 der 16 Patienten, die zum Zeitpunkt t1 Antidementiva einnahmen, hatten die Fachärzte die Einnahme zu t0 empfohlen (bei ihren Patienten insgesamt hatten sie das natürlich häufiger empfohlen). Daher stellt sich die Frage, inwieweit die ZW-Hausärzte überhaupt auf die Empfehlung der Fachärzte reagierten oder eher einem eigenen Therapieplan folgten. Betrachtet man jeden Patienten einzeln, so haben die ZW-Hausärzte nur in 47.1 % die Empfehlung der Fachärzte zur Verordnung von Antidementiva umgesetzt (gemessen zu t1: 8 von 17, bei denen eine t1-Angabe existiert) – in diesen Fällen hielten sie sich auch immer an die Empfehlung, ob

AChEH oder Memantin verabreicht werden sollten. Insgesamt muss also konstatiert werden, dass die ZW-Hausärzte sich nur in etwa der Hälfte der Fälle an dem Rat der Experten orientierten.

### 5.3.3.2.2 *Sonstige psychiatrische Medikation*

#### **a) Diagnosezeitpunkt t0**

Neben der Information durch SD-Hausärzte bzw. Fachärzte, ob nach der Diagnose Antidementiva verschrieben werden oder nicht, gaben die SD- und ZW-Hausärzte an, welche Medikamente die Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose sowieso schon einnahmen. Auch Antidementiva im weiteren Sinne wie Piracetam, Nicergolin oder Ginkgo wurden den Patienten verschrieben bzw. empfohlen, obwohl nur AChEH und Memantin die Mittel der ersten Wahl sein sollten: 4.1 % ( $n = 2$ ) der Patienten der SD-Hausärzte und 9.3 % ( $n = 4$ ) der Patienten der ZW-Hausärzte, also insgesamt nur wenige, nahmen zum Zeitpunkt der Diagnose nach Angaben der Hausärzte solche Antidementiva ein. Das ergibt statistisch keinen Unterschied zwischen den Ärztengruppen (Fisher-Test,  $p > .05$ ).

10.2 % ( $n = 5$ ) der Patienten der SD-Hausärzte nahmen zum Zeitpunkt der Diagnose (t0) nach Angaben der Ärzte Antidepressiva ein, 6.1 % ( $n = 3$ ) Antipsychotika und 6.1 % ( $n = 3$ ) sonstige psychiatrische Medikamente (i.d.R. Sedativa), wobei es wiederum keinen Unterschied zwischen den Patienten der beiden Hausärztingruppen gab (Fisher-Test,  $p > .05$ ). Bei den Patienten der ZW-Hausärzte erhielten 11.6 % Antidepressiva, 9.3 % ( $n = 4$ ) Antipsychotika und 7.6 % ( $n = 7$ ) sonstige psychiatrische Medikamente.

#### **b) Nachuntersuchungszeitpunkt t1**

Im Zeitverlauf ergab sich keine wesentliche Änderung der Medikation – weder bei den Patienten der SD-Hausärzte noch bei denen der ZW-Hausärzte. Zum Nachuntersuchungszeitraum t1 nahmen 13.3 % ( $n = 4$ ) der Patienten der SD-Hausärzte nach eigenen Angaben bzw. Angaben der Angehörigen Antidementiva im weiteren Sinne (keine AChEH und Memantin) ein, bei den ZW-Hausärzten waren es 8.6 % ( $n = 3$ ), was statistisch keinen Unterschied zwischen den Ärztengruppen bedeutet (Fisher-Test,  $p > .05$ ). An dieser Stelle muss nochmal betont werden, dass es sich bei den Angaben zum Diagnosezeitpunkt um Angaben der Ärzte, zum Nachuntersuchungszeitpunkt um Angaben der Patienten und der Angehörigen handelt, das heißt, es ist zumindest denkbar, dass mehr Patienten zum Diagnosezeitpunkt solche Antidementiva ohne Kenntnis der Ärzte einnahmen (z.T. auch ohne Rezept erhältlich).

26.7 % ( $n = 8$ ) der Patienten der SD-Hausärzte nahmen Antidepressiva, 10.0 % ( $n = 3$ ) Antipsychotika und 13.3 % ( $n = 4$ ) sonstige psychiatrische Medikamente (z.B. Sedativa) ein, wobei sich die beiden Ärztengruppen in der Häufigkeit nicht voneinander unterscheiden (Fisher-Test,  $p > .05$ ). Lediglich bei den Antidepressiva zeichnet sich eine Tendenz dahingehend ab, dass die SD-Hausärzte diese häufiger verschreiben ( $\chi^2(1) = 3.76$ ,  $p = .052$ ,  $w = .241$ ). 8.6 % ( $n = 3$ ) der Patienten der ZW-Hausärzte nahmen Antidepressiva, 17.1 % ( $n = 6$ ) Antipsychotika und 11.4 % ( $n = 4$ ) sonstige psychiatrische Medikamente ein.

Die Ärzte hielten es demnach bei einigen Patienten für notwendig, Psychopharmaka wie Antipsychotika zu verschreiben, was zur Verschreibungspraxis bei demenziellen Erkrankungen allgemein – wie sie in der Literatur berichtet wird – passt (AKDAE, 2004). Ursachen hierfür sind wahrscheinlich nicht-kognitive Symptome der Demenz, die auch in frühen Stadien bereits auftreten können und auch bei den Patienten der vorliegenden Studie nachzuweisen sind (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.4).

### 5.3.3.3 Übergreifende Analysen

In den vorangegangenen Abschnitten wurde die Vorgehensweise der Ärzte bezogen auf erstens die Patienten in der Gesamtheit (also alle Verdachtsfälle), zweitens die Patienten, die im Anschluss eine Demenzdiagnose erhielten, und drittens die Patienten, die im Anschluss keine Demenzdiagnose erhielten, jeweils gesondert analysiert. Außerdem wurden die jeweiligen Ergebnisse bislang nur zum Teil miteinander in Beziehung gesetzt. Im Folgenden werden daher übergreifende Analysen der Vorgehensweise der Hausärzte bezogen auf die Demenzdiagnostik vorgestellt.

#### 5.3.3.3.1 Einflussfaktoren auf die Entscheidung für oder gegen leitliniengerechte Diagnostik

Es wäre denkbar, dass es bestimmte Gründe gab, nach denen die Hausärzte entschieden haben, die leitlinienentsprechenden Untersuchungen (Laborparameter und Bildgebung) durchzuführen oder eben nicht: Beispielsweise könnte eine Unsicherheit bezüglich der Differenzialdiagnostik (also bezüglich der Entscheidung für die Form der Demenz) ein Grund sein, eine Bildgebung zu veranlassen, um weitere Informationen zu erhalten, die die Entscheidung erleichtern. Oder die Untersuchungen wurden eher bei jüngeren als bei älteren Patienten veranlasst: Möglicherweise halten die Ärzte eine solch relativ aufwändige (und kostenintensive) Untersuchung bei älteren Menschen nicht mehr für angezeigt. Eventuell könnte die Entscheidung für oder gegen die Untersuchungen durch die Werte von MMST und DemTect beeinflusst werden, z.B. könnten bei der Konstellation Verdacht auf Demenz und hohe („gute“) MMST-Werte möglichst viele zusätzliche Untersuchungen veranlasst werden, um eine sichere Diagnose stellen zu können. Diese und weitere mögliche Zusammenhänge werden im Folgenden überprüft, um die Gründe der Hausärzte für diese oder jene Vorgehensweise herauszufinden.

#### a) Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Untersuchungen (Labor und Bild) und den später gestellten Diagnosen

Es ergibt sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Untersuchungen und den gestellten Diagnosen: Die SD-Hausärzte führten bei den Patienten, bei denen sie später eine Demenz diagnostizierten, häufiger die entsprechenden Untersuchungen (Labor und Bild)

durch als bei den Patienten, bei denen sie später keine Demenz diagnostizierten ( $\chi^2(1) = 4.06$ ,  $p = .044$ ,  $w = .217$  und  $\chi^2(1) = 10.39$ ,  $p = .001$ ,  $w = .348$ ). Bezüglich der Bildgebung handelt es sich um ein hochsignifikantes Ergebnis mit mittlerer Effektstärke. Der Zusammenhang ist folgendermaßen erklärbar: Im Verlauf eines ausführlichen Anamnesegesprächs und / oder nach Durchführung der Screeningverfahren könnte sich der Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung für den Arzt bereits entkräftet haben, so dass ihm weitere Untersuchungen nicht notwendig schienen. Kritisch muss aber angemerkt werden, dass auch bei unauffälligen Ergebnissen in Screeningtests durchaus kognitive Einschränkungen vorhanden sein können.

Bei den ZW-Hausärzten und den Fachärzten gab es keinen Zusammenhang zwischen den diagnostischen Untersuchungen und anschließender positiver bzw. negativer Diagnose ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ; vgl. Tab. 5.5 - 5.7). Dass bei den ZW-Hausärzten kein Zusammenhang bestand, ist plausibel: Zunächst fällten die ZW-Hausärzte die Entscheidung für oder gegen die Untersuchungen (Labor und Bild), später stellten die Fachärzte die Diagnose, so dass es keinen kausalen Zusammenhang zwischen dem Einsatz der Untersuchungen und der Diagnose geben kann. Eine Berechnung ist daher bei den ZW-Hausärzten nicht sinnvoll.

Bei den Fachärzten hätte es prinzipiell einen solchen Zusammenhang geben können, da die Fachärzte teilweise nachträglich (d.h. nach der Überweisung durch die ZW-Hausärzte) Untersuchungen (Labor und Bild) angefordert haben. Bei einem solch prinzipiell möglichen Zusammenhang spielen aber auch immer die Entscheidungen der ZW-Hausärzte über die Untersuchungen mit eine Rolle, da diese zusammen mit den nachträglich von den Fachärzten geforderten Untersuchungen die Grundlage der Daten bilden. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, die Einflüsse der ZW-Hausärzte von denen der Fachärzte zu trennen, ist eine Berechnung auch bei den Fachärzten nicht aussagekräftig.

### **b) Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Untersuchungen (Labor und Bild) und den MMST- und DemTect-Werten**

In welcher Reihenfolge die SD-Hausärzte die Untersuchungen (Anamnese, Labor, Bild, MMST, DemTect) durchgeführt bzw. veranlasst haben, war nicht vorgegeben und ist auch nicht bekannt. Wahrscheinlich ist allerdings, dass die Ergebnisse der anderen Untersuchungen einen Einfluss darauf hatten, ob eine Bildgebung durchgeführt wurde oder nicht, schon allein deshalb, weil diese am seltensten erfolgte. Außerdem ist die bildgebende Untersuchung die einzige, die nicht sofort in der Praxis durchgeführt werden kann, sondern eine Überweisung zum Radiologen erfordert – auch diese zeitliche Abfolge spricht für eine Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer Bildgebung, nachdem die anderen Ergebnisse bereits vorlagen.

#### **(1) Laborparameter**

Die Laboruntersuchungen wurden von den SD-Hausärzten (und auch von den ZW-Hausärzten) deutlich häufiger durchgeführt als die Bildgebung veranlasst wurde (80.2 zu 44.2 %; vgl. Tab. 5.5). Die Erhebung der Laborparameter ist natürlich weniger aufwendig als eine bildgebende Untersuchung, und manche der Laborwerte wurden bei einigen Patienten

vermutlich sowieso erhoben (z.B. Glukose- oder Krea-Werte bei Diabetes oder Nierenerkrankungen), nicht erst oder nicht nur wegen des Verdachts auf Demenz. Der Einfluss von anderen Größen wie MMST- und DemTect-Werten dürfte somit bei den Laborparametern eine geringere Rolle spielen als bei der Bildgebung. Es ergibt sich eine geringe negative Korrelation zwischen dem Vorhandensein von Laborparametern und der kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten (MMST, DemTect) bei den Patienten der SD-Hausärzte, die allerdings nur bei Spearman tendenziell signifikant wird (Pearson,  $p > .05$ , MMST: Spearman,  $r = .181$ ,  $p = .096$ ; DemTect: Spearman,  $r = -.162$ ,  $p = .078$ ). Die Berechnung der Korrelation zwischen Laborparametern und MMST bzw. DemTect ist aus den oben ausgeführten Gründen bei den ZW-Hausärzten und den Fachärzten nicht sinnvoll.

## (2) Bildgebung

Bei den Patienten der SD-Hausärzte ergibt sich eine moderate negative Korrelation zwischen Bildgebung und MMST (Pearson,  $r = -.270$ ,  $p = .012$ , Spearman,  $r = -.291$ ,  $p = .006$ ,  $n = 86$ ) und auch zwischen Bildgebung und DemTect (Pearson,  $r = -.270$ ,  $p = .012$ , Spearman,  $r = -.269$ ,  $p = .012$ ,  $n = 86$ ). Natürlich dürfen Korrelationen nicht kausalanalytisch interpretiert werden. Es ist aber äußerst unwahrscheinlich, dass die Entscheidung, ob eine Bildgebung veranlasst wurde oder nicht, Auswirkungen auf die Testergebnisse von MMST und DemTect hatte. Daher lässt sich der ermittelte korrelative Zusammenhang so interpretieren, dass die erreichten Werte in MMST und DemTect die Entscheidung für oder gegen eine Bildgebung beeinflusst haben: Je besser die kognitiven Leistungen der Patienten waren, desto seltener veranlassten die SD-Hausärzte eine Bildgebung. Das ist insofern nachvollziehbar, als dass der Hausarzt bei Feststellung einer altersentsprechenden kognitiven Leistungsfähigkeit (hohe Werte in MMST und DemTect) eher keine Demenz diagnostiziert und ihm die Bildgebung als Zusatzuntersuchung nicht nötig erscheint bzw. dass er bei niedrigeren Werten eher eine Demenzdiagnose in Betracht zieht und die Bildgebung für Absicherung der Diagnose oder für die Differenzialdiagnostik als wichtig erachtet. Allerdings sei einschränkend noch einmal auf den bloß moderaten Zusammenhang hingewiesen.

Die Berechnung der Korrelation zwischen Bildgebung und MMST bzw. DemTect ist aus den oben ausgeführten Gründen bei den ZW-Hausärzten und den Fachärzten nicht sinnvoll.

## c) Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Untersuchungen (Labor und Bild) und dem Alter der Patienten

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten der SD-Hausärzte und der Häufigkeit der durchgeführten Untersuchungen (Labor und Bild; Pearson, Spearman,  $p > .05$ ). Bei den ZW-Hausärzten gibt es eine Tendenz dahingehend, dass bei jüngeren Patienten eher die erforderlichen Laborparameter erhoben wurden (Pearson:  $r = -.234$ ,  $p = .060$ , Spearman,  $r = -.229$ ,  $p = .067$ ,  $n = 65$ ). Möglicherweise halten die ZW-Hausärzte die Ergebnisse bei älteren Personen für weniger relevant. Das erscheint aber aufgrund des sehr geringen Aufwands für diese Untersuchung nicht wahrscheinlich. Aufgrund der fehlenden Mög-

lichkeit, die Einflüsse der ZW-Hausärzte von denen der Fachärzte zu trennen, ist eine solche Korrelationsberechnung für die Fachärzte nicht sinnvoll.

#### **d) Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Untersuchungen (Labor und Bild) und dem Geschlecht der Patienten**

Es gab keinen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der durchgeführten Untersuchungen (Labor und Bild) und dem Geschlecht der Patienten – weder bei den SD- noch bei den ZW-Hausärzten (Pearson, Spearman,  $p > .05$ ). Für die Fachärzte ist eine solche Korrelationsberechnung wiederum nicht sinnvoll.

#### **e) Zusammenhang der Häufigkeit der Untersuchungen (Labor und Bild) und Demenzform**

Die SD-Hausärzte haben, wenn sie die Diagnose „Demenz“ stellten, relativ häufig die Diagnose „Demenz – nicht näher bezeichnet“ (F03) vergeben. Man würde erwarten, dass sie zumindest in jedem solchem Fall, bei dem bezüglich der Einordnung der Demenzform Unsicherheit besteht, Untersuchungen veranlassen würden, die für die Differenzialdiagnostik wichtige Hinweise liefern könnten, z.B. eine Aufnahme des Gehirns, welche vaskuläre Läsionen oder eine globale oder frontal betonte Atrophie sichtbar hätte machen können. Im Gegensatz dazu könnte aber auch gerade ein uneindeutiger Befund in der Bildgebung zu der unspezifischen Diagnose F03 führen, wenn die Hausärzte erwartet hatten, vaskuläre Läsionen oder bestimmte Atrophien festzustellen und das nicht der Fall war. Man würde also erwarten, dass sie bei Unsicherheit bezüglich der Differenzialdiagnostik (ausgedrückt durch die spätere Diagnose „F03“) häufiger die Untersuchungen (Labor und Bild) veranlassen haben als bei Diagnose der spezifizierten Demenzformen „F00.0“, „F00.1“, „F01.9“ und „F00.2“ (Alzheimer-, vaskuläre und gemischte Demenz). Es gab aber weder einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Diagnose F03 und der Häufigkeit der Bildgebung ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ) noch der Häufigkeit der Laborparameter (Fisher-Test,  $p > .05$ ). Die Differenzialdiagnostik scheint bei der Entscheidung für oder gegen die Bildgebung nicht ausschlaggebend zu sein. Die Fachärzte gaben nie die Diagnose „F03“ aus, sondern legten sich stets auf eine spezifische Demenzform fest.

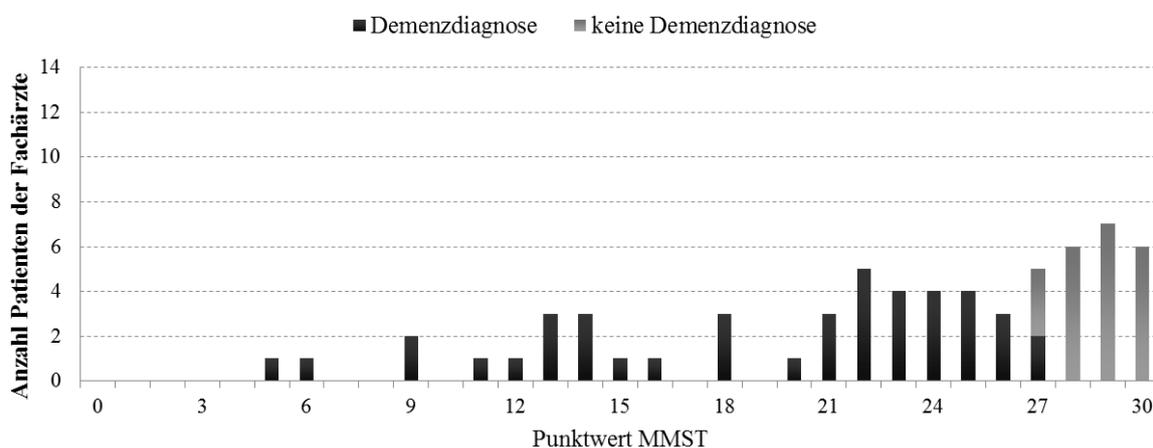
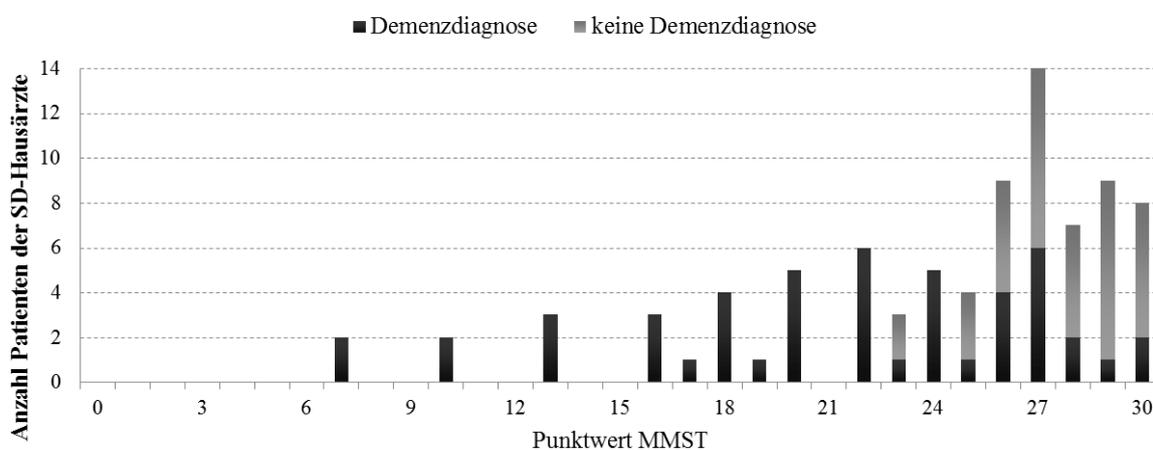
#### **5.3.3.3.2 Einflussfaktoren auf die Diagnose**

Auf welcher Grundlage fällen die Ärzte die Entscheidung für oder gegen die Diagnose „Demenz“? Orientieren sie sich dabei an den Ergebnissen der Screeningtests? Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob es einen Zusammenhang zwischen den Testergebnissen bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten (MMST- und DemTect-Werte) und der Entscheidung für oder gegen die Diagnose Demenz gibt und ob hierbei Unterschiede zwischen den beiden Ärztgruppen auftreten.

### a) Korrelationen

Es ergeben sich bei den SD-Hausärzten hohe Korrelationen zwischen der Entscheidung für oder gegen eine Demenzdiagnose und den MMST- und DemTect-Werten (Pearson,  $r = -.564$ ,  $p = .000$ , Spearman,  $r = -.610$ ,  $p = .000$ ,  $n = 86$  bzw.  $r = -.719$ ,  $p = .000$ , Spearman,  $r = -.730$ ,  $p = .000$ ,  $n = 86$ ). Bei den Fachärzten ergeben sich tendenziell sogar höhere Korrelationen (Pearson,  $r = -.674$ ,  $p = .000$ , Spearman,  $r = -.816$ ,  $p = .000$ ,  $n = 65$  bzw.  $r = -.759$ ,  $p = .000$ , Spearman,  $r = -.753$ ,  $p = .000$ ,  $n = 64$ ). Es handelt sich um hochsignifikante Ergebnisse. Bei beiden Ärztgruppen erreicht die Korrelation zwischen DemTect und Demenzdiagnose höhere Werte.

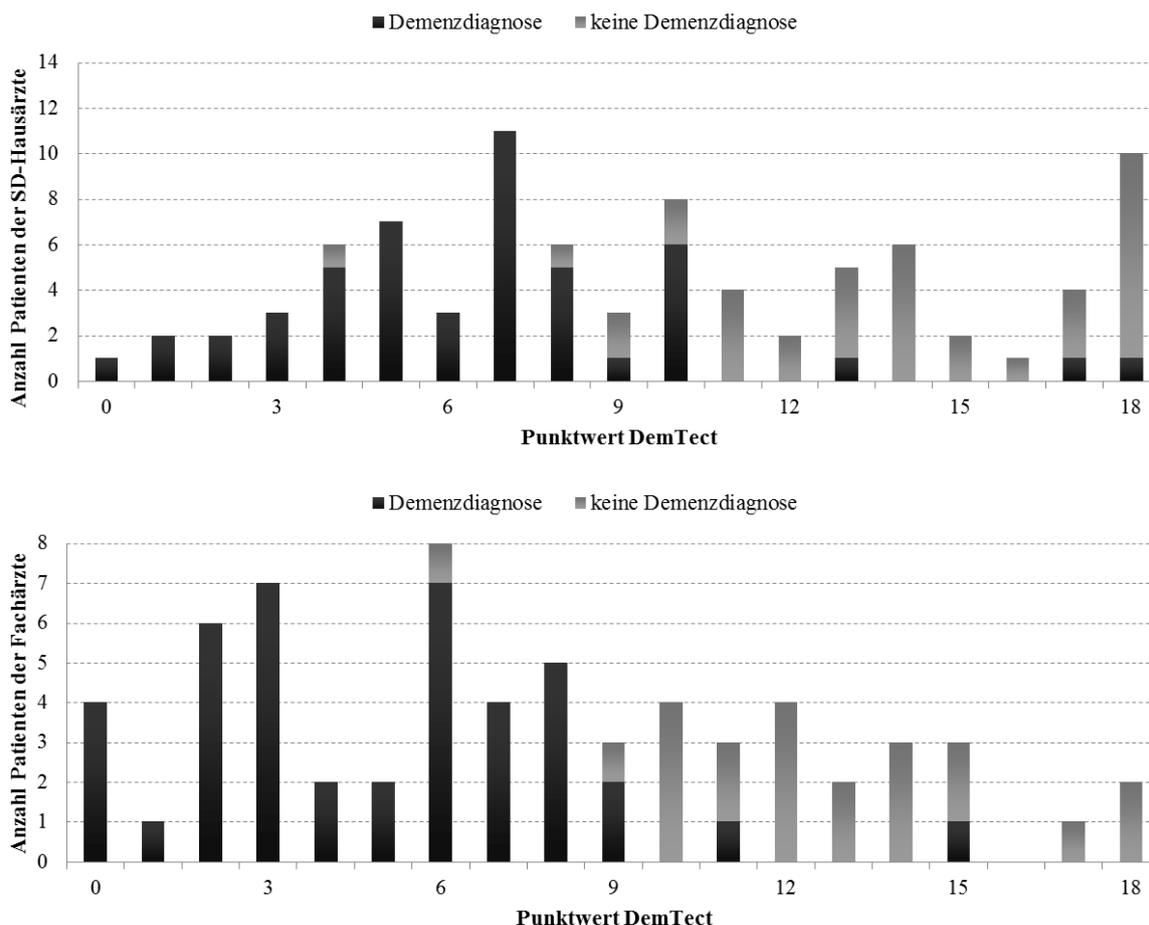
### b) „Cut-off“-Bereiche



Anmerkungen. SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. MMST: Mini-Mental Status Test.

Abbildung 5.11

MMST- Werte der Patienten bei positiven und negativen Diagnosen – vergleichend in beiden Hausarztgruppen



Anmerkungen. SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte.

Abbildung 5.12

*DemTect-Werte der Patienten bei positiven und negativen Diagnosen – vergleichend in beiden Hausarztgruppen*

Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen den Testwerten und der Diagnoseentscheidung im Detail, ergibt sich folgendes Bild (vgl. auch Abb. 5.11 und 5.12):

SD-Hausärzte:

- MMST: Die SD-Hausärzte stellten die Diagnose „Demenz“ bei Patienten mit MMST-Werten zwischen 7 und 30. Ab einem MMST-Wert von 25 gab es immer weniger positive und häufiger negative Diagnosen. Bei Werten von 25 bis 30 gab es neben den zu erwartenden negativen Diagnosen auch immer noch positive Diagnosen. Der Entscheidung gegen die Demenzdiagnose ging immer ein MMST-Wert über 22 voraus.
- DemTect: Beim DemTect konzentrierten sich die Demenzdiagnosen der SD-Hausärzte überwiegend auf Werte unter 11, nur in drei Ausnahmefällen lagen

höhere Werte vor. Der Entscheidung gegen die Demenzdiagnose ging (bis auf eine einzige Ausnahme) ein DemTect-Wert von über 7 voraus.

Fachärzte:

- MMST: Die Fachärzte vergaben Demenzdiagnosen nie bei MMST-Werten von über 27, was auch den Interpretationskriterien entspricht (MMST-Werte zwischen 28 und 30 weisen auf „altersgemäße kognitive Leistungsfähigkeit“ hin; vgl. Abschnitt 4.2.3.2). Bei Demenzdiagnosen fanden sich Werte bis 27.
- DemTect: Beim DemTect liegt die Grenze ca. bei 9 Punkten: die Fachärzte vergaben nur zweimal bei höheren DemTect-Werten Demenzdiagnosen, nur einmal entschieden sie sich bei einem niedrigeren Wert gegen die Demenzdiagnose.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich folgern: Der „Cut-off“-Bereich für den DemTect ist sowohl bei den SD-Hausärzten als auch bei den Fachärzten eingeschränkter als für den MMST.

### c) Binäre logistische Regression

Während die Korrelationsanalyse die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen bestimmt, lässt sich mit der Regressionsanalyse die Art des Zusammenhangs ermitteln, bzw. die Werte einer abhängigen Variablen (Demenzdiagnose: ja / nein) aus den Werten unabhängiger Variablen (Testvariablen) vorhersagen. Die häufig verwendete lineare Regressionsanalyse setzt eine intervallskalierte abhängige Variable voraus. Die Diagnoseentscheidung (Demenz: ja / nein) stellt aber eine dichotome Variable dar, weshalb hier das Verfahren der binären logistischen Regression herangezogen wird. Die unabhängigen Variablen (Prädiktoren) können dabei jedes beliebige Skalenniveau umfassen. In die hier durchgeführte Regressionsanalyse gingen zwei intervallskalierte Variablen als Prädiktoren (DemTect und MMST) ein. Durchführung und Darstellung der Analyse orientiert sich an Bühl (2010, Kap. 14.4 Binäre logistische Regression).

Für die SD-Hausärzte wurde die Regressionsanalyse zunächst mit dem Prädiktor DemTect durchgeführt. Erwartungsgemäß führte die Hinzunahme des Prädiktors zu einer höchst signifikanten Verbesserung des Anfangsmodells. Die Modellzusammenfassung ist in Tabelle 5.15 dargestellt. Das Bestimmtheitsmaß von Nagelkerke (.642) kann auch als Effektstärkemaß interpretiert werden (Field, 2013, S. 786) und bringt zum Ausdruck, dass durch die logistische Regression 64.2 % der Varianz erklärt werden, was einer sehr hohen Effektstärke entspricht.

In Tabelle 5.16 wird die beobachtete Klassifikation (Demenzdiagnose: ja / nein) mit der vorhergesagten verglichen. Der Tabelle kann entnommen werden, dass die Demenzdiagnosen bei 46 von 49 Personen richtig vorhergesagt wurden. Von den insgesamt 37 Personen, die keine Demenzdiagnose erhielten, wurde das bei 31 richtig vorhergesagt. Der Gesamtprozentsatz richtiger Vorhersagen liegt damit bei einem hohen Wert von 89.5 %. In Tabelle 5.17 werden abschließend die berechneten Koeffizienten, die sich als hochsignifikant erweisen, dargestellt.

In einem zweiten Schritt wurde der MMST in die Analyse einbezogen: Das Bestimmtheitsmaß von Nagelkerke ist nur unwesentlich erhöht (.667 im Vergleich zu .642).

Der Prozentsatz der richtigen Vorhersagen sinkt leicht ab (88.4 %). Wie aus Tabelle 5.18 hervorgeht, erweist sich der DemTect als starker Prädiktor, während auf den MMST als Prädiktor verzichtet werden kann. Auch bei einer zusätzlich durchgeführten binär-logistischen Regressionsanalyse nach der Methode der Vorwärtsselektion wurde der MMST wegen der geringeren Korrelation mit der abhängigen Variablen eliminiert.

Tabelle 5.15

*Modellzusammenfassung für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (SD-Hausärzte)*

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell $r^2$	Nagelkerkes $r^2$
1	61.62	.48	.642

Tabelle 5.16

*Klassifikation für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (SD-Hausärzte)*

		Beobachtet	Vorhergesagt		Prozentsatz der Richtigen
			Demenzdiagnose		
			nein	ja	
Schritt 1	Demenzdiagnose	nein	31	6	83.8
		ja	3	46	93.9
		Gesamtprozentsatz			89.5

Tabelle 5.17

*Variablen in der Gleichung – Koeffizienten für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (SD-Hausärzte)*

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	$p$
Schritt 1	DemTect	-.50	.10	24.13	1	.000
	Konstante	5.31	1.07	24.54	1	.000

Tabelle 5.18

*Variablen in der Gleichung – Koeffizienten für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom MMST und DemTect (SD-Hausärzte)*

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	p	
Schritt 1	MMST	-.22	.13	2.66	1	.103
	DemTect	-.39	.11	11.92	1	.001
	Konstante	9.65	3.12	9.54	1	.002

Anmerkungen. MMST: Mini-Mental Status Test.

Für die Fachärzte wurde die Regressionsanalyse in derselben Weise durchgeführt. Insgesamt erwies sich die Prädiktion durch den DemTect als noch günstiger als bei den SD-Hausärzten: 74.6 % der Varianz konnte aufgeklärt werden (siehe Modellzusammenfassung von Tab. 5.19). In der Klassifizierung (vgl. Tab. 5.20) konnten 93.8 % richtig vorhergesagt werden. Auch der Wald-Wert erweist sich als hochsignifikant (vgl. Tab. 5.21).

Tabelle 5.19

*Modellzusammenfassung für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (Fachärzte)*

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell $r^2$	Nagelkerkes $r^2$
1	32.62	.54	.746

Tabelle 5.20

*Klassifikation für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (Fachärzte)*

	Beobachtet	Vorhergesagt		Prozentsatz der Richtigen	
		Demenzdiagnose			
		nein	ja		
Schritt 1	Demenzdiagnose	nein	20	2	90.9
		ja	2	40	95.2
	Gesamtprozentsatz				93.8

Tabelle 5.21

*Variablen in der Gleichung – Koeffizienten für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (Fachärzte)*

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	p
Schritt 1	DemTect	-.75	.20	14.71	1	.000
	Konstante	7.23	1.86	15.11	1	.000

Bei der Einbeziehung des MMST in die Analyse wurde die Berechnung durch SPSS abgebrochen, als die Höchstzahl an Iterationen erreicht war. Dafür kommen mehrere Ursachen in Frage. Möglicherweise hängt der Abbruch damit zusammen, dass die abhängige Variable nahezu vollständig von einem Prädiktor, dem DemTect, prädiziert werden kann (Field, 2013, S. 770). Aber allein die Korrelationsergebnisse weisen schon deutlich darauf hin, dass auch bei Fachärzten der DemTect verglichen mit dem MMST der überlegenere Test ist.

Die Zusammenhänge zwischen den DemTect-Werten und der Diagnoseentscheidung sind bei den Fachärzten sogar etwas ausgeprägter als bei den SD-Hausärzten. Dies kann man als Hinweis auf die Kompetenz der Fachärzte interpretieren, die sich stark an der objektiv gemessenen kognitiven Leistung zu orientieren scheinen.

Obwohl sich auch die Hausärzte auf Testverfahren zu stützen scheinen (vgl. Korrelations- und Regressionsanalyse), ziehen sie vielleicht noch etwas stärker andere Kriterien (z.B. subjektiver Gesamteindruck vom Patienten) mit ein. In der Literatur wird die Bedeutung dieser anderen Kriterien sehr deutlich hervorgehoben: Die AgeCoDe-Studie ergab, dass Hausärzte für die Bewertung der kognitiven Leistung ihrer Patienten vor allem die „allgemeine Kenntnis des Patienten und seines sozialen Umfeldes“, „subjektive kognitive Beschwerden des Patienten“ und „Schilderungen der Bezugspersonen“ heranziehen und kaum auf neuropsychologische Testergebnisse zurückgreifen (Pentzek et al., 2010, S. 1). Bei einer Befragung, in der Hausärzte die Wichtigkeit verschiedener Informationsquellen für die Diagnostik einschätzen und eine Rangfolge erstellen sollten, gaben 45 % an, „die Information von Angehörigen sei ihnen bei der Diagnostik am wichtigsten, gefolgt vom klinischen Gespräch, Testuntersuchungen und apparativen Untersuchungen“ (Riedel-Heller et al., 2000, S. 302). In einem postalischen Fragebogen gaben 24 % der Hausärzte sogar an, dass „ihre persönliche Einschätzung des Patienten genauso gut ist wie die Tests auf kognitive Störungen“ (Kaduskiewicz et al., 2007, S. 17). Möglicherweise erklärt die Einbeziehung anderer Kriterien bei der Diagnosefindung auch die Entscheidung der SD-Hausärzte zur Demenzdiagnose bei zum Teil sehr hohen MMST- und DemTect-Werten (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.2).

Abschließend sei noch auf das Problem der Kollinearität eingegangen. Wie bei allen regressionsanalytischen Verfahren muss eine Überprüfung der Kollinearität erfolgen. Es sollte also festgestellt werden, ob der Zusammenhang zwischen den Prädiktoren nicht zu hoch ist. Die Kollinearitätsberechnung ergibt für die SD-Ärzte einen VIF-Wert (Variance Inflation Factor) von 2.04 für beide Prädiktoren und für die Fachärzte einen VIF-Wert von 2.62. Diese Werte sprechen für einen moderaten linearen Zusammenhang zwischen den Prä-

diktoren, der in seiner Höhe nicht ganz unproblematisch ist. Allerdings stützen sich die zentralen Ergebnisse sowieso auf Regressionsanalysen, die den Prädiktor MMST nicht mehr enthalten.

Fazit:

Bei beiden Ärztegruppen korreliert die Diagnoseentscheidung mit den eingesetzten Screeningtests. Den Regressionsanalysen lässt sich entnehmen, dass die Diagnoseentscheidung überwiegend durch den DemTect-Wert bestimmt wird, der MMST hat keinen bedeutsamen Einfluss auf die Entscheidung. Die wahrscheinlichste Ursache für das vergleichsweise schlechte Abschneiden des MMST dürfte in seiner psychometrischen Qualität begründet sein: Wie bei der Vorstellung der Screeningtests in Kapitel 4 bereits ausgeführt, erweist sich die Reliabilität in Form der internen Konsistenz als zu gering. Dies könnte mit der zu geringen Schwierigkeit einiger Aufgaben zusammenhängen. Möglicherweise liegt es aber auch an der zu geringen Homogenität des Verfahrens, d.h. nicht alle Aufgaben messen das gleiche Konstrukt. Insgesamt läuft die Kritik also darauf hinaus, dass der MMST das gemessene Konstrukt nur ungenau erfasst (Beyermann et al., 2013). Bei der Interpretation ist aber Vorsicht geboten: Es kann nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die statistisch nachgewiesene Beeinflussung der Diagnoseentscheidung einer den Ärzten bewussten Entscheidung entspricht, bei der sie von den zur Kenntnis genommenen Testwerten ihre Diagnose ableiten.

### 5.3.3.3 Leitlinientreue einzelner Ärzte

Für die Beurteilung der Qualität der Diagnostik ist auch die Frage von Bedeutung, ob und in welchem Ausmaß die einzelnen Ärzte leitliniengerecht diagnostizierten (im Hinblick auf die Erhebung der Laborparameter und der Veranlassung der Bildgebung). Die bisher dargestellten Ergebnisse basieren stets auf den Daten der Patienten und ihrer Zugehörigkeit zu einer der beiden Ärztegruppen. 53 der 100 an der Studie teilnehmenden Hausärzte rekrutierten Patienten. Es handelt sich hierbei um 22 SD-Hausärzte und 31 ZW-Hausärzte. Die diagnostische Vorgehensweise der einzelnen Ärzte bezogen auf die Häufigkeit der Durchführung der leitliniengerechten Untersuchungen (Labor und Bild), also die „Leitlinientreue“ der einzelnen Ärzte, stellt Tabelle 5.22 dar, getrennt für die beiden Hausarztgruppen.

Bezieht man nur diejenigen mit einem eindeutigen Ergebnis (also „immer leitliniengerechte Diagnostik“ und „nie leitliniengerechte Diagnostik“) mit ein, ergibt sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Hausarztgruppen bezüglich leitliniengerechter und nicht-leitliniengerechter Diagnostik zugunsten der SD-Hausärzte (Fisher-Test,  $p = .008$ ,  $w = .460$ ,  $n = 42$ ). Dieses Ergebnis ist aber sehr vorsichtig zu interpretieren, da erstens die Patientenzahlen gering sind und zweitens die unterschiedliche Patientenzahl pro Arzt nicht berücksichtigt wird. Dennoch darf dieses Ergebnis als weiterer Hinweis auf die höhere „Leitlinientreue“ der SD- im Vergleich zu den ZW-Hausärzten gewertet werden.

Tabelle 5.22

*Leitlinien-treue der einzelnen Hausärzte – vergleichend in beiden Ärztegruppen*

	SD-Hausärzte (n = 22)		ZW-Hausärzte (n = 31)		Gesamt (n = 53)	
	n	%	n	%	n	%
Immer leitliniengerechte Diagnostik	8	36.4	3	9.7	11	20.8
Nie leitliniengerechte Diagnostik	7	31.8	24	77.4	31	58.5
Teilweise leitliniengerechte Diagnostik	7	31.8	4	12.9	11	20.8

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte, ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. n: Anzahl.

### 5.3.4 Kernaussagen des Abschnitts 5.3

Im Folgenden werden die Ergebnisse von 5.3 zusammenfassend dargestellt, wobei die Unterüberschriften den vorangegangenen Kapiteln entsprechen. Zudem werden als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen alle Teilaspekte der Fragestellung Qualität beantwortet.

#### 5.3.4.1 Zusammenfassung der Vorgehensweise der Hausärzte bzgl. „Demenzdiagnostik und -therapie“ und Interpretation

151 Patienten erhielten im Rahmen der Studie eine demenzspezifische Diagnostik, davon stammten 57 % von SD-Hausärzten (Rekrutierung und Diagnostik durch SD-Hausärzte) und 43 % von ZW-Hausärzten (Rekrutierung durch ZW-Hausärzte, Diagnostik durch Fachärzte). Das diagnostische Vorgehen der Haus- und Fachärzte wird im Folgenden dargestellt.

#### (1) Patienten insgesamt

##### Leitliniengerechte Diagnostik

Gemäß den Leitlinien sollten im Rahmen einer Demenzdiagnostik bestimmte Laborparameter überprüft und eine Bildgebung durchgeführt werden:

- Die SD-Hausärzte erhoben bei 80 % ihrer Patienten die relevanten Laborparameter und veranlassten bei 44 % eine Bildgebung. Die Laborparameter wurden demnach deutlich häufiger erhoben als eine Bildgebung veranlasst wurde. Immer, wenn eine Bildgebung veranlasst wurde, lagen auch die erforderlichen Laborparameter vor.
- Die ZW-Hausärzte erhoben bei 57 % ihrer Patienten die relevanten Laborparameter und veranlassten bei 23 % eine Bildgebung.
- Die Fachärzte forderten die ZW-Hausärzte bei einigen Patienten, bei denen keine entsprechenden Befunde von den ZW-Hausärzten vorlagen, zur Veranlassung dieser

Untersuchungen auf, so dass die Befunde schließlich bei 63 % (Laborparameter) bzw. 40 % (Bildgebung) der Patienten bei der Diagnostik der Fachärzte vorlagen. Die SD-Hausärzte erhoben somit signifikant häufiger als die ZW-Hausärzte beide leitliniengerechten Untersuchungen und signifikant häufiger als die Fachärzte die relevanten Laborparameter. Weitere Untersuchungen (z.B. EEG, PET) wurden weder von den Fachärzten noch von den Hausärzten durchgeführt bzw. veranlasst.

### **Kognitive Leistungsfähigkeit**

Die Durchführung des MMST und des DemTect durch die SD-Hausärzte und die Fachärzte waren innerhalb der Studie vorgeschrieben. Die Screeningverfahren sind wichtige Untersuchungen im Rahmen einer leitliniengerechten Diagnostik.

- Die Patienten der SD-Hausärzte wiesen einen durchschnittlichen MMST-Wert von 23.9 (Range 7 - 30) und einen DemTect-Wert von 9.7 (Range 0 - 18) auf.
- Die Patienten der Fachärzte wiesen einen durchschnittlichen MMST-Wert von 22.5 (Range 5 - 10) und einen DemTect-Wert von 7.5 (Range 0 - 18) auf. Die Fachärzte veranlassten bei 17 % der Patienten zusätzlich eine ausführliche neuropsychologische Untersuchung.

Die durchschnittlichen Werte entsprechen einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung“. Die Patienten der beiden Ärztgruppen unterschieden sich bezüglich der MMST-Werte nicht signifikant, bezüglich der DemTect-Werte erreichten die Patienten der SD-Hausärzte signifikant „bessere“ Werte, was nicht an einer unterschiedlichen Verteilung positiver und negativer Demenzdiagnosen lag (siehe unten).

### **Häufigkeit positiver und negativer Demenzdiagnosen**

Bei 57 % der Patienten der SD-Hausärzte wurde schließlich eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert, bei den Patienten der ZW-Hausärzte zw. Fachärzte waren es 66 %. Es ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Ärztgruppen hinsichtlich der Häufigkeit positiver und negativer Demenzdiagnosen.

## **(2) Patienten ohne Demenzdiagnose**

### **Leitliniengerechte Diagnostik**

- 43 % der Patienten der SD-Hausärzte erhielten nicht die Diagnose „Demenz“. Die SD-Hausärzte erhoben bei 70 % dieser Patienten, bei denen sie sich später gegen die Diagnose „Demenz“ entschieden, die relevanten Laborparameter und veranlassten bei 24 % eine Bildgebung.
- 34 % der Patienten der ZW-Hausärzte erhielten von den Fachärzten nicht die Diagnose „Demenz“. Die ZW-Hausärzte erhoben bei 55 % dieser Patienten die relevanten Laborparameter und veranlassten bei 18 % eine Bildgebung. Bei den Fachärzten ergeben sich 64 und 46 %.

Es finden sich hierbei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ärztegruppen.

### **Kognitive Leistungsfähigkeit**

- Die Patienten der SD-Hausärzte, bei denen die Ärzte nicht die Diagnose „Demenz“ vergaben, erreichten durchschnittlich 27.5 Punkte im MMST (Range 23 - 30) und 13.9 Punkte im DemTect (Range 4 - 18).
- Die Patienten der Fachärzte erreichten durchschnittlich 28.7 MMST-Punkte (Range 27 - 30) und 12.6 DemTect-Punkte (Range 6 - 18). Die Fachärzte veranlassten bei 40.9 % eine zusätzliche neuropsychologische Diagnostik.

Der existierende Unterschied zwischen den Ärztegruppen (MMST) relativiert sich, wenn man diejenigen sechs Patienten nicht mit einbezieht, bei denen sich die SD-Hausärzte bezüglich der Diagnose unsicher waren und die sie daher an einen Facharzt überwiesen. Alle durchschnittlichen Werte der Patienten entsprechen (knapp) einer „altersgemäßen kognitiven Leistung“.

### **Diagnose: keine Demenz**

In den meisten Fällen, in denen die SD-Hausärzte keine Demenzdiagnose stellten, diagnostizierten sie keine andere Erkrankung, sondern eine „altersentsprechende geistige Leistungsfähigkeit“ (57 %). Die Fachärzte hingegen legten sich meist auf „depressive Symptome“ (41 %) oder „leichte kognitive Störung“ (36 %) fest. Die Fachärzte stellten somit signifikant häufiger Erkrankungen als Ursache für die Verdachtsmomente fest als die SD-Hausärzte.

### **(3) Patienten mit Demenzdiagnose**

#### **Leitliniengerechte Diagnostik**

- Die SD-Hausärzte veranlassten bei 88 % ihrer Patienten, bei denen sie später eine demenzielle Erkrankung diagnostizierten, die relevanten Laborparameter und bei 59 % eine Bildgebung.
- Die ZW-Hausärzte veranlassten bei 58 % ihrer Patienten, bei denen die Fachärzte später eine demenzielle Erkrankung diagnostizierten, die relevanten Laborparameter und bei 26 % eine Bildgebung. Die Fachärzte hatten die Befunde der Laborparameter bei 63 % und die der Bildgebung bei 37 % zur Verfügung.

Somit veranlassten die SD-Hausärzte signifikant häufiger als die ZW-Hausärzte und die Fachärzte die beiden leitliniengerechten Untersuchungen.

### **Kognitive Leistungsfähigkeit**

- Die Patienten der SD-Hausärzte, die später die Diagnose „Demenz“ erhielten, hatten einen mittleren MMST von 21.2 (Range 7 - 30) und einen mittleren DemTect von 6.6 (Range 0 - 18). Die Werte weisen auf leichte demenzielle Erkrankungen hin. Es fällt auf, dass auch Patienten mit höchstmöglichen, d.h. besten, Werten (MMST 30 und

DemTect 18) von den SD-Hausärzten die Diagnose „Demenz“ erhielten (auch bei den Fachärzten kamen relativ hohe Werte vor). Ebenfalls auffällig ist, dass Patienten mit sehr niedrigen Werten in die Studie aufgenommen – sowohl von SD- als auch von ZW-Hausärzten – und somit erst bei fortgeschrittener Erkrankung diagnostiziert wurden.

- Bei den Patienten der Fachärzte lagen die Werte bei 19.3 im MMST (Range 5 - 27) und 4.9 im DemTect (Range 0 - 15). Die Fachärzte veranlassten nur bei 4.7 % eine zusätzliche neuropsychologische Testung.

Zwischen den Ärztgruppen ergibt sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des DemTect: Die Patienten der SD-Hausärzte wiesen etwas höhere Werte auf. Das kann verschiedene Gründe haben: Die SD-Hausärzte erkannten Patienten in einem früheren Stadium, nur schwerer betroffene Patienten erklärten sich zur Untersuchung in einer psychiatrischen Klinik bereit (ZW-Hausärzte) oder die SD-Hausärzte führten die Tests anders durch als die Fachärzte.

### **Differenzialdiagnose bzw. Demenzform**

Die SD-Hausärzte stellten, wenn sie eine Demenz diagnostizierten, am häufigsten die Diagnose „Demenz – nicht näher bezeichnet“ (33 %), gefolgt von „Alzheimer-Demenz“ (31 %), „Gemischter Demenz“ (22 %) und „Vaskulärer Demenz“ (14 %). Die Fachärzte vergaben am häufigsten die Diagnose „Alzheimer-Demenz“ (54 %), dann „Gemischte Demenz“ (35 %) und „Vaskuläre Demenz“ (12 %).

### **Plausibilität der Demenzdiagnosen der SD-Hausärzte**

Da die Diagnose der SD-Hausärzte im Rahmen der Studie nicht durch Fachärzte abgesichert werden konnte, wurde die Plausibilität der Diagnosen anhand mehrerer unterschiedlicher Kriterien überprüft:

- *Kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten:*  
Die durchschnittlichen MMST- und DemTect-Werte der Patienten der SD-Hausärzte, die schließlich die Diagnose Demenz erhielten, entsprechen Werten, die gemäß den Auswertungsrichtlinien eine demenzielle Erkrankung nahe legen.
- *Kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten im Zeitverlauf:*  
Die Verläufe der MMST- und DemTect-Werte der Patienten der SD-Hausärzte sind im Durchschnitt und in den meisten Einzelfällen vereinbar mit typischen Verläufen demenzieller Erkrankungen. Zudem weisen die Verläufe große Ähnlichkeiten mit denen der Patienten auf, die von den Fachärzten, also von Experten, untersucht wurden.
- *Testspezifische Ergebnisse:*  
Es ergibt sich eine hohe Retest-Reliabilität und erwartungsgemäß eine mittelhohe Interkorrelation der MMST- und DemTect-Werte der Patienten der SD-Hausärzte.

- *Nicht-kognitive Symptome der Patienten:*

Die Patienten der SD-Hausärzte wiesen neben kognitiven auch demenztypische nicht-kognitive Symptome auf, die sich im Zeitverlauf noch verstärkten. Die kognitiven Tests korrelieren mit nicht-kognitiven Tests.

Insgesamt sprechen sämtliche Indizien für die Richtigkeit der Diagnosen „Demenz“, die die SD-Hausärzte gestellt haben (im Sinne der Entscheidung für oder gegen eine Demenzdiagnose) und keine dagegen. Einschränkend muss aber betont werden, dass die Plausibilitätsaussagen nicht für jede Einzel-Diagnose gelten, sondern sich auf die Diagnosen insgesamt beziehen.

## **Therapie**

Antidementiva im engeren Sinn:

- Die SD-Hausärzte verschrieben 35 % ihrer Patienten nach der Demenzdiagnose AChEh oder Memantin (zusätzliche 2 % erhielten es schon vor der Diagnose). Berücksichtigt man nur diejenigen Patienten mit Alzheimer- oder gemischter Demenz, für die diese Antidementiva zugelassen sind und – sofern keine Kontraindikationen vorliegen – in den Leitlinien empfohlen werden, sind es auch nur 46 %. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt t1 (ca. 7.8 Monate nach der Diagnose, wobei es zwischenzeitlich in beiden Ärztgruppen Drop Outs gab) nahmen 30 % der Patienten der SD-Hausärzte Antidementiva ein. Auffällig ist, dass es sich nicht immer um dieselben Patienten handelte. Die SD-Hausärzte verschrieben häufiger Memantin als AChEH.
- Die Fachärzte empfahlen bei 49 % der Patienten der ZW-Hausärzte Antidementiva (fast ausschließlich AChEH), bei Patienten mit Alzheimer- oder gemischter Demenz in 55 %. Ob die Patienten die Medikamente auch tatsächlich verschrieben bekamen, entschieden die ZW-Hausärzte. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt nahmen 46 % der Patienten der ZW-Hausärzte zugelassene Antidementiva ein – allerdings waren es nicht immer diejenigen Patienten, bei denen die Fachärzte die Einnahme empfohlen hatten (Die ZW-Hausärzte haben – gemessen zu t1 – nur in 47 % die Empfehlung der Fachärzte umgesetzt).

Die Ärztgruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl der Antidementiva-Verschreibungen nicht. Die Häufigkeit der Antidementiva-Verschreibungen änderte sich im Zeitverlauf kaum. Insgesamt erhielten viel zu wenige Patienten einen Behandlungsversuch mit Antidementiva.

Sonstige psychiatrische Medikation:

4 % der Patienten der SD-Hausärzte und 9 % der Patienten der ZW-Hausärzte bekamen von ihren Hausärzten zum Zeitpunkt der Diagnose andere Antidementiva (z.B. Ginkgo-Präparate) verschrieben bzw. empfohlen. Auch wurden zum Teil Antidepressiva, Antipsychotika und sonstige psychiatrische Medikamente verschrieben. Die Hausärztgruppen unterscheiden sich hierbei nicht. Die Anzahl der Verschreibungen änderte sich im Zeitverlauf

kaum. Die Patienten der SD-Hausärzte nahmen zum Nachuntersuchungszeitpunkt tendenziell häufiger Antidepressiva ein (27 %) als die der ZW-Hausärzte (9 %).

#### **(4) Übergreifende Analysen**

Die dargestellten einzelnen Ergebnisse wurden miteinander in Beziehung gesetzt: Es wurde überprüft, welche Einflüsse bei der Vorgehensweise der Hausärzte eine Rolle spielten.

##### **Einflussfaktoren auf die Entscheidung für oder gegen leitliniengerechte Diagnostik**

- Bei den Patienten, die schließlich die Diagnose „Demenz“ erhielten, veranlassten die SD-Hausärzte signifikant häufiger und mehr als doppelt so oft beide leitliniengerechten Untersuchungen (Laborparameter, Bildgebung) als bei denjenigen Patienten, die keine Demenzdiagnose erhielten (59 vs. 24 %). Eine solche Berechnung ist aufgrund des Studiendesigns bei den ZW-Hausärzten und den Fachärzten nicht sinnvoll.
- Es ergeben sich bei den Patienten der SD-Hausärzte geringe Korrelationen zwischen den MMST- und DemTect-Werten und dem Vorliegen der relevanten Laborparameter, moderate Korrelationen zwischen den MMST- und DemTect-Werten und dem Vorliegen der Bildgebung: Höhere Werte in MMST bzw. DemTect waren leicht negativ mit der Häufigkeit der Erhebung der Laborparameter bzw. der Veranlassung einer strukturellen Bildgebung assoziiert. Eine Aussage zu den Fachärzten ist wiederum nicht sinnvoll.
- Es gibt bei den SD-Hausärzten keinen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der leitliniengerechten Untersuchungen und dem Alter der Patienten. Die ZW-Hausärzte haben tendenziell eher bei jüngeren Patienten die erforderlichen Laborparameter erhoben. Eine Aussage zu den Fachärzten ist wiederum nicht sinnvoll.
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der leitliniengerechten Untersuchungen und dem Geschlecht der Patienten – weder bei den SD- noch bei den ZW-Hausärzten. Eine Aussage zu den Fachärzten ist wiederum nicht sinnvoll.
- Es gibt bei den SD-Hausärzten keinen Zusammenhang zwischen den durchgeführten Untersuchungen (Laborparameter und Bildgebung) und einer spezifischen oder unspezifischen Demenzdiagnose (F03). Die Fachärzte stellten nie eine unspezifische Demenzdiagnose.

##### **Einflussfaktoren auf die Diagnose**

- Sowohl bei den SD-Hausärzten als auch bei den Fachärzten ergeben sich hohe Korrelationen zwischen den MMST- und DemTect-Werten und der Entscheidung für oder gegen eine Demenzdiagnose. Entsprechend der binären logistischen Regressionsanalyse wird die Entscheidung in beiden Ärztengruppen vor allem durch den DemTect-Wert der Patienten bestimmt.

### **Leitlinientreue einzelner Hausärzte**

Vergleicht man diejenigen Ärzte, die immer leitliniengerecht diagnostizierten, mit denjenigen, die das nie taten, ergibt sich ein hochsignifikanter Unterschied zugunsten der SD-Hausärzte. Allerdings handelt es sich hier aufgrund der geringen Patientenzahlen um ein Ergebnis mit geringer Aussagekraft.

#### **5.3.4.2 Beantwortung der Fragestellung Qualität**

In diesem Abschnitt erfolgt die Beantwortung der Fragestellung der Qualität (vgl. Tab. 3.1).

#### **Umsetzung der Leitlinien bezüglich diagnostischer Untersuchungen**

Insgesamt haben die SD-Hausärzte bei ca. 80 % ihrer Patienten mit Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung die relevanten Laborparameter erhoben und bei ca. 44 % eine Bildgebung veranlasst. Das heißt, bei weniger als der Hälfte der Patienten der SD-Hausärzte wurden beide Untersuchungen im Rahmen der Demenzdiagnostik durchgeführt. Gemäß den Leitlinien sollten die Untersuchungen bei jedem Patienten durchgeführt werden, sofern der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung nicht zwischenzeitlich entkräftet wurde. Insgesamt muss also konstatiert werden, dass die SD-Hausärzte sich nur eingeschränkt an den Leitlinien orientierten, was die Auswahl der diagnostischen Untersuchungen betrifft. Vor allem die Durchführung einer Bildgebung wurde dabei zu selten veranlasst – deutlich seltener als Laborparameter erhoben wurden. Die möglichen Gründe hierfür reichen von Zweifel des Arztes am Nutzen der Untersuchung bis zu Aufwand für Praxis und Patient. Der Vergleich mit der Literatur zeigt aber, dass die SD-Hausärzte im Rahmen der Studie deutlich häufiger eine Bildgebung veranlassten als das allgemein bei Demenzdiagnostik der Fall ist. Die Häufigkeit der Labordiagnostik entspricht anderen in der Literatur berichteten Ergebnissen.

Es fällt auf, dass die SD-Hausärzte insgesamt häufiger die leitliniengerechten Untersuchungen (Erhebung der Laborparameter und die Durchführung der Bildgebung) veranlasst haben als die ZW-Hausärzte und hinsichtlich der Laborparameter auch als die Fachärzte. (Bei letzteren muss stets berücksichtigt werden, dass die Fachärzte auf die von den ZW-Hausärzten veranlassten Untersuchungen zurückgegriffen haben und bei Nichtvorliegen entsprechender Befunde die Untersuchungen noch anfordern konnten.) Der Unterschied zwischen den Ärzteguppen wird noch größer, wenn man nur die Patienten heranzieht, bei denen später eine Demenz diagnostiziert wurde: Hier wurden die Untersuchungen von den SD-Hausärzten bei ca. 88 (Laborparameter) bzw. 59 % (Bildgebung) veranlasst, von den ZW-Hausärzten bei ca. 58 bzw. 26 % und von den Fachärzten bei ca. 63 bzw. 37 %. Die SD-Hausärzte waren beiden anderen Ärzteguppen somit deutlich überlegen. Auch wenn man die Hausärzte einzeln analysiert, zeigt sich, dass es mehr SD-Hausärzte gibt, die die Diagnostik stets leitliniengerecht durchführten (gemessen an den durchgeführten Untersuchungen), als ZW-Hausärzte, die das taten. Dass SD-Hausärzte häufiger als ZW-Hausärzte die Untersuchungen veranlassten, ist am ehesten auf die Schulung und eine wahrscheinlich hö-

here Motivation zurückzuführen. Das „bessere“ Ergebnis der SD-Hausärzte im Vergleich zu den Fachärzten steht im Gegensatz zu den Erkenntnissen einer anderen Studie, bei der Hausärzte deutlich seltener eine Bildgebung für sinnvoll erachteten als Fachärzte. Der Vergleich mit den ZW-Hausärzten und vor allem mit den Fachärzten lässt das mäßige Ergebnis der SD-Hausärzte in einem besseren Licht erscheinen.

Fazit:

Obwohl die Untersuchungen eigentlich bei allen Patienten durchgeführt werden sollten – zumindest bei denjenigen, bei denen der Anfangsverdacht zuvor nicht zweifelsfrei entkräftet werden konnte – zeigen die Ergebnisse doch, dass die SD-Hausärzte sich häufiger als die anderen Studienärzte (darunter auch häufiger als die Fachärzte) und vermutlich weitaus häufiger als Ärzte im allgemeinen bei der diagnostischen Vorgehensweise an den Leitlinien orientierten. Positiv festzuhalten bleibt also, dass die SD-Hausärzte sich der idealen leitliniengerechten Vorgehensweise deutlich stärker annähern als andere Ärzte. Allerdings verbleibt auch für sie ein großer Spielraum für Verbesserungen.

### **Sonstige eingesetzte diagnostische Instrumente**

Die Häufigkeit der Erhebung der Laborparameter und der Durchführung der bildgebenden Untersuchung wurde soeben beschrieben. Die Durchführung der Screeningverfahren MMST und DemTect waren im Rahmen der Studie vorgeschrieben, diese Tests wurden daher sowohl von den SD-Hausärzten als auch von den Fachärzten bei jedem Patienten durchgeführt. Neben diesen vier Untersuchungen (und dem Anamnesegespräch) setzten die SD-Hausärzte in keinem Fall weitere diagnostische Instrumente ein. Die Fachärzte veranlassten bei immerhin 17 % der Patienten eine zusätzliche ausführliche neurologische Testung (insbesondere bei Patienten, bei denen sie sich schließlich gegen die Diagnose Demenz entschieden, also vermutlich zur Absicherung der Diagnose). Weitere Untersuchungen hielten auch sie nicht für notwendig.

Weitere Untersuchungen können im Einzelfall sinnvoll sein (z.B. ausführliche Erhebung des psychopathologischen Status oder der Alltagskompetenz, weitere internistische und neurologische Untersuchungen), sind aber nicht grundsätzlich notwendig. Somit bleibt festzuhalten, dass es zwar auffällig ist, dass die SD-Hausärzte nie weitere Untersuchungen vornahmen, aber auch nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie notwendig gewesen wären. Zudem haben die Hausärzte aufgrund jahrelanger Hausarztstätigkeit zahlreiche Informationen über den Gesundheitszustand der meisten ihrer Patienten, so dass das Vorliegen einiger Zusatzbefunde vorausgesetzt werden dürfte.

### **Häufigkeit der gestellten Demenzdiagnosen (positiv und negativ)**

Der hohe Prozentsatz an Demenzdiagnosen innerhalb der Verdachtsfälle (SD: 57 %, ZW: 66 %) spricht für eine gute Einschätzung der Patienten durch die SD- und die ZW-Hausärzte. Hätte sich beim Großteil der Patienten keine demenzielle Erkrankung nachweisen lassen, wären Zweifel an der Einschätzung der Symptome durch die Hausärzte aufgekommen. Doch die von den Ärzten beobachteten Symptome, die die Grundlage der Verdachtsmomente dar-

stellten, waren in der Mehrzahl der Fälle tatsächlich demenzspezifisch und wurden von den Ärzten richtig als solche erkannt. Zudem ist die Häufigkeitsverteilung von positiven und negativen Demenzdiagnosen plausibel, in der Literatur finden sich vergleichbare Prozentangaben. Bezüglich der Anzahl der positiven und negativen Diagnosen unterscheiden sich die SD-Hausärzte zudem nicht signifikant von den Fachärzten.

Der Prozentsatz an positiven und negativen Diagnosen ist zwar plausibel, trotzdem wäre es wünschenswert, wenn die Hausärzte bei einer größeren Anzahl von Patienten eine Diagnostik durchführen würden, nämlich schon bei weniger ausgeprägtem Verdacht – zumindest, da man erstens davon ausgehen kann, dass es vermutlich während des Studienzeitraums in der Klientel der Hausärzte mehr Patienten mit beginnender Demenz gab als sie in die Studie eingeschlossen haben (vgl. auch Abschnitte 4.1.1.2 und 5.4), und zweitens da unter den rekrutierten Patienten, die später eine Demenzdiagnose erhielten, auch Patienten waren, bei denen die Erkrankung schon fortgeschritten war (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.2). Die Hausärzte sollten daher bei einer größeren Anzahl von Patienten Screenings durchführen, um nicht zu viele Patienten mit beginnender Demenz zu spät oder nicht zu diagnostizieren. Dieser Aspekt lässt sich auch auf einen Teilaspekt der Akzeptanz des Versorgungsmodells beziehen: Die Akzeptanz hinsichtlich der Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose ist demnach noch nicht hoch genug.

### **Plausibilität der von den Hausärzten gestellten Demenzdiagnosen**

Die Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Demenzpatienten (gemessen durch die Screeningverfahren MMST und DemTect) ist den SD-Hausärzten gut gelungen. Innerhalb der Studie konnten die Diagnosen zwar nicht überprüft werden, doch konnten im Rahmen einer Konstruktvalidierung zahlreiche Untersuchungen durchgeführt werden, die ausnahmslos für die Richtigkeit der durch die SD-Hausärzte gestellten Demenzdiagnosen sprechen: das Vorliegen kognitiver und nicht-kognitiver Symptome zum Zeitpunkt der Diagnose und deren Veränderung im Zeitverlauf, hohe Retest-Reliabilität sowie angemessene Interkorrelation bei MMST und DemTect. Es kann daher von der Richtigkeit der Demenzdiagnosen der SD-Hausärzte und somit von einer hohen Qualität der Demenzdiagnostik ausgegangen werden. Hausärzte sind folglich nach einer Schulung in der Lage, Demenzen – auch zu einem relativ frühen Zeitpunkt – zu diagnostizieren.

### **Anzahl der Patienten, die an einen Facharzt weitergeleitet wurden**

Die SD-Hausärzte hatten natürlich auch im Rahmen der Studie die Möglichkeit, ihre Patienten bei Bedarf an einen Facharzt weiterzuleiten: Sie nahmen diese Möglichkeit nur bei 7 % der Patienten mit Demenzverdacht wahr. Bei diesen wenigen Patienten konnten sie sich nicht auf eine Diagnose festlegen. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass sie sich bei 93 % der Patienten die Diagnosestellung zugetraut haben. Das spricht für eine von ihnen empfundene Sicherheit bezüglich selbstständiger Durchführung der Diagnostik und eigener Demenzdiagnosen.

In anderen Studien wird von deutlich höheren Überweisungsraten berichtet. Die sehr niedrige Rate im Rahmen der Studie ist somit vermutlich auf die Schulung zurückzuführen.

Es handelt sich um verschiedene SD-Hausärzte, die die Möglichkeit zur Weiterleitung an einen Facharzt genutzt haben; es ist also davon auszugehen, dass viele SD-Hausärzte verantwortlich gehandelt haben, indem sie an diese Möglichkeit gedacht und sich ggf. die eigene Unsicherheit eingestanden und Hilfe geholt haben. Das Vorgehen der Überweisung eröffnet natürlich die Möglichkeit weiterer Untersuchungen durch den Facharzt, könnte daher auch beim oben genannten Aspekt "Sonstige eingesetzte diagnostische Instrumente" eine kleine Rolle spielen.

### **Schwere der Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose (MMST, DemTect)**

Beide Hausärztegruppen (SD und ZW) haben die Erkrankung in einem relativ frühen Stadium (vgl. Abschnitt 4.2.3.2) erkannt – gemessen an MMST und DemTect (mittlerer MMST-Wert 21 Punkte bei SD, 19 bei ZW und mittlerer DemTect 7 bei SD, 5 bei ZW) –, was als Bestätigung für die Möglichkeit einer hausarztbasierten Frühdiagnostik gewertet werden kann. Allerdings wäre eine Diagnosestellung auch zu einem noch früheren Zeitpunkt, also in leichteren Erkrankungsstadien, die mit höheren MMST- und DemTect-Werten einhergehen, bereits möglich. Demnach wäre es wünschenswert, wenn die Hausärzte noch intensiver auf mögliche Frühsymptome einer demenziellen Entwicklung achten und eine entsprechende Diagnostik einleiten würden.

Es ergibt sich kein eindeutiges Ergebnis bezüglich des Unterschieds zwischen den Ärztegruppen. Die Patienten der SD-Hausärzte wiesen etwas höhere Werte auf (DemTect), was daran liegen könnte, dass die SD-Ärzte die Symptome ihrer Patienten zu einem früheren Zeitpunkt als solche erkannt haben (Kompetenz). Es könnte aber auch durch die evtl. schwierigere Rekrutierungsaufgabe der ZW-Hausärzte (sie mussten die Patienten von einer Diagnostik in einer psychiatrischen Klinik überzeugen) begründet sein. Eine andere Erklärung wäre eine geringere Motivation der ZW-Hausärzte für eine frühzeitige Diagnosestellung.

Kritisch anzumerken ist, dass die SD-Hausärzte trotz fehlender Spezialausbildung und Erfahrung zum Teil auch bei sehr hohen MMST- und DemTect-Werten die Diagnose Demenz gestellt haben. Hier muss betont werden, dass eine Demenzdiagnose den Patienten und Angehörigen nur mitgeteilt werden sollte, wenn das Vorliegen der Erkrankung zweifelsfrei bestätigt ist. In diesen Fällen mit sehr „guten“ Werten und dennoch weiter bestehendem Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung wäre daher eine Überweisung zu einem Facharzt wichtig gewesen.

Auch Patienten mit sehr niedrigen Werten wurden sowohl von SD- als auch von ZW-Hausärzten rekrutiert und erhielten folglich erst im Rahmen der Studie die Diagnose Demenz – bei den meisten wäre vermutlich eine viel frühere Diagnose möglich gewesen (nicht bei allen, denn es kommen erstens abrupte Krankheitsbeginne vor und zweitens hatte der Arzt vielleicht nicht zu allen Patienten im Vorfeld regelmäßigen Kontakt und somit keine Möglichkeit, die Entwicklung zu bemerken). Die Studie zeigt daher, dass Hausärzte Demenzen zum Teil zu spät erkennen bzw. zu spät eine Diagnostik einleiten – zumal unklar ist, ob die Hausärzte bei diesen Patienten überhaupt jemals eine Diagnose gestellt hätten. Dass die Hausärzte manchmal sogar um die Symptomatik der Patienten wussten und dennoch keine

Diagnostik einleiteten, belegt der Umstand, dass einige wenige Patienten schon vor der Studie (d.h. ohne eine Demenzdiagnose zu haben) Antidementiva verschrieben bekamen.

### **Diagnosespektrum**

Die Differenzialdiagnostik bei den positiven Diagnosen (Diagnose „Demenz“) ist vor allem ausschlaggebend für die nachfolgende Therapie, aber auch für die Aufklärung der Patienten und Angehörigen über den zu erwartenden Krankheitsverlauf. Die SD-Hausärzte wählten am häufigsten, nämlich bei 33 %, die Diagnose „Demenz – nicht näher bezeichnet“. Diese hohe Zahl unspezifischer Demenzdiagnosen kann als differenzialdiagnostische Unsicherheit der SD-Hausärzte bewertet werden: Sie waren offenbar nicht in der Lage, sich auf die genaue Demenzform festzulegen. Andere mögliche Erklärungen dafür sind, dass sie eine spezifische Diagnose nicht für wichtig hielten oder dass sie ihren Patienten lieber eine unspezifische Demenzdiagnose als z.B. die Diagnose „Alzheimer-Demenz“ mitteilten. Im Vergleich mit den Fachärzten wird das Defizit der Hausärzte besonders deutlich: Die Fachärzte legten sich ohne Ausnahme auf eine spezifische Demenzform fest. Auch in der Literatur wird von einem großen Anteil unspezifischer Demenzdiagnosen durch Hausärzte berichtet. Schulungen sollten daher einen Schwerpunkt auf die Differenzialdiagnostik der Demenz legen.

Die Diagnosen „Alzheimer-Demenz“ und „Gemischte Demenz“ wurden von den SD-Hausärzten häufiger gestellt als die Diagnose „Vaskuläre Demenz“, was zur allgemeinen Prävalenz der Demenzformen passt. Im Gegensatz dazu diagnostizierten Hausärzte in anderen Studien häufiger vaskuläre Demenzen als Alzheimer-Demenzen. Das richtige Verhältnis der Diagnosen zueinander in der vorliegenden Studie spricht somit für einen Erfolg der Schulung. Die Diagnosen der Fachärzte entsprechen allerdings um einiges genauer der theoretisch anzunehmenden Häufigkeitsverteilung der Demenzformen (vgl. Abschnitt 2.2.3).

Bei denjenigen Patienten, bei denen sich der Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung nicht bestätigte, stellten die SD-Hausärzte meistens, nämlich bei 57 %, eine „altersgemäße kognitive Leistungsfähigkeit“ fest, was mit einem unauffälligem Befund und damit der momentanen Entkräftung der Verdachtsmomente gleichzusetzen ist. Im Gegensatz dazu bewerteten die Fachärzte die Symptome deutlich häufiger als pathologisch und diagnostizierten dementsprechend eine „leichte kognitive Störung“ (d.h. objektivierbare Einbußen in der kognitiven Leistungsfähigkeit, ohne dass die Kriterien für eine Demenz erfüllt sind) oder führten die Symptome auf andere Erkrankungen zurück.

Am häufigsten (41 %) – und damit deutlich häufiger als die SD-Hausärzte (5 %) – sahen die Fachärzte die Symptome der Patienten in depressiven Erkrankungen begründet, die mit ähnlichen Symptomen wie demenzielle Erkrankungen einhergehen können. Damit kommt vermutlich das Expertenwissen der Fachärzte zum Ausdruck. In der Literatur finden sich vergleichbare Ergebnisse. Bei allen anderen Patienten gaben die SD- und Fachärzte an, dass die Beschwerden durch leichte kognitive Störungen oder in seltenen Fällen durch metabolische oder sonstige Erkrankungen zu erklären waren.

Fazit:

Alle vorgegebenen Diagnosemöglichkeiten wurden von den SD-Hausärzten ausgeschöpft, das Diagnosespektrum weist also eine passende Bandbreite auf. Insgesamt ist festzustellen, dass das Diagnosespektrum der SD-Hausärzte bei den positiven Diagnosen im Wesentlichen plausibel scheint, sofern sie sich auf eine Demenzform festgelegt haben. Es besteht aber differenzialdiagnostischer Weiterbildungsbedarf, da sich die Ärzte häufig nicht auf eine spezifische Demenzform festlegen konnten. Bei den negativen Diagnosen fällt vor allem auf, dass die SD-Hausärzte häufig die Symptome, die die Verdachtsmomente ausgelöst hatten, nicht objektivieren konnten, und dass sie nicht an Depressionen als mögliche Ursache dachten – obwohl sie durchaus depressive Symptome an Patienten erkennen, wie durch die Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva bei Demenzpatienten ersichtlich wird. Dieser Aspekt sollte in Schulungen daher besonders hervorgehoben werden. Im Vergleich mit den Fachärzten schnitten die SD-Hausärzte bei der Differenzialdiagnostik deutlich schlechter ab als die Fachärzte.

### **Einflussgrößen auf das diagnostische Vorgehen der Ärzte**

Dass nicht bei allen Patienten die leitliniengerechten Untersuchungen (Erhebung der relevanten Laborparameter, Durchführung einer bildgebenden Untersuchung) durchgeführt wurden, lag nicht immer daran, dass bei manchen der Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung schon entkräftet worden war, bevor alle Untersuchungen durchgeführt wurden, so dass weitere Untersuchungen überflüssig waren: Die SD-Hausärzte haben auch bei den Patienten, die später die Diagnose Demenz erhielten, nicht immer die entsprechenden Untersuchungen veranlasst, sondern nur bei 88 % bezüglich der Laborparameter bzw. bei 59 % bezüglich der Bildgebung. Die SD-Hausärzte veranlassten diese Untersuchungen eher bei Patienten, die später die Diagnose Demenz erhielten, als bei Patienten, die später nicht die Diagnose Demenz erhielten. Patienten mit gravierenderen Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit hatten eher die Chance auf eine bildgebende Untersuchung. Die SD-Hausärzte wollten ihre Demenzdiagnosen durch die Untersuchungen somit absichern, stellten zögerlicher eine Demenzdiagnose, wenn nicht alle relevanten Untersuchungen durchgeführt wurden, oder erachteten die Untersuchungen für wichtig für die Differenzialdiagnostik der Demenz. Da die Ärzte aber im Verlauf (vgl. Abschnitt 5.4.2) nicht häufiger spezifische statt unspezifische Diagnosen stellten, ist für sie die genaue Diagnose vermutlich nicht so wichtig, daher war an dieser Stelle die Absicherung der Diagnose wohl bei der Entscheidung für oder gegen bestimmte Untersuchungen relevanter. Da die Diagnose Demenz für viele Patienten und Angehörige mit Ängsten und Vorurteilen behaftet ist, sollte der Arzt sich sicher sein, bevor er diese Diagnose mitteilt, sollte daher zuvor stets die relevanten Untersuchungen durchgeführt haben.

Es konnten deutliche Zusammenhänge zwischen den eingesetzten Screeningverfahren und der Entscheidung der SD-Hausärzte für oder gegen die Diagnose Demenz gezeigt werden. Insbesondere der DemTect weist einen hohen Einfluss auf die Entscheidung auf. Die SD-Hausärzte scheinen sich somit stark an der objektiv gemessenen kognitiven Leistung zu orientieren, was für eine gute Qualität der Diagnostik spricht. Allerdings handelt es sich hier

nur um einen statistisch nachgewiesenen Einfluss, der nicht einer den Ärzten bewussten Entscheidung entsprechen muss. Für die Fachärzte gelten im Prinzip die gleichen Aussagen, wobei der DemTect einen noch deutlicheren Einfluss aufweist. Verglichen mit den Fachärzten beziehen die SD-Hausärzte vermutlich noch etwas stärker andere Kriterien in die Diagnoseentscheidung mit ein. Dass andere Kriterien für Hausärzte verglichen mit Testverfahren eine bedeutsame Rolle spielen (z.B. ihr subjektiver Eindruck vom Patienten) zeigt der Vergleich mit der Literatur.

### **Umsetzung der Leitlinien bezüglich therapeutischem Vorgehen**

Die SD-Hausärzte verschrieben nur 46 % ihrer Patienten mit den Diagnosen Alzheimer- und gemischte Demenz, bei denen gemäß den Leitlinien in jedem Fall ein Behandlungsversuch erfolgen sollte, und damit viel zu selten AChEH oder Memantin. Es ergibt sich bezüglich der Häufigkeit kein Unterschied zwischen den SD-Hausärzten und den Fachärzten. Auffällig ist, dass die ZW-Hausärzte sich nur bei ca. der Hälfte der Patienten nach den Empfehlungen der Fachärzte bezüglich einer Antidementiva-Verordnung richteten. Andererseits fällt auf, dass die ZW-Hausärzte einigen Patienten Antidementiva verschrieben, obwohl keine diesbezügliche Facharzt-Empfehlung vorlag. Die SD-Hausärzte verschrieben einigen Patienten nicht sofort nach der Diagnose, sondern erst nach einiger Zeit Antidementiva. Das entspricht nicht den Leitlinien, da die Therapie möglichst früh beginnen sollte, zeigt jedoch, dass die SD-Ärzte sich im Krankheitsverlauf mit Therapieoptionen auseinandersetzen. Mögliche Erklärungen für die geringe Anzahl an Antidementiva-Verordnungen sind zum einen arzneimittelspezifische Gründe wie Kontraindikationen, Zweifel am Nutzen der Antidementiva und Überschätzung der Nebenwirkungen, zum anderen wirtschaftliche Gründe wie Bedenken des Arztes vor Budgetüberschreitung und vor Wirtschaftlichkeitsprüfung. Im Vergleich zur Literatur erhielten die Patienten der SD-Hausärzte etwas häufiger Antidementiva als Demenzpatienten im Allgemeinen.

Die SD-Hausärzte verschrieben AChEH und Memantin nicht nur Patienten mit den Diagnosen Alzheimer- und gemischte Demenz, für welche die Indikation besteht, sondern auch Patienten mit anderen Diagnosen. Das kann im Einzelfall durchaus versucht werden, daher nicht per se als negativ zu bewerten. Vielleicht wollten sie ihren Patienten eine medikamentöse Therapie zukommen lassen, die diese sonst nicht bekommen hätten. Es ist aber fraglich, ob sich die Hausärzte dieses Off-Label-Gebrauchs bewusst waren und diesbezügliche Schwierigkeiten entsprechend berücksichtigt haben.

Die SD-Hausärzte verschrieben ihren Patienten im leichten Krankheitsstadium statt AChEH häufig Memantin, was nicht der Indikation und den Leitlinien entspricht, da dieser Wirkstoff nur in mittelschweren bis schweren Krankheitsstadien zugelassen ist. Im leichten Krankheitsstadium ist der Wirkstoff kaum wirksam, somit ist dieses Verschreibungsverhalten der SD-Hausärzte zu kritisieren. Die Fachärzte richteten sich nach den Indikationen (und falls die ZW-Hausärzte überhaupt den Empfehlungen der Fachärzte folgten, übernahmen sie auch den entsprechenden Wirkstoff).

Fazit:

Die SD-Hausärzte unterschieden sich in der Häufigkeit eines Behandlungsversuchs ihrer Patienten mit zugelassenen Antidementiva nicht von den diesbezüglichen Empfehlungen der Fachärzte bei den Patienten der ZW-Hausärzte. Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass von allen Patienten mit entsprechender neu gestellter Demenzdiagnose nur ca. die Hälfte der Patienten die Möglichkeit zu einer solchen leitliniengerechten Therapie erhielt, d.h. sowohl die SD-Hausärzte als auch die Fachärzte empfahlen viel zu selten Antidementiva. Berücksichtigt man darüber hinaus den eingesetzten Wirkstoff, wird das unzureichende Verhalten der SD-Hausärzte noch deutlicher, denn sie verschrieben häufig nicht den richtigen Wirkstoff. Aus den Ergebnissen bezüglich der Verschreibungspraxis der Fachärzte bzw. der ZW-Hausärzte folgt, dass auch bei einer Konsultation eines Facharztes häufig keine leitliniengerechte Therapie empfohlen wird. Zudem kann sich der Patient nicht darauf verlassen, dass der überweisende Hausarzt sich an die Empfehlungen des Facharztes hält.

## 5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf

Verändert sich die Vorgehensweise der Hausärzte im Verlauf der Studie? Lässt ihre Motivation nach einigen Monaten nach? Führt Erfahrung zu anderen Entscheidungen bezüglich der diagnostischen Untersuchungen oder der Diagnosen? Diesen und ähnlichen Fragen wird im Folgenden nachgegangen werden (vgl. Abb. 5.13). Von Bedeutung sind diese Aspekte im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der implementierten Demenzdiagnostik.

<b>Akzeptanz</b>	5.1 Teilnehmende Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
<b>Qualität</b>	5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
<b>Akzeptanz</b>	5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf
<b>Akzeptanz</b>	5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
<b>Akzeptanz</b>	5.6 Aussagen der Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

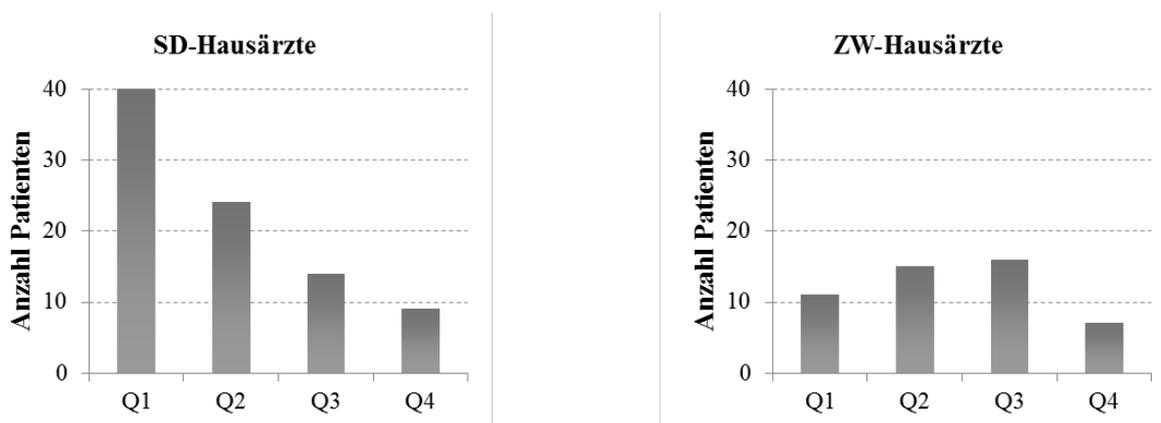
Abbildung 5.13

*Einordnung des Abschnitts 5.4 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien*

### 5.4.1 Gewinnung von Patienten im Zeitverlauf

Wie in Abschnitt 5.2.5 dargestellt, haben beide Hausärztegruppen zu wenige Patienten für die Studienteilnahme gewinnen können. Zudem nehmen die Rekrutierungszahlen der SD-

Hausärzte im Zeitverlauf ab. Die 33 SD-Hausärzte, die über den gesamten Studienzeitraum teilnahmen (und nur diese werden aus Gründen der Vergleichbarkeit an dieser Stelle mit einbezogen), rekrutierten im ersten Quartal 40 Patienten, im zweiten 24, im dritten 14 und im vierten 9 Patienten. Die 33 ZW-Hausärzte, die über den gesamten Studienzeitraum teilnahmen, rekrutierten im ersten Quartal 11 Patienten, im zweiten 15, im dritten 16 und im vierten 7 Patienten (vgl. Abb. 5.14). Die Rekrutierungszahlen folgten bei den ZW-Hausärzten also keinem eindeutigen Trend.



Anmerkungen. SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. Q: Quartal.

Abbildung 5.14

*Rekrutierungszahlen der Hausärzte im Zeitverlauf – vergleichend in beiden Ärztengruppen*

Für die Abnahme der Patientenzahlen der SD-Hausärzte im Verlauf gibt es zwei mögliche Gründe:

(1) Es wäre denkbar, dass die Hausärzte zu Beginn der Studie Patienten aufnahmen, bei denen sie schon länger einen Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung hatten und bei denen die Erkrankung daher bereits fortgeschritten war. In diesem Fall wären in den ersten Quartalen häufiger positive Diagnosen gestellt worden als in den späteren und die Patienten, die in den ersten Quartalen diagnostiziert wurden, wären schwerer betroffen gewesen.

Die Rekrutierungshäufigkeit der SD-Hausärzte von Patienten, bei denen später die Diagnose Demenz gestellt wurde, lag bei 20, 17, 8 und 4 Patienten pro Quartal. Der Vergleich der Werte der Patientengruppen aus den vier Quartalen erfolgte wegen der zum Teil sehr kleinen Zellbesetzungen nicht mit einer Varianzanalyse, sondern mit dem nonparametrischen Pendant des H-Tests von Kruskal und Wallis für unabhängige Stichproben (Rangvarianzanalyse). Es ergab sich für die MMST- und DemTect-Werte kein signifikanter Unterschied ( $p > .05$ ). Zum Vergleich wurden auch die Daten der ZW-Hausärzte herangezogen. Sie rekrutierten 7, 14, 17 und 5 Demenzpatienten pro Quartal. Auch hier ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Quartalen ( $p > .05$ ).

Tabelle 5.23

*MMST- und DemTect-Mittelwerte der Patienten mit Demenz im Quartalsverlauf – vergleichend in beiden Ärzteguppen*

<b>Patienten der SD-Hausärzte</b>									
	Quartal 1		Quartal 2		Quartal 3		Quartal 4		
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
MMST	21.15	5.68	19.53	6.06	22.38	6.39	26.50	2.08	
DemTect	6.70	3.36	5.94	2.66	6.38	5.58	9.00	3.16	

<b>Patienten der ZW-Hausärzte (Testdurchführung durch Fachärzte)</b>									
	Quartal 1		Quartal 2		Quartal 3		Quartal 4		
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
MMST	22.14	4.02	19.93	5.05	19.18	6.83	14.20	6.30	
DemTect	5.57	2.15	5.69	4.03	4.88	3.10	2.00	1.23	

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung. MMST: Mini-Mental Status Test.

Auch die prozentuale Verteilung positiver und negativer Demenzdiagnosen änderte sich über die vier Quartale bei den SD-Hausärzten nicht signifikant (51 zu 49 %, 71 zu 29 %, 57 zu 43 %, 44 zu 56 %;  $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Also wurden in den ersten Quartalen nicht häufiger Demenzdiagnosen gestellt als später (vgl. Tab. 5.24). Bei den ZW-Hausärzten / Fachärzten blieb die Verteilung über die ersten drei Quartale nahezu identisch, änderte sich dann im vierten Quartal (70 zu 30 %, 70 zu 30 %, 74 zu 26 %, 42 zu 58 %). Statistisch ergibt sich auch hier kein Unterschied ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ).

Tabelle 5.24

*Positive und negative Demenzdiagnosen im Zeitverlauf – vergleichend in beiden Ärzteguppen*

<b>Patienten der SD-Hausärzte</b>									
	Quartal 1		Quartal 2		Quartal 3		Quartal 4		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Keine Demenzdiagnose	19	48.7	7	29.2	6	42.9	5	55.6	
Demenzdiagnose	20	51.3	17	70.8	8	57.1	4	44.4	

<b>Patienten der ZW-Hausärzte (Diagnose durch Fachärzte)</b>									
	Quartal 1		Quartal 2		Quartal 3		Quartal 4		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Keine Demenzdiagnose	3	30.0	6	30.0	6	26.1	7	58.3	
Demenzdiagnose	7	70.0	14	70.0	17	73.9	5	41.7	

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl.

(2) Da die Abnahme der Rekrutierungszahlen also nicht auf die weiter fortgeschrittenen Erkrankungsstadien der anfänglich rekrutierten Patienten zurückzuführen ist, hängt sie wahrscheinlich mit der Motivation der SD-Hausärzte zusammen. Möglicherweise hatten sie schlechte Erfahrungen mit Patienten und / oder Angehörigen gemacht, z.B. bei der Durchführung der Screeningverfahren oder bei der Befundbesprechung, oder sie erkannten zunehmend die Schwierigkeiten einer Demenzdiagnostik oder der zeitliche Aufwand war ihnen zu hoch. Eine positive Verstärkung erfuhren sie scheinbar nicht. Eine Zunahme der Rekrutierungszahlen wäre auch denkbar gewesen – mit zunehmender Erfahrung, Sensibilisierung und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten hätten die Ärzte das Thema Demenz auch verstärkt in ihren Fokus stellen können.

### 5.4.2 Untersuchungen und Diagnosen im Zeitverlauf

Es wäre möglich gewesen, dass die Ärzte den Leitlinien zu Beginn der Studie häufiger folgten als gegen Ende oder umgekehrt; das war aber weder bei den SD- noch bei den ZW-Hausärzten der Fall (vgl. Tab. 5.25). Da die Voraussetzungen für den  $\chi^2$ -Test nicht erfüllt waren, wurden die Werte der ersten beiden Quartale und die Werte der letzten beiden Quartale zusammengefasst: Es ergibt sich kein Zusammenhang zwischen dem Halbjahr, Halbjahin dem die Patienten rekrutiert wurden und der Häufigkeit der Untersuchungen (Labor und Bild;  $\chi^2$ -Test, Fisher-Test,  $p > .05$ ). Eine Aussage zu den Fachärzten ist nicht sinnvoll, da sich die Daten bezüglich der Untersuchungen immer mit denen der ZW-Hausärzte vermischen.

Tabelle 5.25

*Häufigkeit der Untersuchungen im Quartalsverlauf – vergleichend in beiden Ärztgruppen*

<b>Patienten der SD-Hausärzte</b>								
	Quartal 1		Quartal 2		Quartal 3		Quartal 4	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Laborparameter	31	79.5	20	83.3	10	71.4	8	88.9
Bildgebung	13	33.3	15	62.5	4	28.6	6	66.7

<b>Patienten der ZW-Hausärzte</b>								
	Quartal 1		Quartal 2		Quartal 3		Quartal 4	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Laborparameter	6	60	11	55	15	62.5	5	41.7
Bildgebung	4	40	4	20	5	21.7	2	16.7

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl.

Weiterhin hätte bei den SD-Hausärzten ein Zusammenhang zwischen den Quartalen, in denen die Patienten rekrutiert wurden, und der genauen Demenzdiagnose (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.3) bestehen können, wenn sie aufgrund ihrer Unsicherheit zu Beginn der Studie vor allem unspezifische Demenzdiagnosen (F03, „Demenz – nicht näher bezeichnet“) stellten und im Laufe der Zeit bezüglich der Demenzformen sicherer wurden. Das lässt sich aber nicht bestätigen (80 zu 20 %, 41 zu 59 %, 87.5 zu 12.5 %, 75 zu 23 %; vgl. Tab. 5.26; Fisher-Test bei zusammengefassten Quartalen,  $p > .05$ ). Die Fachärzte stellten immer spezifische Demenzdiagnosen.

Tabelle 5.26

*Spezifische und unspezifische Demenzdiagnosen der SD-Hausärzte im Quartalsverlauf*

	Quartal 1		Quartal 2		Quartal 3		Quartal 4	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Spezifische Demenzdiagnose	16	80	7	41.2	7	87.5	3	75.0
Demenz – nicht näher bezeichnet	4	20	10	58.8	1	12.5	1	25.0

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. *n*: Anzahl.

### 5.4.3 Kernaussagen des Abschnitts 5.4

Im Folgenden werden die Ergebnisse von 5.4 zusammenfassend dargestellt. Zudem wird als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Teilaspekt der Fragestellung beantwortet, der sich auf die Variable „Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf“ – und damit auf die Akzeptanz des Versorgungsmodells – bezieht.

#### 5.4.3.1 Zusammenfassung der Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf und Interpretation

- Die Rekrutierungszahlen der SD-Hausärzte nahmen im Zeitverlauf deutlich ab. Bei den ZW-Hausärzten konnte das nicht beobachtet werden.
- Die MMST- und DemTect-Werte der Patienten der SD-Hausärzte änderten sich im Zeitverlauf nicht signifikant.
- Die prozentuale Verteilung positiver und negativer Diagnosen änderte sich im Zeitverlauf bei den SD-Hausärzten nicht signifikant.
- Es gab keinen Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt, an dem die Patienten rekrutiert wurden und der Häufigkeit der durchgeführten Untersuchungen, weder bei den SD-Hausärzten noch bei den ZW-Hausärzten.

- Die prozentuale Verteilung von spezifischen (Alzheimer-, vaskuläre und gemischte Demenz) und unspezifischen Diagnosen (Demenz, nicht näher bezeichnet) änderte sich bei den SD-Hausärzten im Zeitverlauf nicht signifikant.

#### **5.4.3.2 Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf“**

In diesem Abschnitt erfolgt die Beantwortung der Fragestellung der Akzeptanz hinsichtlich der Variable „Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf“ (vgl. Tab. 3.1). Dass die ohnehin geringen Rekrutierungszahlen der Hausärzte bei den SD-Hausärzten im Zeitverlauf stark abnahmen – im Gegensatz zu denen der ZW-Hausärzte –, ist nicht darauf zurückzuführen, dass die SD-Hausärzte zunächst Patienten in die Studie eingeschlossen haben, die sich schon in einem späteren Krankheitsstadium befanden und bei denen sie sich dementsprechend relativ sicher hinsichtlich der Diagnose waren. (Das bedeutet übrigens auch, dass bereits vor der Studie Patienten der SD-Hausärzte in späteren Krankheitsstadien diagnostiziert worden waren, sonst wären sie ja in die Studie eingeschlossen worden. Das spricht für die allgemeine Akzeptanz der SD-Hausärzte einer Demenzdiagnostik auch vor Beginn der Studie.) Eine mögliche Erklärung für die Abnahme der Rekrutierungszahlen ist daher die Motivation der SD-Hausärzte. Möglicherweise sank diese im Verlauf der Studie aufgrund schlechter Erfahrungen bei vorangegangener Diagnostik. Unter diesen Umständen müsste die Akzeptanz des Versorgungsmodells gemessen an der Anzahl der teilnehmenden Patienten im Zeitverlauf bei den SD-Hausärzten als abnehmend bewertet werden. Insgesamt muss konstatiert werden, dass die SD-Hausärzte – besonders in den letzten Quartalen – wesentlich mehr Patienten zur Studienteilnahme und Demenzdiagnostik hätten überzeugen müssen. Eine Implementierung von Leitlinien sollte daher immer auch die Nachhaltigkeit berücksichtigen. Möglicherweise könnten Hausärzte durch regelmäßige Termine wie Supervision oder kollegiale Beratung unterstützt werden.

Bei den ZW-Hausärzten dagegen ist keine dauerhafte Ab- oder Zunahme der Patientenzahlen zu verzeichnen – und damit vermutlich keine Abnahme ihrer Motivation, was die Folgerung nahe legt, dass es keine Probleme im Zusammenhang mit der fachärztlichen Konsultation ihrer Patienten gab.

Es wäre möglich gewesen, dass die SD-Hausärzte sich zu Beginn der Studie eher nach den Leitlinien richteten, als der Eindruck der Schulung noch frisch war oder sie noch wenig eigene Erfahrung im Bereich Demenzdiagnostik hatten. Das war aber nicht der Fall: Die SD-Hausärzte änderten im Verlauf der Studie nicht ihre Vorgehensweisen, die Häufigkeit der Erhebung der relevanten Laborparameter und der Durchführung einer bildgebenden Untersuchung änderte sich im Zeitverlauf nicht. Auch die ZW-Hausärzte veranlassten im Zeitverlauf nicht mehr oder weniger häufig die entsprechenden Untersuchungen. Das spricht für die Nachhaltigkeit von Leitlinienimplementierung: Die Orientierung an den Leitlinien nahm im Zeitverlauf nicht ab. Schulungen können somit langfristig einen großen Einfluss nehmen.

Allerdings erwerben die SD-Hausärzte im Verlauf der Studie nicht mehr Sicherheit hinsichtlich der Bestimmung der genauen Demenzform: Die Zahl der F03-Diagnosen („Demenz, nicht näher bezeichnet“) nimmt prozentual gesehen im Studienverlauf nicht ab. Dieser Aspekt liefert Hinweise auf die Akzeptanz der Wichtigkeit der Differenzialdiagnostik: Den SD-Hausärzten scheint eine differenziertere Demenzdiagnose nicht so wichtig zu sein als dass sie von sich aus (z.B. durch Nachlesen oder Weiterbildung) darauf hinwirken würden, ihre Kompetenz diesbezüglich zu erhöhen. Dafür spricht auch, dass nur wenige Hausärzte das Angebot der Nachschulung im Rahmen der Studie nutzten. Eine Schulung für Hausärzte speziell zur Differenzialdiagnostik der Demenz könnte hier sinnvoll sein.

Die Nachhaltigkeit der implementierten Diagnostik bei den SD-Hausärzten muss somit differenziert bewertet werden: Hinsichtlich der Leitlinienorientierung konnte Nachhaltigkeit festgestellt werden, hinsichtlich der Identifizierung möglicher Patienten mit beginnender Demenz nicht, wie die abnehmenden Rekrutierungszahlen belegen.

## 5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen

Entsprechend dem Studiendesign sollten die Patienten und ihre Angehörigen kurz nach der Diagnosestellung (Untersuchungszeitpunkt t0) und zusätzlich etwa ein halbes Jahr später (Untersuchungszeitpunkt t1) von den Projektmitarbeitern zu verschiedenen Aspekten befragt werden. Hier handelt es sich nur um diejenigen Patienten, die die Diagnose „Demenz“ erhielten, und deren Angehörige. Es wurden jeweils der Patient sowie ein Angehöriger (z.B. Ehemann oder Tochter), also ein „Paar“, befragt. Der genaue Ablauf und die Befragungsmodalitäten wurden im Abschnitt 4.1.5 und 4.2.3.2 beschrieben. Im diesem Abschnitt werden die Ergebnisse dargestellt (vgl. Abb. 5.15).

<b>Akzeptanz</b>	5.1 Teilnehmende Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
<b>Qualität</b>	5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
<b>Akzeptanz</b>	5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf
<b>Akzeptanz</b>	5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
<b>Akzeptanz</b>	5.6 Aussagen der Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

Abbildung 5.15

*Einordnung des Abschnitts 5.5 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien*

Die zwei Untersuchungen wurden wie folgt durchgeführt:

- Die erste Befragung (t0) fand im Mittel 24 Tage ( $s = 16$ ) nach Diagnosestellung statt. Es gab zwischen den Hausärztegruppen keinen Unterschied bezüglich des Zeitraums zwischen Diagnosestellung und Befragung (t-, U-Test,  $p > .05$ ). Es nahmen 41 Paare von SD-Hausärzten und 43 Paare von ZW-Hausärzten teil (vgl. Abb. 5.5).
- Die zweite Befragung (t1) fand im Mittel 7 Monate ( $s = 35$  Tage) nach der ersten Befragung, d.h. 7.8 Monate ( $s = 38$  Tage) nach Diagnosestellung statt. Es gab zwischen den Hausärztegruppen wiederum keinen Unterschied bezüglich der Zeiträume (t-, U-Test,  $p > .05$ ). Diese zweite Befragung war für sechs Monate nach der ersten geplant gewesen. Die zeitliche Verzögerung kam durch Termenschwierigkeiten mit einigen Patienten zustande, die sich z.B. aufgrund von Krankenhausaufenthalten ergaben. 30 Paare von SD-Hausärzten und 35 von ZW-Hausärzten konnten befragt werden (vgl. Abb. 5.5).

Die Demenzpatienten und ihre Angehörigen bearbeiteten sowohl zu t0 als auch zu t1 standardisierte Tests zu Depressivität, Alltagskompetenz und neuropsychiatrischen Symptomen. Zudem wurden zu beiden Messzeitpunkten von den Projektmitarbeitern Anamnesebögen mit den Patienten und den Angehörigen ausgefüllt. Ein Anamnesebogen (t0) ist im Anhang einzusehen.

### **5.5.1 Angaben der Demenzpatienten und ihrer Angehörigen zu Depressivität, Lebensqualität, Alltagskompetenz und neuropsychiatrischen Symptomen in Testverfahren**

Die Ergebnisse der standardisierten Tests sind bezogen auf die Patienten der SD-Hausärzte bereits im Abschnitt 5.3.3.1.4 dargestellt worden: Die Demenzpatienten der SD-Hausärzte weisen zum Diagnose- und zum Nachuntersuchungszeitpunkt (t0 und t1) Werte bezüglich Depressivität, Alltagskompetenz und neuropsychiatrischen Symptomen auf, die demenziellen Erkrankungen entsprechen. Ergänzt müssen an dieser Stelle die Angaben der Angehörigen der Patienten der SD-Hausärzte: Die Angehörigen wiesen durchschnittlich keine Werte auf, die auf Depressivität schließen lassen (GDS 5, BDI 7), und waren nicht stark durch neuropsychiatrische Symptome der Patienten belastet (NPI Belastung 8).

Ergänzt werden muss auch, dass die Patienten der ZW-Hausärzte und ihre Angehörigen vergleichbare Werte aufwiesen und es somit keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Ärztegruppen gab (t-Test, U-Test,  $p > .05$ ). Hätten die Patienten oder die Angehörigen in den beiden Hausärztegruppen unterschiedliche Werte aufgewiesen, hätte das einen Einfluss auf das zum Teil unterschiedliche Vorgehen der Hausärztegruppen hinsichtlich der Auswahl der Patienten oder der durchgeführten Untersuchungen gehabt haben können: Es wäre z.B. denkbar gewesen, dass die ZW-Hausärzte nur bei stark eingeschränkter Alltagskompetenz oder deutlichen Verhaltensauffälligkeiten ihrer Patienten oder bei hoher Belas-

tung der Angehörigen eine Diagnostik in einer Psychiatrie befürwortet und die SD-Hausärzte auch bei weniger ausgeprägten Symptomen eine Diagnostik eingeleitet hätten – das war aber offenbar nicht der Fall. Diese Variablen können als konfundierende Variablen ausgeschlossen werden.

### 5.5.2 Angaben der Demenzpatienten und ihrer Angehörigen im Anamnesebogen

Neben der Bearbeitung der Tests wurden Anamnesebögen erhoben: Es wurden den Patienten und ihren Angehörigen zu t0 Fragen zur Vorgeschichte, ihrem eigenen Einschätzen der Symptome und ihrer Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung gestellt – im Rahmen eines halbstrukturierten Interviews. Zu t1 zielten die Fragen in erster Linie auf eine Evaluation der Beratung ab (zweiter Teil der Studie), aber es wurden auch Fragen bzgl. hausärztlicher Versorgung gestellt

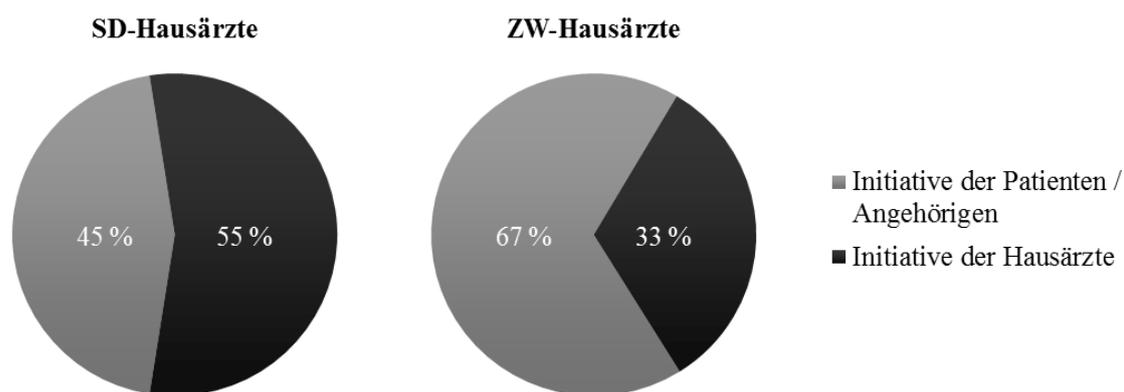
#### a) Wie zufrieden sind Sie mit der bisherigen ärztlichen Betreuung?

Die Patienten und Angehörigen der SD-Hausärzte waren zu 90.2 % ( $n = 37$  von 41) „ziemlich“ oder „sehr zufrieden“ mit der generellen ärztlichen Betreuung (4-stufige Antwortskala). Mit der ärztlichen Betreuung speziell bezüglich der demenziellen Beschwerden waren sie immerhin noch zu 82.8 % ( $n = 29$  von 35) so zufrieden. Bei den Patienten und Angehörigen der ZW-Hausärzte und der Fachärzte war es mit 90.7 % ( $n = 39$  von 43) und 75.0 % ( $n = 27$  von 36) ähnlich. Hier gaben aber 11.1 % ( $n = 4$ ) an, „gar nicht zufrieden“ mit der ärztlichen Betreuung speziell bezüglich der demenziellen Beschwerden zu sein, was bei den SD-Hausärzten nie vorkam. Die unterschiedliche Anzahl von insgesamt befragten Patienten (bei Patienten der SD-Hausärzte z.B.  $n = 41$  und  $n = 35$ ), ist vor allem dadurch bedingt, dass nicht alle (d.h. nur 35 von 41 Patienten) angaben, überhaupt demenzielle Beschwerden zu haben. Insgesamt lag also eine hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung vor – und das kurz nachdem die Ärzte den Patienten / Angehörigen die Diagnose Demenz mitgeteilt haben (t0). Das heißt, Ärzte brauchen keine Bedenken zu haben, dass eine Demenzdiagnostik das Verhältnis zwischen Patienten / Angehörigen und dem Arzt negativ beeinflusst. Im Gegenteil, die Patienten und Angehörigen bescheinigten den Ärzten, was die demenziellen Beschwerden betrifft, eine gute Betreuung. Und das betrifft sowohl die Ärzte, die die Diagnostik selbst durchführten (SD), als auch die Ärzte, die zur Diagnostik an ein Facharztzentrum überwiesen (ZW), als auch die Fachärzte (Fisher-Test,  $p > .05$ ). Beide Wege (SD und ZW) scheinen von den Patienten und den Angehörigen also akzeptiert zu werden.

#### b) Sind Sie aufgrund der Beschwerden gezielt zum Arzt gegangen?

Bei der Frage, ob der Besuch beim Hausarzt, der zur Diagnosestellung führte, gezielt aufgrund der demenziellen Beschwerden durchgeführt wurde, ergibt der  $\chi^2$ -Test einen signifikanten Unterschied zwischen den Patienten / Angehörigen der beiden Ärzteguppen: Nur 45.0 % ( $n = 18$  von 40) der Patienten und Angehörigen der SD-Hausärzte gaben an, gezielt

aufgrund der demenziellen Beschwerden den Arzt aufgesucht zu haben, wohingegen das signifikant mehr, nämlich 67.4 % ( $n = 29$  von 43) der Patienten von ZW-Hausärzten von sich behaupten ( $\chi^2(1) = 4.42$ ,  $p = .039$ ,  $w = .226$ , Fisher-Test,  $p = .048$ ; vgl. Abb. 5.16). Im Umkehrschluss bedeutet das, dass die SD-Hausärzte stärker von sich aus ihre Patienten auf mögliche Symptome angesprochen haben: In mehr als der Hälfte der Fälle haben die Patienten den Arzt eigentlich aus einem anderen Grund aufgesucht und dennoch stellte der Arzt eine Demenz fest, was auf eine höhere Sensibilisierung der SD-Ärzte schließen lässt. Bei den ZW-Hausärzten mussten ca. zwei Drittel der Patienten selbst ihre Hausärzte auf Beschwerden ansprechen, um eine Diagnostik zu erhalten. Da man weiß, dass einige Patienten ihre Defizite selbst nicht wahrnehmen und andere sich scheuen, darüber zu sprechen, oder keinen Nutzen darin sehen, ist es umso wichtiger, dass der Arzt bei älteren Patienten auf mögliche Anzeichen achtet und die Patienten von sich aus auf Auffälligkeiten anspricht und nicht darauf wartet, dass der Patient Symptome benennt. Das Ergebnis zeigt auch: Wenn die Patienten oder die Angehörigen von Symptomen berichten, nehmen die Hausärzte sie ernst, indem sie die Symptome nicht einem normalen Alterungsprozess zuschreiben, sondern eine Diagnostik einleiten.



*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte.

Abbildung 5.16

*Initiative zur Demenzdiagnostik durch Arzt oder Patienten / Angehörige – vergleichend in beiden Ärzteguppen*

Es gibt keine Hinweise darauf, dass der Arztbesuch eher gezielt aufgrund der Beschwerden erfolgte, wenn die Symptome beim Patienten besonders ausgeprägt waren oder der Angehörige besonders belastet war: Es besteht keine Korrelation mit MMST, DemTect, GDS, BDI, oder NPI – weder bei den SD- noch bei den ZW-Hausärzten (Pearson, Spearman,  $p > .05$ ). Das heißt, auch bei ausgeprägten Symptomen sprechen die Patienten bzw. die Angehörigen den Hausarzt nicht unbedingt von sich aus auf die Beschwerden an, so dass nur eine Diagnostik erfolgen kann, wenn der Hausarzt die Initiative ergreift. Es besteht jedoch eine Korre-

lation mit dem Alter der Patienten – nur, wenn beide Hausärztegruppen zusammengefasst werden: Je jünger die Patienten waren, desto eher wurde der Hausarzt gezielt aufgrund der Beschwerden aufgesucht (Pearson,  $r = -.226$ ,  $p = .040$ , Spearman,  $r = -.225$ ,  $p = .040$ ,  $n = 83$ ). Vermutlich interpretieren die Patienten / Angehörigen die Beschwerden im höheren Alter als normale Alterserscheinungen, die man hinzunehmen hat, wohingegen Beschwerden im jüngeren Alter als auffälliger wahrgenommen werden, die einen Arztbesuch sinnvoll erscheinen lassen.

### **c) Wurden selbstständige Therapieversuche unternommen?**

32.0 % der Patienten der SD-Hausärzte ( $n = 13$  von 40) und 30.3 % der Patienten der ZW-Hausärzte ( $n = 13$  von 43) gaben an, schon vor der Demenzdiagnose selbstständige Therapieversuche (z.B. Gedächtnistraining oder Einnahme von Ginkgo-Präparaten) unternommen zu haben, in den meisten Fällen medikamentöser Art. Es gibt hierbei keinen Unterschied zwischen den beiden Ärztegruppen ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Die selbstständigen Therapieversuche sprechen für das Erkennen von kognitiven Einschränkungen und die diesbezügliche Besorgnis der Patienten bzw. der Angehörigen (was die Wichtigkeit einer frühzeitigen Versorgung der Patienten und Angehörigen verdeutlicht!). Der erste Schritt der Patienten bei beobachteten Auffälligkeiten war demnach in vielen Fällen nicht, den Hausarzt darauf anzusprechen, sondern es wurden eigene Behandlungsversuche unternommen. Hier zeigt sich wieder, dass Demenz noch immer ein Tabuthema ist und Menschen sich scheuen, über kognitive Defizite zu sprechen – sogar ihrem Hausarzt gegenüber. Daher ist es noch wichtiger, dass der Hausarzt die Initiative ergreift. Oft hätte eine demenzspezifische Diagnostik bei den Studienpatienten also noch früher stattfinden können, wenn die Patienten oder die Angehörigen zu einem früheren Zeitpunkt schon gezielt ihren Arzt deswegen aufgesucht hätten.

### **d) Beginn und Wahrnehmung der Beschwerden (t0)**

Auch das nächste Ergebnis zeigt, dass Beschwerden schon lange vor der Diagnose wahrgenommen wurden: Die Patienten der SD-Hausärzte und ihre Angehörigen ( $n = 39$ ) gaben an, dass die Beschwerden im Durchschnitt bereits vor 22.87 Monaten ( $s = 18.83$ ) begonnen hätten – also fast zwei Jahre, bevor die Diagnose gestellt wurde! Zwischen den Ärztegruppen ergibt sich kein signifikanter Unterschied (t-, U-Test,  $p > .05$ ), bei den Patienten der ZW-Hausärzte waren es 27.79 Monate ( $s = 25.59$ ). Hier wird wieder deutlich, dass Hausärzte auch früher Demenzdiagnosen in die Wege leiten könnten. Die Zeitangaben sind mit den bei Demenzpatienten in der Literatur angegebenen vergleichbar. In einem englischen Review-Artikel werden 18 bis 30 Monate angegeben (Koch & Iliffe, 2010). Die Antworten der Patienten beider Hausärztegruppen wiesen eine große Bandbreite mit Angaben zwischen 6 und 96 Monaten (SD) bzw. 3 und 107 Monaten (ZW) auf. Bei beiden Hausärztegruppen kamen daher Diagnosen zu einem sehr frühen Zeitpunkt, aber auch erst nach mehreren Jahren vor.

In der Regel hatten beide, sowohl der Patient als auch der Angehörige die Beschwerden wahrgenommen: Die Patienten der SD-Hausärzte in 84.2 % ( $n = 32$  von 38), die der ZW-Hausärzte in 71.4 % ( $n = 30$  von 42), die Angehörigen in 92.5 % ( $n = 37$  von 40) bzw. in 100 % ( $n = 43$  von 43). Die Angehörigen waren meist die ersten, die Symptome bemerkten (SD:

63.9 %,  $n = 23$  von 36; ZW: 88.1 %,  $n = 37$  von 42), noch vor den Patienten selbst oder anderen Personen.

**e) Frage an Angehörige: Wenn sich bei Ihnen erste Anzeichen einer Demenz zeigen würden, was würden Sie sich von Ihrem Hausarzt wünschen? (t1)**

Zum Nachuntersuchungszeitraum (t1) wurden die Angehörigen gefragt: „Wenn sich bei Ihnen erste Anzeichen einer Demenz zeigen würden, was würden Sie sich von Ihrem Hausarzt wünschen: Sollte er Sie auf die Defizite ansprechen und ggf. eine frühzeitige Untersuchung einleiten? Oder sollte er sich zurückhalten und erstmal abwarten?“ 96.4 % der Angehörigen der Patienten der SD-Hausärzte ( $n = 27$  von 28) und 94.1 % der der ZW-Hausärzte ( $n = 32$  von 34) sprachen sich klar für eine frühzeitige Diagnostik aus.

Sie wurden auch gefragt: „Und wie würden Sie sich gegenüber Ihrem Hausarzt, wenn sich bei Ihnen erste Anzeichen einer Demenz zeigen würden, verhalten: Würden Sie Ihren Arzt auf Ihre Beschwerden ansprechen und eine Diagnose einfordern? Oder würden Sie die Diagnose gar nicht wissen wollen?“ Auch hier waren die Antworten eindeutig: 89.7 % (SD;  $n = 26$  von 29) bzw. 91.2 % (ZW;  $n = 31$  von 34) würden den Arzt auf die Beschwerden ansprechen. Die Angehörigen sprechen sich also klar für eine frühzeitige Demenzdiagnostik aus und wünschen sich von ihrem Hausarzt diesbezüglich ein aktives Vorgehen.

### **5.5.3 Kernaussagen des Abschnitts 5.5**

Im Folgenden werden die Ergebnisse von 5.5 zusammenfassend dargestellt, wobei die Unterüberschriften den vorangegangenen Kapiteln entsprechen. Zudem wird als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Teilaspekt der Fragestellung beantwortet, der sich auf die Variable „Aussagen der Patienten und Angehörigen zur ärztlichen Betreuung“ – und damit auf die Akzeptanz des Versorgungsmodells – bezieht.

#### **5.5.3.1 Zusammenfassung „Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen“ und Interpretation**

##### **Standardisierte Tests**

Die Patienten der SD-Hausärzte wiesen zum ersten Untersuchungszeitpunkt, d.h. kurz nach der Diagnose, solche Werte in standardisierten Testverfahren auf, die mit demenziellen Erkrankungen in Einklang zu bringen sind: Sie zeigen nicht-kognitive Symptome wie Gleichgültigkeit oder abweichendes motorisches Verhalten, depressive Symptome und deutliche Einschränkungen ihrer Alltagskompetenz. Diese Werte sprechen somit für die Richtigkeit der Diagnose der SD-Hausärzte. Dieser Aspekt wurde schon in Abschnitt 5.3.3.1.4 erläutert. Die Angaben der Angehörigen ergaben keine Hinweise auf eigene Depressivität oder große Belastung durch neuropsychiatrische Symptome der Patienten.

Die Patienten der ZW-Hausärzte und deren Angehörige wiesen ähnliche Werte auf wie die der SD-Hausärzte. Es ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Hausärztegruppen hinsichtlich Depressivität, Anzahl bzw. Schwere neuropsychiatrischer Symptome und Alltagskompetenz der Patienten und hinsichtlich Depressivität und Belastung der Angehörigen durch neuropsychiatrische Symptome des Patienten.

### **Anamnesebogen**

Der Großteil der Patienten sowohl der SD-Hausärzte als auch der ZW- bzw. Fachärzte gaben kurz nach der Diagnose (t0) eine hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung, auch speziell in Bezug auf die demenziellen Beschwerden, an.

45 % der Patienten der SD-Hausärzte und damit signifikant weniger als die 67 % der ZW-Hausärzte sind gezielt aufgrund der demenziellen Beschwerden zum Arzt gegangen. Es gibt einen Zusammenhang zwischen den gezielten Arztbesuchen und dem Alter der Patienten: Jüngere Patienten (von SD- und ZW-Hausärzten) haben ihre Hausärzte eher gezielt aufgesucht. Weitere Zusammenhänge, z.B. mit Schwere der Symptome oder Belastung der Angehörigen traten nicht auf.

Fast ein Drittel der Patienten von SD- und ZW-Hausärzten haben bereits vor der Diagnose von sich aus Therapieversuche, z.B. durch die Einnahme von Arzneimitteln, durchgeführt. Es gab hierbei keinen Unterschied zwischen den Hausärztegruppen.

Meistens haben die Angehörigen die Symptome zuerst bemerkt, in der Regel waren sie aber auch den Patienten bewusst. Beginn der Beschwerden war nach Angaben der Patienten und Angehörigen schon durchschnittlich 23 (SD) bzw. 27 (ZW) Monate vor der Befragung, die kurz nach der Diagnosestellung stattfand. Die Angaben variieren zwischen wenigen Monaten bis zu mehreren Jahren. Es gab hierbei keinen Unterschied zwischen den Hausärztegruppen, auch wenn die Patienten der SD-Hausärzte zum Zeitpunkt der Diagnose geringfügig leichter betroffen waren als die der ZW-Hausärzte (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.2).

Die Angehörigen wurden etwa 7.8 Monate nach der Diagnosestellung nach ihren Wünschen an ihren Hausarzt gefragt für den Fall, dass sie selbst erste Anzeichen einer Demenz zeigen würden. Sie wussten aufgrund ihrer Erfahrung mit ihren Ehepartnern oder Eltern, die die Diagnose Demenz vor wenigen Monaten erhalten hatten, um die Situation vor der Diagnose, was eine Diagnostik an positiven und negativen Erfahrungen mit sich bringt – z.B. anfallende Untersuchungen, Mitteilung der Diagnose Demenz, ggf. Stigmatisierung etc. Trotzdem oder auch deshalb fielen die Antworten sehr eindeutig aus: Fast alle sprachen sich für eine frühzeitige Diagnostik aus: Sie würden sich wünschen, dass der Hausarzt eine Diagnostik einleitet, und sie würden auch von sich aus eine Diagnose einfordern.

### **5.5.3.2 Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Aussagen der Patienten und Angehörigen zur ärztlichen Betreuung“**

In diesem Abschnitt erfolgt die Beantwortung der Fragestellung der Akzeptanz hinsichtlich der Variable „Aussagen der Patienten und Angehörigen zur ärztlichen Betreuung“ (vgl. Tab.

3.1). Die Hausärztegruppen unterschieden sich bezüglich der Werte der Patienten und Angehörigen für Depressivität, Alltagskompetenz und neuropsychiatrische Symptome nicht voneinander. Unterschiedliche Werte hätten unterschiedliche Auswirkungen auf die Vorgehensweise der SD-Hausärzte im Vergleich zu den ZW-Hausärzten gehabt haben können. Früher beschriebene Gruppenunterschiede (z.B. Häufigkeit einer bildgebenden Untersuchung, Diagnostik aufgrund der Initiative des Arztes) bei der Vorgehensweise der SD- und ZW-Hausärzte (vgl. Abschnitte 5.3 und 5.4) können somit nicht auf unterschiedliche demenztypische Merkmale der Patienten und der Angehörigen zurückgeführt werden, sondern sind vermutlich auf die Ärzte selbst zurückzuführen – wobei natürlich auch andere Merkmale eine Rolle spielen könnten, die hier nicht untersucht wurden.

Fast alle Patienten der SD- und auch der ZW-Hausärzte und ihre Angehörigen waren zufrieden mit der ärztlichen Betreuung, auch hinsichtlich der demenziellen Beschwerden. Trotz diagnostischer Untersuchungen und Befundmitteilung dieser ernsten Erkrankung machten sie diese Aussagen Tage bis wenige Wochen nach der Mitteilung der Diagnose Demenz. Für die Patienten und Angehörigen war das Vorgehen der Ärzte also angemessen und sie haben sich gut betreut befühlt. Das zeigt einmal mehr, dass es richtig ist, den Betroffenen frühzeitig eine Diagnostik zu ermöglichen. Es zeigt aber auch die Bereitschaft der Hausärzte (Akzeptanz), sensibel auf die Betroffenen zuzugehen, aktiv die erforderlichen Untersuchungen in die Wege zu leiten und die Betroffenen von der Notwendigkeit derselben zu überzeugen. Sie haben den selbst gewählten Arm des Versorgungsmodells (SD oder ZW) gegenüber den Patienten und Angehörigen gut vertreten. Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung wurde sowohl angegeben, wenn die Diagnostik beim Hausarzt selbst (SD), als auch, wenn sie nach Überweisung des Hausarztes (ZW) in einer psychiatrischen Klinik (Facharzt) durchgeführt wurde – beide Modelle (das Selbst-Diagnostizieren und das Zuweisen) werden also von den Patienten und Angehörigen akzeptiert: Es scheint weder Probleme gegeben zu haben, wenn der vertraute Hausarzt die Diagnostik übernahm, ohne einen Facharzt zu konsultieren, noch wenn die Untersuchungen in psychiatrischen Kliniken erfolgten.

Über die Hälfte der Patienten der SD-Hausärzte haben ihren Hausarzt nicht gezielt wegen demenzieller Beschwerden aufgesucht und die Ärzte haben trotzdem auf mögliche Symptome geachtet und Untersuchungen eingeleitet, was als sehr wichtiges Zeichen für die Akzeptanz der Notwendigkeit einer frühzeitigen Demenzdiagnostik (und die Qualität bei der Erkennung von Anzeichen) zu werten ist. Die Hausärzte haben die Symptome während Gesprächen oder anderer Untersuchungen richtig erkannt und eine Diagnostik veranlasst. Die SD-Hausärzte haben bei signifikant mehr Patienten eine solche „Suchdiagnose“ gestellt als die ZW-Hausärzte, was vermutlich auf eine geringere Motivation der ZW-Hausärzte oder eine geringere Kenntnis von frühen Symptomen zurückzuführen ist – es sei denn, die Patienten, die von den ZW-Hausärzten angesprochen wurden, waren genau die, die dann die Studienteilnahme abgelehnt haben (vgl. Abschnitt 5.2.2).

In den anderen – nicht wenigen – Fällen haben die Patienten ihren Hausarzt gezielt aufgrund von demenziellen Beschwerden angesprochen. Das heißt, die Patienten und / oder die Angehörigen haben selbst Symptome, meistens wahrscheinlich Gedächtnisprobleme, bemerkt, und wünschten eine entsprechende Abklärung der Symptome. In diesem Fall sind

Patienten darauf angewiesen, dass die Hausärzte sie ernst nehmen, die Symptome als demenzspezifisch erkennen und eine Diagnostik in die Wege leiten, was die Studienärzte getan haben. Patienten und Angehörige sollten sich an ihren Arzt wenden können, falls sie Symptome bemerken, die auf demenzielle Erkrankungen hinweisen könnten.

Die Patienten gaben in der Regel an, auch selbst Symptome bemerkt zu haben. Da bekannt ist, dass das bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen oft nicht der Fall ist (vgl. Abschnitt 2.3.2), stellt sich die Frage, ob diese Personen durch das Raster der Hausärzte fallen und somit nicht in die Studie aufgenommen wurden. Andere Patienten schämen sich, kognitive Defizite zuzugeben oder glauben nicht an den Nutzen der Diagnostik. Als Folgerung ergibt sich die Notwendigkeit einer noch aktiveren Vorgehensweise der Hausärzte. Über ein Drittel der Patienten der SD- und ZW-Hausärzte haben vor der Diagnosestellung bereits selbstständige Therapieversuche durchgeführt. Die Symptome waren demnach für die Patienten bzw. die Angehörigen spürbar und behandlungsbedürftig. Durchschnittlich ca. 2 Jahre wurden die Beschwerden schon von den Patienten und / oder Angehörigen wahrgenommen, bevor eine Diagnose gestellt wurde. Die Stellung einer Diagnose ist somit oft schon viel früher möglich und sinnvoll. Die Hausärzte sollten also noch mehr auf frühe Anzeichen von demenziellen Entwicklungen achten und Patienten ermutigen, bei Symptomen ärztlichen Rat einzuholen. Da die Angehörigen die Symptome meist vor den Patienten bemerken, sollte diese in die Diagnostik mit einbezogen werden.

## 5.6 Aussagen der Hausärzte

<b>Akzeptanz</b>	5.1 Teilnehmende Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
<b>Qualität</b>	5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
<b>Akzeptanz</b>	5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf
<b>Akzeptanz</b>	5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
<b>Akzeptanz</b>	5.6 Aussagen der Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

Abbildung 5.17

*Einordnung des Abschnitts 5.6 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien*

Die Ärzte beantworteten vor Beginn der Studie und nach Abschluss der Patientenrekrutierungszeit studienspezifische Fragebögen, die mehr Aufschluss über die Versorgung von Menschen mit Demenz bzw. von Menschen mit Verdacht auf Demenz in den Hausarztpraxen und über die Einstellung der Ärzte diesbezüglich geben. Dieser Abschnitt stellt die Er-

gebnisse der Fragebögen dar (vgl. Abb. 5.17). Beim Vergleich mit den Daten bezüglich Diagnostik und Therapie ist zu beachten, dass von mehr Hausärzten Daten aus den Fragebögen vorliegen als Daten aus der tatsächlichen ärztlichen Vorgehensweise, da nicht alle Ärzte Patienten in die Studie eingeschlossen haben.

### **5.6.1 Angaben vor der Studie: Studienspezifischer Baseline-Fragebogen**

Der studienspezifische Baseline-Fragebogen, also der Fragebogen, der vor Beginn der Studie von den Ärzten beantwortet wurde, ist im Rahmen des BKD entwickelt worden, das die Grundlage für die Schulung der SD-Hausärzte darstellte (Melchinger, 2007a, vgl. Abschnitt 4.1.2.1). Wenn möglich, wurden beiden Ärzteguppen dieselben Fragen gestellt, um die Gruppen vergleichen zu können. Jeweils eine Frage wurde aber speziell an die SD- oder speziell an die ZW-Hausärzte gerichtet, da sie aufgrund des Inhalts der Frage nur von einer Gruppe beantwortet werden konnte.

#### **a) Frage speziell an SD-Hausärzte**

Die SD-Hausärzte wurden vor Beginn der Studie gefragt, zu welchen Themen sie von der Fortbildung einen Zuwachs an Wissen / Kompetenz besonders erwarten. Zur Auswahl standen:

- Merkmale und Ursachen von Demenzen
- Differenzialdiagnostische Abgrenzungen
- Verlauf der Alzheimer-Demenz
- Gesprächsführung
- Früherkennung
- Diagnostisches Vorgehen bei Alzheimer-Demenz
- Testverfahren und andere Messinstrumente
- Behandlungsgrundsätze
- Nichtmedikamentöse Therapieansätze
- Antidementive Therapieansätze
- Einsatz von Neuroleptika
- Antidepressiva und anderen Psychopharmaka
- Dokumentation des Behandlungsverlaufs
- Beurteilung der Therapie
- Besondere Probleme im Behandlungsverlauf
- Kooperation mit anderen Hilfeangeboten
- Risikofaktoren für Alzheimer Demenz
- Ökonomische Aspekte der Demenzbehandlung
- Perspektiven der Forschung
- Rechtliche Aspekte

- Empfehlungen für Angehörige

32 der 33 SD-Hausärzte beantworteten diese Frage, Mehrfachnennungen waren möglich. Die Antworten, die am häufigsten angekreuzt wurden, waren „Differenzialdiagnostische Abgrenzung“, „Früherkennung“ und „Empfehlungen für Angehörige“ mit jeweils 87.8 % ( $n = 26$ ). Am wenigsten Wissens- bzw. Kompetenzzuwachs erwarteten sich die Ärzte bezüglich „Verlauf der Alzheimer-Demenz (30.3 %;  $n = 19$ ). Die Antworten spiegeln die bekannten Schwierigkeiten im hausärztlichen Bereich wieder: zu späte Diagnosestellung, differenzialdiagnostische Unsicherheit und unzureichendes Wissen über weiterführende Hilfen (vgl. Abschnitt 2.3.3).

**b) Frage speziell an ZW-Hausärzte**

Die ZW-Hausärzte wurden vor Beginn der Studie gefragt, welche Gründe zu ihrer Entscheidung führten, nicht selbst zu diagnostizieren. Von 64 der 66 ZW-Hausärzte liegt eine Antwort vor, auch hier waren Mehrfachnennungen möglich. Der Hauptgrund, nicht selbst die Diagnostik zu übernehmen, war demnach der zu hohe Zeitaufwand, nämlich in 26.6 % ( $n = 17$ ). 25.0 % ( $n = 16$ ) hatten „bereits anderen Schwerpunkt der Praxis (z.B. Diabetes, Chirurgie)“, für 17.2 ( $n = 11$ ) spielte die „prinzipielle Unsicherheit bezüglich der Vergabe von Demenzdiagnosen“ eine Rolle, 4.7 % ( $n = 3$ ) gaben „Demenzdiagnostik und -therapie sind nicht mein Interessensgebiet“ als Grund dafür an, nicht selbst die Diagnostik durchführen zu wollen. „Sonstiges“ wurde von 20.3 % ( $n = 13$ ) genannt, darunter beispielhaft „Kostenfaktor“, „Diagnose durch Fachärzte wird besser akzeptiert“ und „private Gründe“.

**c) Fragen an SD- und ZW-Hausärzte**

Die anderen Fragen des Baseline-Fragebogens wurden allen Hausärzten gestellt. Sofern bei der jeweiligen Frage in der Tabelle keine anderen Angaben gemacht werden, liegen die Antworten von 98 der 100 Hausärzte (34 SD, 64 ZW) vor. Die Antworten der Hausärzte werden in Tabelle 5.27 dargestellt und im Text erläutert.

Bei der Auswertung wurden je nach Antwortspektrum der einzelnen Fragen unterschiedliche Tests verwendet. Bei dichotomen Antwortmöglichkeiten (ja / nein) wurde der  $\chi^2$ -Test eingesetzt. Bei ordinalskalierten Antwortmöglichkeiten wurde der U-Test als verteilungsfreies Verfahren für unabhängige Stichproben herangezogen. Dabei wurden die Antwortmöglichkeiten, die jeweils unterschiedliche Häufigkeitsangaben von Patienten betreffen (vgl. Tab. 5.27), mit Zahlen von z.B. 1 - 5 codiert, z.B. „weniger als 5 Patienten“ mit „1“, „5 - 10 Patienten“ mit „2“ usw. Ergaben sich bei einzelnen Antwortmöglichkeiten zu geringe Häufigkeiten, wurden die Antworten zusammengefasst, so dass der Einsatz des  $\chi^2$ -Tests ermöglicht wurde. Dies wird bei der Auswertung der betreffenden Items im folgenden Text jeweils angegeben.

Tabelle 5.27

Ergebnisse des Baseline-Fragebogens der Hausärzte (vor Beginn der Studie beantwortet,  $n = 98$ ) – vergleichend in beiden Ärzteguppen

SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Haben Sie schon mal an einer Demenz-Fortbildung teilgenommen?					
23 ( <i>n</i> = 33)	69.7	49 ( <i>n</i> = 63)	77.8	72 ( <i>n</i> = 96)	75.0
2. Wie viele Patienten mit Demenz gibt es gegenwärtig in Ihrer Klientel? (Schätzung)					
3x < 5	8.8	5x < 5	7.8	8x < 5	8.2
9x 5-10	26.5	18x 5-10	28.1	27x 5-10	27.6
7x 11-20	20.6	17x 11-20	26.6	24x 11-20	24.5
1x 21-30	2.9	4x 21-30	6.3	5x 21-30	5.1
14x > 30	41.2	20x > 30	31.3	34x > 30	34.7
3. Bei wie vielen dieser Patienten kann die Diagnose Demenz als gesichert gelten?					
0x in keinem Fall	0	13x in keinem Fall	20.3	13x in keinem Fall	13.3
7x bei einzelnen	20.6	39x bei einzelnen	60.9	46x bei einzelnen	46.9
21x bei der Mehrzahl	76.5	12x bei der Mehrzahl	18.8	38x bei der Mehrzahl	38.8
1x bei allen	2.9	0x bei allen	0	1x bei allen	1.0
4. Wie viele Ihrer Patienten mit Demenz leben in einem Pflegeheim?					
1x keiner	2.9	6x keiner	9.4	7x keiner	7.1
18x weniger als die Hälfte	52.9	28x weniger als die Hälfte	43.8	46x weniger als die Hälfte	46.9
15x mehr als die Hälfte	44.1	29x mehr als die Hälfte	45.3	44x mehr als die Hälfte	44.9
0x alle	0	1x alle	1.6	1x alle	1.0
5. Sind in Ihrer Praxis Demenz-Tests (MMST, Uhrentest, DemTect o.a.) vorrätig?					
31 ( <i>n</i> = 33)	93.9	52	81.3	83 ( <i>n</i> = 97)	85.6
6. Bei wie vielen Ihrer Patienten mit Verdacht auf Demenz wurden <u>im letzten Quartal</u> Demenz-Tests durchgeführt?					
4x 0	11.8	22x 0	34.4	26x 0	26.5
10x 1-2	29.4	17x 1-2	26.6	27x 1-2	27.6
12x 3-4	35.3	14x 3-4	21.9	26x 3-4	26.5
4x 5-6	11.8	7x 5-6	7.2	11x 5-6	11.2
4x > 6	11.8	4x > 6	6.3	8x > 6	8.2
7. Haben Sie Patienten mit Verdacht auf Demenz zur Diagnostik an Nervenärzte / Psychiater / Gedächtnis-sprechstunden überwiesen?					
1x nein	2.9	2x nein	3.1	3x nein	3.1
14x in Einzelfällen	41.2	28x in Einzelfällen	43.8	42x in Einzelfällen	42.9
19x mehrfach	55.9	34x mehrfach	53.1	53x mehrfach	54.1

Fortsetzung

SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
8. Haben Sie bisher Patienten mit Demenz Antidementiva (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin, Axura, Ebixa) verordnet?					
2x nein	5.9	8x nein	12.5	10x nein	10.2
17x in Einzelfällen	50.0	24x in Einzelfällen	37.5	41x in Einzelfällen	41.8
14x mehrfach	41.2	31x mehrfach	48.4	45x mehrfach	45.9
1x an alle	2.9	1x an alle	1.6	2x an alle	2.0
9. An wie viele Patienten haben Sie <u>im letzten Quartal</u> Antidementiva verordnet?					
2x 0	5.9	10x 0	15.9	12x 0	12.4
11x 1-2	32.4	13x 1-2	20.6	24x 1-2	24.7
9x 3-4	26.5	13x 3-4	20.6	22x 3-4	22.7
5x 5-6	14.7	9x 5-6	14.3	14x 5-6	14.4
7x > 6	20.6	18x > 6	28.6	25 > 6	25.8
		( <i>n</i> = 63)		( <i>n</i> = 97)	

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl. MMST: Mini-Mental Status Test.

(Frage 1)

70 % der SD-Hausärzte hatten vor der Studie schon mal an einer Fortbildung zum Thema Demenz teilgenommen (Frage 1). Es gab dabei keinen Unterschied zwischen den beiden Hausärztegruppen ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Die hohe Zahl könnte daran liegen, dass Hausärzte gesetzlich verpflichtend sind, an Fortbildungen teilzunehmen (§ 95d SGB V) und sich u.a. dabei für das Thema „Demenz“ entschieden haben. Viele Ärzte müssten demnach schon vor der Studie gut über die Erkrankung, Symptome, Diagnostik und Therapie informiert gewesen sein.

(Frage 2)

Nur 9 % der SD-Ärzte hatten nach eigenen Angaben weniger als 5 Patienten mit Demenz in ihrer Klientel, 41 % gaben an, mehr als 30 Patienten mit Demenz zu haben (Frage 2). Die Ärztegruppen unterscheiden sich nicht (U-Test,  $p > .05$ ). Hausärzte sind also auch studienunabhängig üblicherweise in die Versorgung von demenziell erkrankten Menschen involviert und müssen sich daher mit dem Thema Demenz auseinandersetzen. Die unterschiedlichen Angaben über die Anzahl Demenzpatienten in der Klientel kann durch das Klientel selbst begründet sein, vielleicht gibt es bei einigen Ärzten wirklich weniger Demenzpatienten als bei anderen (z.B. gibt es in einem Stadtteil mit vielen jungen Familien weniger Demenzpatienten). Es könnte aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die Ärzte hinsichtlich der Identifikation dieser Patienten unterschiedlich interessiert und qualifiziert sind. Die hier erhobenen Zahlen entsprechen denen anderer Studien: In Studien, in der Hausärzte befragt wurden, gaben diese an, dass Hausärzte im Median 25 demenzkranke Patienten versorgen (Kaduszkiewicz et al., 2007; Riedel-Heller et al., 2000), teilweise mit großer Variabilität der angegebenen Anteile an Demenzpatienten (Riedel-Heller et al., 2000).

(Frage 3)

79 % der SD-Hausärzte behaupteten, dass die Diagnose bei der Mehrzahl oder bei allen ihren Patienten mit Demenz als gesichert gelten könne (Frage 3). Bei den ZW-Hausärzten waren es 19 %. Dieses Ergebnis zeigt deutlich die Notwendigkeit einer Sensibilisierung der Hausärzte bezüglich der Notwendigkeit der Diagnosestellung. Auffällig ist, dass als gesichert geltende Diagnosen eher von SD-Hausärzten als von ZW-Hausärzten angegeben werden. 20 % der ZW-Hausärzte gaben sogar an, dass keiner ihrer Patienten mit Demenz eine gesicherte Diagnose hat. Für den  $\chi^2$ -Test wurden jeweils die ersten beiden und die letzten beiden Antwortmöglichkeiten zusammengefasst (SD: 7 „in keinem Fall“ / „in einzelnen Fällen“ und 21 „bei der Mehrzahl“ / „bei allen“, ZW: 52 und 12): Es ergibt sich ein hochsignifikanter Unterschied mit hoher Effektstärke zwischen den Hausärztegruppen zugunsten der SD-Ärzte ( $\chi^2(1) = 34.10, p = .000, w = .590$ ). Die Daten lassen auf ein höheres Engagement der SD-Hausärzte bezüglich Diagnostik schließen – unabhängig davon, ob sie schon vor der Studie selbst die Diagnostik durchgeführt oder ihre Patienten überwiesen haben.

(Frage 4)

44 % der SD-Hausärzte führten an, dass mehr als die Hälfte ihrer Patienten mit Demenz in einem Pflegeheim leben, wobei man davon ausgehen kann, dass jene sich überwiegend in späteren Stadien der Erkrankung befinden (Frage 4). Die Ärztegruppen unterscheiden sich nicht ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$  bei Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten: 19 „keiner“ / „weniger als die Hälfte“ und 15 „mehr als die Hälfte“ / „alle“ bei SD, 34 und 30 bei ZW).

(Fragen 5 bis 7)

In den meisten SD-Praxen (94 %) waren Demenz-Tests vorrätig (Frage 5), die Angaben der ZW-Hausärzte waren vergleichbar (Fisher-Test,  $p > .05$ ). 12 % der SD-Hausärzte und 35 % der ZW-Hausärzte aber führten im letzten Quartal gar keine solchen Tests durch (Frage 6). Die SD-Ärzte haben sie häufiger durchgeführt als die ZW-Hausärzte (U-Test,  $p = .027$ ).

Fast alle SD-Ärzte (bis auf 3 %) gaben an, schon mal Patienten mit Verdacht auf Demenz an einen Facharzt überwiesen zu haben, die meisten von ihnen mehrmals (Frage 7). Darin unterschieden sich die Gruppen nicht ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$  bei Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten „nein“ und „in Einzelfällen“ zu 15 bei SD und 30 bei ZW). Die Ärzte haben demnach die Diagnostik in diesen Fällen nicht selbst durchführen wollen, wofür es verschiedene Gründe geben konnte, z.B. das mangelnde Vertrauen in die diagnostischen Fähigkeiten oder der Zeitaufwand. Im Vergleich mit den Daten einer anderen Studie, in der 43 % der Hausärzte in einem Fragebogen angaben, regelmäßig kognitive Tests anzuwenden, und 60 % angaben, bei Verdacht auf Demenz regelmäßig zum Facharzt zu überweisen (Kaduszkiewicz et al., 2007), führten die SD-Hausärzte und auch die ZW-Hausärzte demnach deutlich häufiger selbst Tests durch und überweisen etwas seltener an Fachärzte.

(Fragen 8 und 9)

Bei der Frage nach der Verordnung von Antidementiva (Frage 8) gaben 50 % der SD-Hausärzte an, nur in Einzelfällen bisher solche Medikamente verordnet zu haben – und das,

obwohl über 90 % der Ärzte angaben, aktuell mehr als 5 Patienten mit Demenz in ihrer Klientel zu haben (vgl. Frage 2). Es zeigt sich kein eindeutiges Bild zwischen den Gruppen: Mehr ZW- als SD-Hausärzte gaben an, dass sie keinem einzigen Patienten mit Demenz bisher Antidementiva verordnet haben, aber sie gaben auch öfter an, dass sie die Medikamente einer größeren Anzahl Patienten verordnen. Die statistische Berechnung ergibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$  bei Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten: 19 „nein“ / „in Einzelfällen“ und 15 „mehrfach“ / „an alle“ bei SD, 32 und 32 bei ZW). Im letzten Quartal hätten die meisten SD-Hausärzte (nämlich 32 %) nur an „1 - 2 Patienten“ Antidementiva verordnet, immerhin 21 % an „mehr als 6 Patienten“ (Frage 9). Der U-Test zeigt keinen Unterschied zu den ZW-Hausärzten. Hier zeigt sich wiederum, dass zu wenige Demenz-Patienten medikamentös behandelt werden.

(Ergänzung)

Zusätzlich wurden alle Ärzte vor und nach der Studie gefragt, ob sie mit der Arbeit der Pflegestützpunkte vertraut sind und ob sie ihren Patienten eine Beratung durch einen Pflegestützpunkt empfehlen (wobei nicht zwischen Patienten mit oder ohne Demenz differenziert wurde): Im Vorfeld der Studie waren die Pflegestützpunkte nur 23.5 % der SD-Ärzte ( $n = 8$  von 34) bekannt. 17.6 % ( $n = 6$  von 34) empfahlen ihren Patienten eine Beratung durch einen Pflegestützpunkt ( $n = 34$ ; kein signifikanter Unterschied im  $\chi^2$ -Test zwischen den beiden Ärzteguppen,  $p > .05$ ,  $n = 100$ ). Das unterstreicht die Kritik an Hausärzten, dass diese sich nicht gut genug mit regionalen Hilfsangeboten auskennen. Berichten der Pflegestützpunkt-Mitarbeiter zufolge hatten diese sich in fast allen Praxen vorgestellt und Informationsmaterial verteilt – und trotzdem gaben drei Viertel der Ärzte an, die Pflegestützpunkte nicht einmal zu kennen. Das zeigt zum einen, dass das Interesse der Ärzte an der Kenntnis solcher Angebote gering ist, und zum anderen, dass sich Anbieter bei der Öffentlichkeitsarbeit darauf einstellen sollten, dass ihr Angebot trotz Vorstellung oft nicht ausreichend bekannt ist und wiederholte Bemühungen zur Bekanntmachung erforderlich sind.

Zum Zeitpunkt der Studie hießen die entsprechenden regionalen Beratungsstellen noch „Beratungs- und Koordinierungsstellen“, noch während des Studienverlaufs wurden sie in „Pflegestützpunkte“ umgewandelt. Der Einfachheit halber wurden sie im vorliegenden Text immer als „Pflegestützpunkte“ bezeichnet.

### **5.6.2 Angaben nach der Studie: Studienspezifischer Follow-Up-Fragebogen**

Der studienspezifische Fragebogen nach der Studie, der Follow-Up-Fragebogen, ist von den Hausärzten genau genommen nicht nach der Studie bearbeitet worden, sondern nach der Zeit der Studienteilnahme der Hausärzte. Zu diesem Zeitpunkt konnten sie keine Patienten mehr in die Studie aufnehmen, die Rekrutierungs- und Diagnostikzeit war beendet.

Mit dem im Rahmen der Studie entwickelten Fragebogen wurde versucht, mögliche Barrieren bezüglich frühzeitiger Diagnostik und Therapie zu eruieren, um herauszufinden, welche strukturellen Gegebenheiten für eine bessere Frühversorgung notwendig sind, welche Inhalte bei Fortbildungen in diesem Bereich verstärkt mit einbezogen werden müssen und welche Bedürfnisse von Hausärzten bei der Versorgung von Menschen mit Demenz und der Implementierung von Leitlinien speziell Berücksichtigung finden sollten.

Zum besseren Verständnis werden zunächst die allgemeinen Ergebnisse des Fragebogens dargestellt. Die Teilbereiche des Fragebogens, die einem Vorher-Nachher-Vergleich mit dem Baseline-Fragebogen unterzogen werden können, sowie derjenige, der sich auf die durch Schulung erzielte Veränderung (und damit nur auf die SD-Hausärzte) bezieht, werden gesondert dargestellt. Am Ende dieses Abschnitts werden die Ergebnisse des Fragebogens der medizinischen Fachangestellten beschrieben.

### 5.6.2.1 Ergebnisse des Fragebogens

Meistens liegen die Antworten von 24 SD-Hausärzten und 51 ZW-Hausärzten, also insgesamt von 75 Ärzten vor. Falls die Anzahl der Antworten davon abweicht, wird das bei der jeweiligen Frage angegeben. Einige Items des Fragebogens werden hier nicht dargestellt, da sie für die vorliegende Arbeit nicht relevant sind, z.B. detailliertere Fragen zu „Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegestützpunkten“. Zum Teil waren Mehrfach-Antworten möglich, das Vorliegen dieser Option wird bei der jeweiligen Frage in der Tabelle angegeben. Die Auswertung erfolgte nach den gleichen Prinzipien wie beim Baseline-Fragebogen (vgl. Abschnitt 5.6.1). Die Antworten der Hausärzte werden in Tabelle 5.28 dargestellt und im Text erläutert.

Tabelle 5.28

*Ergebnisse des Follow-Up-Fragebogens der Hausärzte (nach der Studie beantwortet, n = 75) – vergleichend in beiden Ärzteguppen*

SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
<b>Demenz in der Hausarztpraxis</b>					
1. Wie viele Patienten mit Demenz gibt es gegenwärtig in Ihrer Klientel (Schätzung)?					
0x < 5	0	3x < 5	5.9	3x < 5	4
6x 5-10	25.0	8x 5-10	15.7	14x 5-10	18.7
5x 11-20	20.8	13x 11-20	25.5	18x 11-20	24.0
3x 21-30	12.5	6x 21-30	11.8	9x 21-30	12.0
10x > 30	41.7	21x > 30	41.2	31x > 30	41.3

*Fortsetzung*

	SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>		<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
<b>Diagnostik</b>						
2. Bei wie vielen Ihrer Patienten mit Verdacht auf Demenz wurden im letzten Quartal Demenz-Tests durchgeführt?						
	0x 0	0	11x 0	21.6	11x 0	14.7
	7x 1-2	29.2	15x 1-2	29.4	22x 1-2	29.3
	6x 3-4	25.0	11x 3-4	21.6	17x 3-4	22.7
	5x 5-6	20.8	8x 5-6	15.7	13x 5-6	17.3
	6x > 6	25.0	6x > 6	11.8	12x > 6	16.0
3a. Finden Sie die Vergütung für die hausärztlichen Leistungen bei der Demenzdiagnostik (unabhängig von der Studie) akzeptabel?						
	1	4.2	9 ( <i>n</i> = 50)	18.0	10 ( <i>n</i> = 74)	13.5
3b. Wenn nein: Im Rahmen der Studie wurde jede Demenzdiagnostik mit 40 € bzw. 60 € (Fallpauschale) vergütet. Finden Sie das akzeptabel?						
	18 ( <i>n</i> = 20)	90.0	30 ( <i>n</i> = 37)	81.1	48 ( <i>n</i> = 57)	84.2
4. Wie viel Zeit wenden Sie für die Befundbesprechung bei der Diagnose Demenz auf (in Minuten)?						
	26.15	11.49	22.99	11.41	24.00	11.32
5. Welchen Aussagen zur Befundbesprechung bei der Diagnose Demenz stimmen Sie zu? (mehrere Antworten möglich)						
- Ich kläre über momentane Defizite und mögliche Entwicklungen der Erkrankung auf.	23	95.8	44	86.3	67	89.3
- Ich glaube, dass es dem Patienten nicht weiter hilft die Diagnose zu kennen.	1	4.2	7	13.7	8	10.7
- Ich bespreche die Diagnose mit dem Patienten.	17	70.8	43	84.3	60	80.0
- Ich bespreche die Diagnose mit dem Angehörigen.	24	100	51	100	100	100
- Ich verwende den Begriff „Demenz“.	14	58.3	33	64.7	47	62.7
- Ich habe zur Diagnosebesprechung zu wenig Zeit.	3	12.5	6	11.8	9	12.0
- Das Diagnosegespräch ist für mich unangenehm.	4	16.7	1	2.0	5	6.7

Fortsetzung

	SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>		<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
6. Die leitliniengerechte Demenzdiagnostik beinhaltet die Durchführung eines Kurz-Tests, die Erhebung relevanter Laborparameter und den Einsatz eines bildgebenden Verfahrens (CT, MRT). Unter welchen Umständen halten Sie eine Abweichung von der leitliniengerechten Demenzdiagnostik für angemessen? (mehrere Antworten möglich)						
- Bei hohem Alter	13	59.1	34	66.7	47	64.4
- Bei fortgeschrittenem Stadium	16	72.7	32	62.7	48	65.8
- Bei typischen Symptomen	8	36.4	14	27.5	22	30.1
- Sonstiges	6	27.3	6	11.8	12	16.4
- Nie	3 ( <i>n</i> = 22)	13.6	6	11.8	9 ( <i>n</i> = 73)	12.3
7. Bei 57 % der Patienten mit Verdacht auf Demenz veranlassen Hausärzte keine strukturelle Bildgebung (MRT, CT). Woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen? (mehrere Antworten möglich)						
- An der fehlenden Einsicht in die Notwendigkeit der Untersuchung	15	65.2	26	51.0	40	55.4
- An der Eindeutigkeit der Diagnose	11	47.8	18	35.3	29	39.2
- Am Budget	9	39.1	18	35.3	27	36.5
- Am logistischen Aufwand für die Praxis	1	4.3	4	7.8	5	6.8
- Am logistischen Aufwand für den Patienten	7	30.4	24	47.1	31	41.9
- Sonstiges	5 ( <i>n</i> = 23)	21.7	8	15.7	13 ( <i>n</i> = 74)	17.6
8. Werden Sie nach Ablauf der Studie bei Verdacht auf Demenz nach Möglichkeit selbst diagnostizieren oder werden Sie an einen Facharzt oder an ein Facharztzentrum überweisen?						
	16 diagn.	69.6	17 diagn.	33.3	33 diagn.	44.6
	2 überw.	8.7	25 überw.	49.0	27 überw.	36.5
	5 beides	21.7	9 beides	17.6	14 beides	18.9
	( <i>n</i> = 23)				( <i>n</i> = 74)	
<b>Therapie</b>						
9. An wie viele Ihrer Patienten haben Sie im letzten Quartal Antidementiva verschrieben?						
	0x 0	0	4x 0	7.8	4x 0	5.4
	7x 1-2	30.4	5x 1-2	9.8	12x 1-2	16.2
	3x 3-4	13.0	13x 3-4	25.5	16x 3-4	21.6
	4x 5-6	17.4	7x 5-6	13.7	11x 5-6	14.9
	9x > 6	39.1	22x > 6	43.1	31x > 6	41.9

Fortsetzung

	SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>		<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
10a. Verschreiben Sie Cholinesterasehemmer (Aricept, Exelon, Reminyl) und / oder Memantin (Axura, Ebixa)?						
	0x nein	0	5x nein	9.8	5x nein	6.8
	4x AChEH	17.4	7x AChEH	13.7	11x AChEH	14.9
	1x Mem.	4.3	1x Mem.	2.0	2x Mem.	2.7
	18x beides ( <i>n</i> = 23)	78.3	38x beides	74.5	56x beides ( <i>n</i> = 74)	75.7
10b. Wenn nein: Warum nicht? (mehrere Antworten möglich)						
- Zweifel an Wirksamkeit	-	-	4	80.0	4	80.0
- Bedenken wegen Budget- überschreitung	-	-	4	80.0	4	80.0
- Bedenken wegen Nebenwir- kungen	-	-	2	40.0	2	40.0
- Ablehnung durch Patienten	-	-	1	20.0	1	20.0
- Bedenken wegen möglicher Wirtschaftlichkeitsprüfung	-	-	4	80.0	4	80.0
- Sonstiges	-	-	1 ( <i>n</i> = 5)	20.0	1 ( <i>n</i> = 5)	20.0
11. Empfehlen Sie andere Antidementiva (z.B. Piracetam, Tebonin)?						
	13	59.1	29	58.0	42	58.3
12. Wenn Sie Antidementiva außerhalb des Budgets verschreiben könnten, würde das Ihr Verschreibungsverhalten ändern?						
	14	58.3	28	54.9	42	56.0
13. Verschreiben Sie Ihren Patienten mit Demenz bei Bedarf ...? (mehrere Antworten möglich)						
- Antidepressiva	21	87.5	45	90.0	66	89.2
- Antipsychotika	14	58.3	34	68.0	48	64.9
- Sonstige psychiatrische Medikamente (darunter Se- dativa und Schlafmittel)	14	58.3	22 ( <i>n</i> = 50)	44.0	36 ( <i>n</i> = 74)	48.6
14. Empfehlen Sie Ihren Patienten mit Demenz nicht-medikamentöse Therapien?						
	19	82.6	32	62.7	51	68.9
<b>Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegestützpunkten</b>						
15. Im Rahmen der Studie wurden Demenzpatienten von einer Beko beraten (also einer Beratungs- und Koordinierungsstelle, mit neuem Namen Pflegestützpunkt). Werden Sie persönlich in Zukunft Ihren Patienten mit Demenz eine Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Pflegestützpunkt empfehlen?						
	23	95.8	42 ( <i>n</i> = 50)	84.0	65 ( <i>n</i> = 74)	87.8
16. Schätzen Sie die Arbeit des Pflegestützpunktes für Ihre Patienten mit Demenz und deren Angehörigen als hilfreich ein?						
	20 ( <i>n</i> = 22)	90.9	35 ( <i>n</i> = 43)	81.4	55 ( <i>n</i> = 65)	84.6

Fortsetzung

	SD-Hausärzte		ZW-Hausärzte		Gesamt	
	<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>	<i>n</i> bzw. <i>M</i>		<i>n</i> bzw. <i>M</i>	% bzw. <i>s</i>
17. Ist es Ihnen wichtig, von dem Pflegestützpunkt eine Rückmeldung zur erfolgten Beratung und zur weiteren Versorgung Ihrer Patienten mit Demenz zu erhalten?	24	100	43 ( <i>n</i> = 43)	100	67 ( <i>n</i> = 67)	100
<b>Fortbildung</b>						
18a. Würden Sie sich (ggf. weitere) Fortbildungen zum Thema „Demenz“ wünschen?	18 ( <i>n</i> = 23)	78.3	38	74.5	56 ( <i>n</i> = 74)	75.7
18b. Wenn ja: Würde Sie eine Fortbildung zum Thema „Diagnosegespräch mit Demenzpatienten und ihren Angehörigen“ interessieren?	14 ( <i>n</i> = 15)	93.3	28 ( <i>n</i> = 30)	93.3	42 ( <i>n</i> = 45)	93.3
<b>Studienablauf retrospektiv</b>						
19. Waren die medizinischen Fachangestellten in das Studienprocedere involviert?	22	91.7	20	39.2	42	56.0
19a. Durch Durchführung der Screeningverfahren	18	75.0				(siehe SD-Hausärzte)
19b. Durch Umgang mit Formularen, Terminvereinbarung o.ä.	20	83.3	18 ( <i>n</i> = 50)	36.0	38 ( <i>n</i> = 74)	51.4
20. Ist es Ihnen für die Zukunft wichtig, die medizinischen Fachangestellten in die Demenzdiagnostik mit einzubeziehen?	21	87.5	32	62.7	53	70.7
<b>Zum Abschluss</b>						
21. Glauben Sie, dass Sie als Hausarzt dazu beitragen können, die Lebensqualität von Ihren Patienten mit Demenz zu verbessern?	24	100	51	100	75	100

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. *n*: Anzahl. *M*: Mittelwert. *s*: Standardabweichung. MRT: Magnetresonanztomografie. CT: Computertomografie. AChEH: Acetylcholinesterasehemmer.

## Demenz in der Hausarztpraxis

(Frage 1)

Nur 46 % der SD-Hausärzte hatten „gegenwärtig“ (also zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens) weniger als 20 Patienten mit Demenz in ihrer Klientel (Frage 1). Bei 42 % gab es über 30 Patienten mit Demenz. Die Ärztgruppen unterscheiden sich nicht (U-Test,  $p > .05$ ).

## Diagnostik

(Frage 2)

46 % der SD-Ärzte führten im vorangegangenen Quartal bei mehr als 4 Patienten Demenz-Tests durch (Frage 2). Die Tests wurden erwartungsgemäß häufiger von den SD-Hausärzten durchgeführt (U-Test,  $p = .020$ ), aber auch bei den ZW-Hausärzten kam das oft vor. Allerdings ist die Angabe von den ZW-Hausärzten wenig aussagekräftig, weil die Möglichkeit besteht, dass sie diese Antwort gaben, weil sie wussten, dass die Fachärzte diese Tests durchgeführt haben.

(Frage 3)

Eine Barriere hinsichtlich frühzeitiger Demenzdiagnostik auf struktureller Ebene könnte die Vergütung für diagnostische Leistungen sein, was durch die Antworten der Ärzte bestätigt wird: Nur ein SD-Arzt hält die reguläre Vergütung für akzeptabel (Frage 3). Die Ärztegruppen unterscheiden sich nicht (Fisher-Test,  $p > .05$ ).

### Exkurs: Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Demenzdiagnostik von Hausärzten

Hausärzte können in Zusammenhang mit der Diagnose „Demenz“ gemäß dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) unterschiedliche Leistungen abrechnen. Im Rahmen der Schulung wurde den Hausärzten vermittelt, welche Leistungen sie anhand welcher Gebührenordnungsposition abrechnen können und welchem Punktwert, der wichtig für die Festlegung des Honorars ist, eine Leistung entspricht. Folgende Leistungen können von Hausärzten abgerechnet werden (aus Paasch, 2006, nach BKD; Melchinger, 2007a):

- Koordination hausärztliche Betreuung zu Hause (835 Punkte)
- Koordination hausärztliche Betreuung im Pflegeheim (380 Punkte)
- Ordinationskomplex (145 / 225 Punkte)
- Konsultationskomplex (35 Punkte)
- Beratung, Erörterung und / oder Abklärung (150 Punkte)
- Ganzkörperstatus (300 Punkte)
- Klinisch-neurologische Basisdiagnostik (175 Punkte)
- Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status (175 Punkte)
- Testverfahren bei Demenzverdacht (50 Punkte)
- Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment (350 Punkte)

Das hausärztlich-geriatrische Basisassessment beinhaltet neben fakultativen Leistungsinhalten die „Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),- Beurteilung der Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment)“ und die „Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD)“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KVB], 2013, S.57).

„Zur Ermittlung des Preises wird die Punktzahl mit dem regional verhandelten Punktwert multipliziert. Ausgangswert für die Festsetzung eines regionalen Punktwertes ist der soge-

nannte Orientierungspunktwert. Über dessen Höhe verhandelt die KBV jedes Jahr neu mit den Krankenkassen. . . . Der Orientierungspunktwert betrug im Jahr 2010 3,5048 Cent“ (KVB, 2010). Beispielsweise erhält in Arzt aus Rheinland-Pfalz 2013 für die Durchführung des geriatrischen Basisassessments ein Honorar von ca. 13 Euro, für die Durchführung eines Testverfahrens ein Honorar von knapp 2 Euro (Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz [KV RLP], 2013). Für die Erhebung der Laborparameter oder eine Überweisung erhält der Arzt ein nur sehr geringes Honorar (KV RLP, 2013). Das Gesamthonorar eines Arztes entspricht nicht dem Nettoeinkommen, sondern es gehen noch Betriebskosten, Steuern und Aufwendungen für Versicherungen und Altersvorsorge ab (KVB, 2012).

(Frage 4)

Die Diagnose „Demenz“ oder „Alzheimer-Erkrankung“ zu erhalten, ist für den Patienten und seine Angehörigen ein schwieriger Moment, der vom Arzt neben fachlichen Kenntnissen Einfühlungsvermögen und kommunikative Fähigkeiten erfordert. Die SD-Ärzte wenden bei einer Demenzdiagnose nach eigenen Angaben durchschnittlich 26 Minuten ( $s = 11.50$ ) für die Befundbesprechung auf, wobei das Spektrum von nur 10 bis sogar 60 Minuten reichte (Frage 4). Die Ärztegruppen unterscheiden sich hierbei nicht (t-Test,  $p > .05$ ). 10 Minuten sind für eine solche Diagnose natürlich sehr wenig, allerdings muss das Gespräch immer auf den jeweiligen Patienten abgestimmt sein und es sind natürlich auch immer weitere Gespräche zu anderen Terminen möglich. In der Regel sollte eine Befundbesprechung mindestens die Aufklärung über die Erkrankung, therapeutische Maßnahmen und weiterführende Hilfen beinhalten.

(Frage 5)

Innerhalb der Studie erhielten die Projektmitarbeiter persönlich von unterschiedlichen Ärzten die Rückmeldung, dass es ihnen schwer fiel, die Diagnose mitzuteilen. Im Fragebogen gaben aber nur 17 % der SD-Hausärzte und 2 % der ZW-Hausärzte an, dass „das Diagnosegespräch für mich unangenehm“ sei (Frage 5); der Fisher-Test ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Ärztegruppen ( $p = .034$ ,  $w = .275$ ). Eventuell ist das darauf zurückzuführen, dass die SD-Hausärzte sich eher in der Verantwortung sehen, den Patienten und deren Familie die Diagnose mit allen Konsequenzen mitzuteilen als die ZW-Hausärzte, die das möglicherweise von den Fachärzten erwarten. Hinsichtlich der anderen Aussagen unterscheiden sich die Ärztegruppen nicht ( $\chi^2$ - bzw. Fisher-Test,  $p > .05$ ). Auffällig ist, dass nur 71 % der SD-Ärzte die Diagnose auch mit dem Betroffenen selbst besprechen (und nicht „nur“ mit den Angehörigen) und nur 58 % tatsächlich den Begriff „Demenz“ verwenden, so dass durchaus Hemmungen auf Seiten der Ärzte deutlich werden, das Thema offen mit den Beteiligten zu besprechen. Die Aussagen der ZW-Hausärzte sind ähnlich. Die Ergebnisse passen zu den Angaben der Mitarbeiter der Pflegestützpunkte, die berichteten, dass vielen Betroffenen und Angehörigen die Diagnose „Demenz“ gar nicht bewusst war, als sie zu ihnen zum Beratungsgespräch kamen (vgl. Abschnitt 5.7). 7 ZW-Ärzte (und nur 1 SD-Arzt) sind der Meinung, „dass es dem Patienten nicht weiter hilft, die Diagnose zu kennen“, was einerseits eine Einschränkung der Einsicht in die Notwendigkeit der Diagnostik bedeutet und

andererseits erklärt, warum die Diagnose teilweise nur mit dem Angehörigen, nicht mit dem Betroffenen selbst besprochen wird.

Kaduszkiewicz et al. (2007) berichten von vergleichbaren Ergebnissen, dass nämlich ca. 70 % der von ihnen befragten Hausärzte angaben, den Angehörigen detaillierter als den Patienten über den Verlauf der Erkrankung aufzuklären, und 47 %, im Aufklärungsgespräch gegenüber dem Patienten nicht den Begriff ‚Demenz‘ zu verwenden. Einige Menschen möchten eine solche Diagnose nicht mitgeteilt bekommen und diese Entscheidung sollte dann auch respektiert werden, doch grundsätzlich hat jeder das Recht, die Wahrheit über seinen Gesundheitszustand zu erfahren und niemand, auch nicht der Arzt, sollte über den Kopf des Patienten hinweg darüber entscheiden.

(Frage 6)

Viele Ärzte sind bereit, unter bestimmten Umständen bei der Diagnostik von den Leitlinien abzuweichen (Frage 6) – was der tatsächlichen Vorgehensweise der Hausärzte im Rahmen der Studie entspricht, da nicht immer relevante Laborparameter erhoben und eine Bildgebung veranlasst wurden (vgl. Abschnitt 5.3). Die Ärztegruppen unterscheiden sich hierin nicht, d.h. die Schulung hat bei den SD-Hausärzten nicht dazu geführt, dass sie strikter an den Leitlinien festhielten als die ZW-Hausärzte ( $\chi^2$ - bzw. Fisher-Test,  $p > .05$ ). 59 % der SD-Ärzte hielten eine Abweichung „bei hohem Alter“ für angemessen, 73 % „bei fortgeschrittenem Stadium“. Die „typischen Symptome“ dagegen wären nur (aber immerhin) bei 36 % ein Grund für eine Abweichung. Dass Symptome trotz typischen Merkmalen auch andere Ursachen als eine primäre Demenz haben können bzw. dass eine Differenzialdiagnostik wichtig ist, scheint somit für die Mehrheit der SD-Ärzte festzustehen. Dass auch im hohen Alter oder bei fortgeschrittenem Stadium eine ausführliche Diagnostik sinnvoll ist, wird dagegen skeptischer beurteilt. Das lässt Rückschlüsse auf die Altersbilder der Hausärzte zu. Allerdings konnte fast kein Einfluss des Alters der Patienten auf die tatsächliche Vorgehensweise der Hausärzte im Rahmen der Studie hinsichtlich der Durchführung der Untersuchungen nachgewiesen werden (vgl. Abschnitt 5.3.3.3.1). Als weitere mögliche Umstände für eine Abweichung wurde von den SD-Ärzten unter „Sonstiges“ z.B. „Immobilität“ oder „Multimorbidität“ genannt.

(Frage 7)

65 % der SD-Ärzte konnten sich vorstellen, dass es „an der fehlenden Einsicht in die Notwendigkeit der Untersuchung liegt“, wenn Hausärzte keine Bildgebung veranlassen (Frage 7). 48 % gaben die „Eindeutigkeit der Diagnose“, 39 % das „Budget“ und 30 % den „logistischen Aufwand für den Patienten“ als mögliche Gründe an. Die Punkte „fehlende Einsicht in die Notwendigkeit“ und „Eindeutigkeit der Diagnose“ erfordern eine Betonung der Aussagekraft bildgebender Verfahren in Fortbildungen. Z.B. können ein Tumor oder ein Normaldruckhydrozephalus die Ursache für die „eindeutigen“ Symptome sein (vgl. Abschnitt 4.1.2.1.2), zudem ist die genaue Demenzdiagnose für die Therapie ausschlaggebend (vgl. Abschnitt 2.2.3). Der genannte „Aufwand für den Patienten“ kann beim Gang zum Radiologen zwar durchaus groß sein, insbesondere für Menschen mit Einschränkungen der Mobili-

tät, des Gedächtnisses oder der Orientierung. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit der Arzt aufgrund seiner persönlichen Einstellung zur Notwendigkeit der Untersuchung den Patienten und Angehörigen die Entscheidung abnimmt bzw. diese beeinflusst. Die Ärztegruppen unterscheiden sich nicht ( $\chi^2$ - bzw. Fisher-Test,  $p > .05$ ). Unter „Sonstiges“ wurde hier von den SD-Hausärzten z.B. „Es wird nicht daran gedacht“, „Selbstüberschätzung“ oder „Immobilität“ angegeben. Budgetäre Gründe spielten bereits bei der Diagnostik eine Rolle.

(Frage 8)

70 % der SD-Hausärzte wollen die Diagnostik auch nach der Studie weiterhin selbst durchführen (Frage 8). Erwartungsgemäß unterscheiden sich hierbei die beiden Gruppen ( $\chi^2(2) = 11.87$ ,  $p = .003$ ,  $w = .401$ ). Es handelt sich um ein hochsignifikantes Ergebnis mit mittlerer bis hoher Effektstärke.

### **Therapie**

(Frage 9)

40 % der SD-Hausärzte haben mindestens 7 ihrer Patienten im vorangegangenen Quartal Antidementiva verordnet, aber 30 % der SD-Hausärzte haben dies nur bei 0 bis 2 Patienten getan (Frage 9). Vergleicht man diese Zahl mit der Anzahl der Demenzpatienten in der Klientel (Frage 1: alle gaben an, mindestens 5 Patienten mit Demenz zu haben), erscheint das viel zu wenig. Die Aussagen passen zu den tatsächlich zu seltenen Verordnungen von Antidementiva im Rahmen der Studie (vgl. Abschnitt 5.3.3.2.1). Gemäß den Leitlinien sollte jeder Patient mit Alzheimer- oder gemischter Demenz einen Behandlungsversuch mit Antidementiva erhalten sofern keine Kontraindikationen vorliegen. Die Ärztegruppen unterscheiden sich nicht (U-Test,  $p > .05$ ).

(Fragen 10 und 12)

Die SD-Ärzte verschreiben laut Fragebogen überwiegend beide zugelassenen Präparate, Memantin und AChEH (Frage 10). Keiner gab an, weder das eine noch das andere zu verschreiben. Ein statistischer Vergleich zwischen den beiden Gruppen ist nicht möglich. Die ZW-Ärzte verschrieben auch meistens beide Präparate, gleichzeitig gaben 10 % an, keine solchen Antidementiva zu verschreiben mit den Begründungen: „Zweifel an Wirksamkeit“, „Bedenken wegen Budgetüberschreitung“ bzw. „wegen Wirtschaftlichkeitsprüfung“. Aufgrund der Fragestellung liegen keine Angaben der SD-Ärzte über die Gründe, keine Antidementiva zu verschreiben, vor. Dass solche Gründe auch bei den SD-Hausärzten für einige ihrer Patienten vorliegen müssen, zeigen die Zahlen bezüglich Patienten mit Demenz in der Klientel und bezüglich der Antidementiva-Verschreibungen (Fragen 1 und 9) und die Zahlen bezüglich der tatsächlichen Antidementiva-Verschreibungen innerhalb der Studie (vgl. Abschnitt 5.3.3.2). Befragungen von Hausärzten innerhalb anderer Studien ergaben, dass 80 % eine Verzögerung des kognitiven Abbaus durch Medikamente für eine bestimmte Zeit glaubten (Riedel-Heller et al., 2000) bzw. 54 % der Aussage zustimmten, dass leichtere Formen der Alzheimer-Demenz medikamentös gut beeinflussbar seien (Kaduszkiewicz et al., 2007).

ACHEH und Memantin sind mit ca. 120 Euro monatlich vergleichsweise teure Präparate (Melchinger, 2007b; Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände [ABDA], 2013), doch die entsprechenden Verordnungen werden in der Regel als „Praxisbesonderheit“ anerkannt, so dass Regressforderungen nicht befürchtet werden müssen (Melchinger, 2007b). „Bedenken wegen Budgetüberschreitung“ kann somit nicht als schlüssiges Argument gelten. „Bislang wurde bundesweit kein Fall bekannt, bei dem ein Arzt wegen begründeter Verordnungen von Antidementiva in Regress genommen wurde“ (Melchinger, 2010b, S. 32). Allerdings können diesbezügliche Verschreibungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Praxen und somit dazu führen, dass alle „ärztlich verordneten Leistungen“ allgemein im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot überprüft werden (§§ 12, 106 II 1 SGB V). Dass finanzielle Gründe für die Entscheidung, Antidementiva zu verschreiben oder nicht, eine Rolle spielen, belegt auch die folgende Aussage der SD-Ärzte: 58 % gaben an, dass sie ihr Verschreibungsverhalten ändern würden, wenn sie Antidementiva außerhalb des Budgets verschreiben könnten (Frage 12; kein Unterschied zwischen den Ärztegruppen:  $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). In der Schulung wurde auch diese Problematik zum Thema gemacht:

Die Verordnung von Antidementiva kann mit dem Gebot zur wirtschaftlichen Leistungserbringung dann nicht kollidieren, wenn sich der Vertragsarzt an wissenschaftlich anerkannten Leitlinien orientiert. Der Arzt muss belegen können, dass die Diagnose AD gemäß den Kriterien von ICD 10 gesichert wurde und dass der Erfolg der Therapie nach 12 Wochen überprüft und dokumentiert wurde (Angaben des Patienten, Informationen von Bezugspersonen, Testergebnisse). . . . Von einzelnen KVen wird die Behandlung von Patienten mit Demenz als Praxisbesonderheiten ‚offiziell‘ anerkannt. In anderen Regionen wurden zwischen der KV und einzelnen Praxen individuelle Vereinbarungen getroffen, die das Überschreiten der Richtgröße durch die Verordnung von Antidementiva zulassen. (BKD; Melchinger, 2007a)

Inzwischen sind auch Generika der Original-Präparate erhältlich, die wesentlich günstiger sind. Zum Zeitpunkt der Studie war das noch nicht der Fall (ABDA, 2013).

(Frage 11)

59 % der SD-Hausärzte empfehlen andere, nicht zugelassene Antidementiva (hauptsächlich Ginkgo-Präparate; Frage 11), obwohl deren Wirksamkeit nicht ausreichend belegt ist (vgl. Abschnitt 2.2.3). Es wäre denkbar, dass auch das auf budgetäre Überlegungen zurückzuführen ist: Möglicherweise empfehlen die Hausärzte Ginkgo-Präparate u.ä., weil sie aufgrund ihres Budgets keine AChEH oder Memantin verschreiben wollen, aber ihren Patienten dennoch pharmakologische Hilfen zukommen lassen möchten. Die Medikamente werden den Patienten teilweise nur empfohlen bzw. als Privatrezept ausgestellt, so dass sie privat bezahlt werden müssen. Aber auch wenn die Ärzte die Präparate verordnen, werden diese nur zum Teil von den Krankenkassen übernommen, da die Wirksamkeit bei vielen Indikationen in Frage gestellt wird. Einige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind zu Lasten der Krankenversicherung (nach wie vor) verordnungsfähig, z.B. Ginkgo-biloba bei entsprechender Dosierung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011). Die Ärztegruppen unterscheiden sich nicht ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Dass so viele Hausärzte, nämlich über die Hälfte, nicht zugelassene

Antidementiva empfehlen, war nach der Auswertung der tatsächlichen Verschreibungspraxis, nach der nur sehr einige Patienten solche Medikamente einnahmen, nicht zu erwarten (vgl. Abschnitt 5.3.3.2.2).

(Frage 13)

88 % der SD-Ärzte verschreiben Patienten mit Demenz bei Bedarf Antidepressiva, 58 % Antipsychotika, 58 % andere psychiatrische Medikamente (vor allem Sedativa, gefolgt von Neuroleptika; Frage 13). Die Ärzteguppen unterscheiden sich nicht ( $\chi^2$ - bzw. Fisher-Test,  $p > .05$ ).

(Frage 14)

83 % der SD-Ärzte geben an, nicht-medikamentöse Therapien zu empfehlen, womit sie nach eigenen Angaben v.a. „Bewegung“ und „Gedächtnistraining“ meinen (Frage 14). Tendenziell empfehlen sie nicht-medikamentöse Therapien häufiger als die ZW-Ärzte ( $\chi^2(1) = 2.92$ ,  $p = .088$ ,  $w = .199$ ). Als positiv zu beurteilen ist, dass sie auch nicht-medikamentöse Maßnahmen für wichtig erachten und das ihren Patienten auch vermitteln. Allerdings sind wenn überhaupt nur geringe Effekte von kognitivem Training bei Demenz nachweisbar (IQWiG, 2009b) und solche Aufgaben führen den Patienten ihre Defizite deutlich vor Augen, daher ist es allenfalls bei Patienten mit beginnender Demenz zu empfehlen. Auch bei der Frage nach sinnvollen Hilfsangeboten wird deutlich, dass die Ärzte den positiven Einfluss von Gedächtnistrainings hoch einschätzen. Dieses Ergebnis ergab sich auch in der Befragung von Riedel-Heller et al., (2000).

### **Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegestützpunkten**

(Fragen 15 - 17)

Vor der Studie waren nur 24 % der SD-Ärzte die Pflegestützpunkte bekannt und 18 % empfahlen ihren Patienten eine Kontaktaufnahme (vgl. Abschnitt 5.6.1). Nach der Studie wollen 96 % ihren Patienten mit Demenz Pflegestützpunkte empfehlen, was als direkter Erfolg des Projekts zu werten ist (Frage 15). Diese hohe Zahl zeigt auch, dass die Ärzte die Arbeit der Pflegestützpunkte als ein Angebot erkennen, dass über ihre eigenen Beratungsmöglichkeiten hinausgeht. Alle hätten von den Pflegestützpunkten gern eine Rückmeldung über die erfolgte Beratung (Frage 17). Die Ärzteguppen unterscheiden sich nicht (Fisher-Test,  $p > .05$ ).

### **Fortbildung**

(Frage 18)

Auch bei den SD-Hausärzten, die vor der Studie an einer zweitägigen Schulung teilgenommen hatten, bestand bei 78 % der Wunsch nach weiteren Fortbildungen zum Thema „Demenz“ (Frage 18). Fast alle dieser 78 % würden sich – entsprechend der Antworten bezüglich der Schwierigkeiten bei der Befundbesprechung – auch für eine Fortbildung zum Thema „Diagnosegespräch“ interessieren, was ca. 60 % aller SD-Ärzte entspricht. Auch hier gibt es keinen Unterschied zwischen den Ärzteguppen ( $\chi^2$ -Test,  $p > .05$ ). Diese Ergebnisse zeigen den deutlichen Fortbildungsbedarf im Bereich Demenzdiagnostik bei den Ärzten, die im

Rahmen der Studie bereits fortgebildet wurden, und lassen auf einen noch deutlicheren Fortbildungsbedarf bei Hausärzten im Allgemeinen schließen. Bezüglich „Umgang und Gespräch mit Demenzpatienten und ihren Angehörigen“ bekundeten in einer anderen Studie 50 % der Hausärzte Interesse an einer Fortbildung zu diesem Thema (Kaduszkiewicz et al., 2007). Die weiteren Themenwünsche der SD-Ärzte für Fortbildungen (offene Frage) waren sehr vielfältig, z.B. „Medikation“, „rechtliche Fragestellungen (z.B. Vorsorgevollmacht)“, „erste Anzeichen von Demenz“, „Differenzialdiagnostik“. Dass weitere Fortbildungen, z.B. zur Differenzialdiagnostik der Demenz, sinnvoll wären, zeigt die tatsächliche Vorgehensweise der Hausärzte – z.B. wurde von den SD-Hausärzten häufig die unspezifische Demenzdiagnose „Demenz, nicht näher bezeichnet“ gestellt, was auf differenzialdiagnostische Unsicherheit hinweist (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.3).

### **Studienablauf retrospektiv**

(Fragen 19 und 20)

Oft bezogen die Ärzte laut Fragebogen die medizinischen Fachangestellten in das Studienprozedere mit ein (Frage 19), was sich auch mit den Erfahrungen der Projektmitarbeiter deckt. Bei den SD-Hausärzten war das mit 92 % deutlich häufiger der Fall als bei den ZW-Hausärzten mit 40 %, so dass der Vergleich ein hochsignifikantes Ergebnis mit hoher Effektstärke ergibt ( $\chi^2(1) = 18.22, p = .000; w = .493$ ). 75 % der SD-Hausärzte gaben an, dass ihre Angestellten auch durch die Durchführung der Screeningverfahren involviert waren, bei 83 % waren sie durch organisatorische Aufgaben mit einbezogen. Da der diagnostische und organisatorische Aufwand bei den SD-Hausärzten deutlich höher war als bei den ZW-Hausärzten, ist der Unterschied zwischen den Gruppen erwartungsgemäß. In Zukunft wollen 88 % der SD-Hausärzte die Angestellten in die Demenzdiagnostik mit einbeziehen und gaben dies somit häufiger an als die ZW-Hausärzte mit 63 % ( $\chi^2(1) = 4.83, p = .028; w = .245$ , Frage 20). Somit wäre zu überlegen, auch die Fachangestellten in Fortbildungsangebote mit einzubeziehen.

### **Zum Abschluss**

(Frage 21)

Alle Hausärzte (SD und ZW) glauben, dass sie zur Verbesserung der Lebensqualität ihrer demenziell erkrankten Patienten beitragen können (Frage 21). Die Ärzte sehen sich demnach selbst in der Verantwortung bezüglich der Versorgung der Menschen mit Demenz. Bei Kaduszkiewicz et al. (2007) machten 74 % der Hausärzte eine ähnliche Aussage.

(Ergänzung)

Den Ärzten wurde mündlich noch folgende Frage gestellt: „Wenn sich bei Ihnen erste Anzeichen einer Demenz zeigen würden, was würden Sie tun?“ Hintergrund dieser offenen Frage war die Überlegung, dass jemand sich oft anders verhält, wenn ein Thema einen selbst oder einen nahen Angehörigen betrifft, als er sich im professionellen Kontext verhalten würde. Die Frage zielte auf die persönliche Einstellung der Ärzte zu Alter und Demenz ab. 22

SD-Hausärzte beantworteten diese Frage. Die Antworten waren sehr unterschiedlich: 10 würden eine Diagnostik durchführen lassen, 3 würden eine Therapie beginnen. 3 drückten positive Reaktionen aus wie „mit Heiterkeit weiterleben“ / „in Urlaub fahren“, 2 beantworteten die Frage mit „weiß nicht“. Die anderen Antworten kamen nur einmal vor, z.B. „abwarten“, „Freitod“ oder „Vorsorgevollmacht organisieren“ (einige Ärzte gaben zwei Antworten). Das Antwortspektrum zeigt, dass die Einsicht in die Notwendigkeit diagnostischer Untersuchungen und v.a. das Vertrauen in therapeutische Optionen nur begrenzt vorhanden ist. Die Antworten „weiß nicht“, „abwarten“ und „Freitod“ spiegeln auch eher Einstellungen von therapeutischem Nihilismus wider. Immerhin fast die Hälfte sieht eine Diagnostik als wichtigen Schritt an.

Auf die mündliche Frage „Welche Unterstützung brauchen Menschen mit Demenz und deren Angehörige ihrer Meinung nach?“ (offene Frage;  $n = 34$ ) sprachen sich die SD-Ärzte in erster Linie für Beratung und Entlastung für die Angehörigen aus, gefolgt von medikamentöser Therapie für die Patienten (wobei 3 Ärzte auf die Budget-Problematik hinwiesen) und Forderungen nach mehr Öffentlichkeitsarbeit und Enttabuisierung.

### 5.6.2.2 Vorher-Nachher-Vergleich

Einige Fragen waren in den beiden zeitlich versetzten Fragebögen identisch, um einen direkten Vergleich zu ermöglichen. Vergleicht man bei diesen gleichen Fragen die Antworten der SD-Hausärzte vor der Studie mit den Angaben nach der Studie, so scheint es jeweils einen leichten Anstieg bei

- (1) der Anzahl der Patienten mit Demenz pro Hausarzt (Fragen Nr. 2 und Nr. 1),
- (2) bei der Anzahl der Patienten, bei denen im letzten Quartal Demenz-Tests durchgeführt wurden (Fragen Nr. 6 und Nr. 2), sowie
- (3) bei der Anzahl an Antidementiva-Verordnungen im letzten Quartal (Fragen Nr. 9 und Nr. 10) zu geben (vgl. Tab. 5.27 und 5.28).

Für die Datenanalyse bietet sich vom Versuchsplan her gesehen eine zweifache Varianzanalyse mit dem Innersubjektfaktor „Vorher / Nachher“ und dem Zwischensubjektfaktor „SD / ZW“ an. Abhängige Variable ist bei jeder der drei spezifischen Fragestellungen die Zahl der Fälle, die ordinalskaliert vorliegt. Eigentlich müsste man aus mess- und verteilungstheoretischen Gründen nichtparametrische Verfahren einsetzen, die aber für zweifaktorielle Pläne nicht vorliegen (Bortz et al., 2008). Daher wurde die ANOVA herangezogen. Zusätzlich wurde aber für die Überprüfung von Vorher-Nachher-Unterschieden der Wilcoxon-Test als adäquates voraussetzungsärmeres Verfahren eingesetzt.

Tabelle 5.29 stellt die Ergebnisse in Form von Mittelwerten dar. Dabei wurden die Antwortmöglichkeiten, die jeweils bestimmte Gruppen (z.B. „5 - 10 Patienten“) meinen, mit Zahlen von 1 - 5 bzw. von 0 - 4 codiert. Die absoluten Häufigkeiten sind den Tabellen 5.27 und 5.28 zu entnehmen.

Tabelle 5.29

Mittelwerte einiger Fragen aus den Fragebögen zum Vorher-Nachher-Vergleich – vergleichend in beiden Ärzteguppen

		SD (n = 24)	ZW (n = 50)	Summe
Wie viele Patienten mit Demenz gibt es gegenwärtig in Ihrer Klientel? (codiert mit 1 - 5)	BL	3.29	3.48	6.77
	FU	3.71	3.64	7.35
	Summe	7.00	7.12	
Bei wie vielen Ihrer Patienten mit Verdacht auf Demenz wurden im letzten Quartal Demenz-Tests durchgeführt? (codiert mit 0 - 4)	BL	1.79	1.44	3.23
	FU	2.42	1.62	4.04
	Summe	4.21	3.06	
An wie viele Ihrer Patienten haben Sie im letzten Quartal Antidementiva verordnet? (codiert mit 0 - 4)	BL	2.22	2.65	4.87
	FU	2.45	2.73	5.18
	Summe	4.67 (n = 23)	5.38 (n = 49)	

Anmerkungen. SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte. n: Anzahl. BL: Baseline. FU: Follow-Up.

(1) Bei den SD-Hausärzten ergibt sich bei der Anzahl an Patienten mit Demenz eine Tendenz zu einer signifikanten Erhöhung (Wilcoxon-Test,  $p = .078$ ,  $n = 24$ ). Bei den ZW-Hausärzten ist keine Veränderung nachzuweisen (Wilcoxon-Test,  $p > .05$ ,  $n = 50$ ). In der ANOVA ergibt sich eine Tendenz zu einem Haupteffekt für den Vorher-Nachher-Vergleich (6.77 zu 7.35;  $F(1,72) = 2.97$ ,  $p = .089$ ,  $\eta^2 = .040$ ). Weder für den Vergleich der beiden Ärzteguppen noch für die Interaktion beider Faktoren ergibt sich ein signifikanter Effekt.

(2) Auch bei der Anzahl der Patienten, bei denen Demenz-Tests durchgeführt wurden, zeigt sich ein ähnliches Bild: Bei den SD-Hausärzten ergibt sich eine signifikante Erhöhung (Wilcoxon-Test,  $p = .013$ ,  $n = 24$ ), bei den ZW-Hausärzten nicht (Wilcoxon-Test,  $p > .05$ ,  $n = 50$ ). Die ANOVA ergibt einen signifikanten Haupt-Effekt sowohl für den Vorher-Nachher-Vergleich (mit hoher Effektstärke) als auch für den Gruppenunterschied. Für beide Gruppen ergab sich ein höherer Wert im Follow-Up-Fragebogen (4.04) als im Baseline-Fragebogen (3.23):  $F(1,72) = 6.82$ ,  $p = .011$ ,  $\eta^2 = .127$ ). Bei den SD-Hausärzten ergaben sich insgesamt höhere Werte (4.21) als bei den ZW-Ärzten (3.06):  $F(1,72) = 4.68$ ,  $p = .034$ ,  $\eta^2 = .049$ . Eine bedeutsame Interaktion beider Faktoren liegt nicht vor.

(3) Bei der Anzahl der Patienten, die im letzten Quartal von den SD-Hausärzten Antidementiva verordnet wurden, lässt sich wiederum eine fast signifikante Erhöhung (Wilcoxon-Test,  $p = .052$ ,  $n = 23$ ) nachweisen. Diesmal ergibt sich aber auch bei den ZW-Hausärzten eine Tendenz zur Erhöhung (Wilcoxon-Test,  $p = .055$ ,  $n = 49$ ). Die ANOVA ergibt einen hoch-

signifikanten Haupt-Effekt für den Vorher-Nachher-Vergleich (4.87 zu 5.18) mit relativ hoher Effektstärke:  $F(1, 70) = 8.17, p = .006, \eta^2 = 0.104$ . Für die Ärztgruppen bzw. für die Interaktion beider Faktoren ergibt sich kein signifikanter Effekt.

Fazit:

Tendenziell zeigt der Vorher-Nachher-Vergleich der Antworten bei den SD-Hausärzten durchweg eine Zunahme der Zahlen, was positiv ist: Es ergibt sich eine Zunahme der Anzahl der Patienten mit Demenz in ihrer Klientel, eine Zunahme der Anzahl der Patienten, bei denen im letzten Quartal Tests durchgeführt wurden, sowie eine Zunahme der Anzahl der Patienten, denen im letzten Quartal Antidementiva verordnet wurden – was aber auch durch die Monate der Studienteilnahme bedingt sein kann und nicht unbedingt Rückschlüsse drauf zulässt, wie sich die Hausärzte nach der Studie verhalten. Insgesamt lässt sich nach der Studie aber eine höhere Bereitschaft zu Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen ablesen als vor der Studie. Grundsätzlich ist bei solchen Selbstauskünften auch immer die Neigung zu sozial erwünschten Aussagen zu berücksichtigen. Selbst wenn das der Fall sein sollte, wären sie ein Hinweis darauf, dass die Ärzte die Notwendigkeit dieser Maßnahmen erkennen. Bei den ZW-Hausärzten ergibt sich nur bei der Verordnungshäufigkeit von Antidementiva eine tendenzielle Zunahme.

Zwischen den Gruppen zeigt der Vorher-Nachher-Vergleich nur einen Unterschied bei der Anzahl der Patienten, bei denen im letzten Quartal Tests durchgeführt wurden: Die SD-Hausärzte haben in beiden Fragebögen (BL und FU) angegeben, bei einer größeren Anzahl Patienten Tests durchzuführen.

### 5.6.2.3 Durch Schulung erzielte Veränderung (SD-Hausärzte)

Den Hausärzten, die eine Schulung erhalten hatten, also nur den SD-Hausärzten, wurden nach Ablauf des Modellprojekts auch schulungsspezifische Fragen gestellt (vgl. Tab. 5.30). Es liegen Antworten von 24 der 34 Ärzte vor.

Die Antworten belegen das Vorhandensein einer Patienten Klientel mit demenziellen Erkrankungen und die Brisanz des Themas Demenzdiagnostik und -therapie in Hausarztpraxen. Es wurde explizit nach der Alltagsrelevanz der Schulung gefragt und für fast alle Ärzte war die Schulung weitgehend oder sogar sehr relevant für die Alltagspraxis. Die Schulung führte nach eigenen Angaben der Ärzte zu positiven Verhaltensveränderungen ihrerseits: Rund 83 % gaben an, dass sich ihre Vorgehensweise bei Patienten mit Verdacht auf Demenz durch die Schulung verändert hat, z.B. würden 75 % verstärkt auf mögliche demenzielle Symptome bei ihren Patienten achten, 67 % aktiver auf Patienten mit kognitiven Defizite zugehen und 29 % häufiger eine bildgebende Untersuchung veranlassen.

Der Erkenntnisgewinn durch diese Antworten ist insofern eingeschränkt, da die Bezugsgröße nicht bekannt ist, d.h. die Ärzte geben zwar an, dass sie bestimmte Vorgehensweisen „häufiger“ anwenden, es ist aber nicht bekannt, wie häufig sie sie vorher angewendet haben. Doch die Antworten zeigen, dass die Hausärzte ihre Vorgehensweise verändert, und

zwar verbessert haben. Eine ärztliche Schulung zum Thema „Demenz“ ist demnach sehr sinnvoll und kann positive Effekte bewirken. Positive Veränderungen durch Demenzschulungen für Hausärzte konnten auch von Vollmar et al. (2007) und Kaduszkiewicz et al. (2009) nachgewiesen werden.

Tabelle 5.30

*Fragen an SD-Hausärzte aus dem Follow-Up-Fragebogen, die Schulung betreffend*

	SD-Hausärzte	
	<i>n</i>	%
1. Zu Beginn der Studie haben Sie an einer Schulung zur leitliniengerechten Diagnostik und Therapie der Demenz teilgenommen. War die Wissensvermittlung durch die Schulung bezüglich Demenzdiagnostik und -therapie für Ihre Alltagspraxis relevant?		
	1 nicht relevant	4.2
	1 weitgehend nicht relevant	4.2
	9 weitgehend relevant	37.5
	13 sehr relevant	54.2
2. Hat sich durch die Schulung Ihre Vorgehensweise bei Patienten mit Verdacht auf Demenz verändert?		
Ja	20	83.3
- Ich achte bei meinem Patienten verstärkt auf Anzeichen einer beginnenden Demenz.	18	75.0
- Ich spreche meine Patienten häufiger auf kognitive Defizite an.	16	66.7
- Ich nutze häufiger den MMST oder den DemTect als Screeningverfahren.	17	70.8
- Ich veranlasse häufiger eine strukturelle Bildgebung.	7	29.2
- Ich erhebe häufiger die relevanten Laborparameter.	10	41.7
- Ich überweise häufiger Patienten an einen Facharzt / ein Facharztzentrum.	3	12.5
- Ich verschreibe mehr Antidementiva.	7	29.2
- Ich empfehle häufiger eine Kontaktaufnahme mit einem Pflegestützpunkt.	16	66.7
- Ich besuche häufiger Fortbildungen / Veranstaltungen zum Thema "Demenz".	5	20.8
- Sonstiges, nämlich...	0	0

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. *n*: Anzahl. MMST: Mini-Mental Status Test.

#### 5.6.2.4 Angaben der medizinischen Fachangestellten

Auch die medizinischen Fachangestellten, die nach Angaben der Ärzte in die Studie involviert waren, wurden nach Ablauf des Modellprojekts gebeten, schriftlich einen kurzen Fragebogen zu bearbeiten. Von 49 (28 SD, 21 ZW) Mitarbeitern aus 36 Praxen (18 SD, 18 ZW)

liegen Antworten vor. Dass die Zahl der Fragebögen höher ist als die der Praxen, liegt daran, dass in einigen Praxen zwei Fachangestellte mit studienbezogenen Aufgaben betraut waren.

Alle befragten Fachangestellten (von SD- und ZW-Hausärzten) halten Diagnostik für Patienten und Beratung für Angehörige im Bereich Demenz für wichtig und 92.6 % ( $n = 25$ ) der medizinischen Fachangestellten der SD-Hausärzte und 100 % der der ZW-Hausärzte wollen Patienten mit Demenz in Zukunft persönlich eine Kontaktaufnahme mit einem Pflegestützpunkt empfehlen. Zu Beginn der Studie wurde eine Schulung für die medizinischen Fachangestellten der SD-Hausärzte angeboten, um sie in der Durchführung von Demenzscreenings zu schulen (vgl. Abschnitt 4.1.2.1.4). 23 Fachangestellte aus 16 SD-Praxen, die an der anfänglichen Schulung bezüglich der teilgenommen hatten, konnten nach Ablauf des Modellprojekts zu ihrer Meinung zu der Schulung befragt werden: Fast alle (95.6 %,  $n = 22$ ) haben nach eigenen Angaben Demenz-Tests durchgeführt, die meisten von ihnen gerne (78 %,  $n = 18$ ). Keine fand die Schulung langweilig oder schwer verständlich. Sie war für nur 13.0 % ( $n = 3$ ) überflüssig, für 56.5 % dagegen hilfreich ( $n = 13$ ) und für 43.5 % ( $n = 10$ ) interessant.

### 5.6.3 Kernaussagen des Abschnitts 5.6

Im Folgenden werden die Ergebnisse von 5.6 zusammenfassend dargestellt, wobei die Unterüberschriften den vorangegangenen Kapiteln entsprechen. Zudem wird als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Teilaspekt der Fragestellung beantwortet, der sich auf die Variable „Selbstauskunft der teilnehmenden Hausärzte“ – und damit auf die Akzeptanz des Versorgungsmodells – bezieht.

#### 5.6.3.1 Zusammenfassung „Angaben der Hausärzte“ und Interpretation

Die Antworten liegen beim Baseline-Fragebogen mit wenigen Ausnahmen von 98 Hausärzten, beim Follow-Up-Fragebogen von 75 Hausärzten vor (von insgesamt 100 Hausärzten).

##### Baseline-Fragebogen

70 % der SD-Hausärzte hatten vor der Studie schon einmal an einer Fortbildung teilgenommen. Sie erwarteten von der Schulung im Vorfeld einen Kompetenzzuwachs in den Bereichen Früherkennung, Differenzialdiagnostik und Empfehlungen für Angehörige.

Die meisten SD-Ärzte, nämlich über 40 %, kreuzten bei der Frage nach der aktuellen Anzahl von Demenzpatienten in ihrer Klientel die höchstmögliche Antwort an, nämlich „über 30“. Demgegenüber steht, dass nur 80 % angaben, dass die Diagnose in der Mehrzahl oder bei allen gesichert sei und dass nur 20 % an mehr als 6 Patienten im vorangegangenen Quartal Antidementiva verordnet hätten. Über 40 % der SD-Ärzte hätten zudem im vorangegangenen Quartal nur bei keinem, einem oder zwei Patienten Demenz-Tests durchgeführt,

obwohl solche Tests überwiegend (nämlich in 94 %) in den Praxen vorrätig seien. Weniger als einem Viertel der SD-Ärzte waren vor der Studie die Pflegestützpunkte bekannt, nur 18 % empfahlen sie ihren Patienten bereits.

Der Vergleich mit den ZW-Hausärzten zeigt, dass die SD-Hausärzte hochsignifikant häufiger angaben, dass die Diagnose bei ihren Patienten mit Demenz als gesichert gelten kann. Auch wurden bei ihren Patienten ihren eigenen Angaben zufolge häufiger Demenz-Tests durchgeführt. Der häufigste Grund für die ZW-Hausärzte, nicht selbst zu diagnostizieren, war der zeitliche Aufwand, direkt gefolgt von einer anderen Schwerpunktsetzung in der Praxis.

Die Ärzte sind durchaus in ihren Praxen (unabhängig von der Studie) für eine große Anzahl von Menschen mit Demenz zuständig und müssen einen Weg finden, ihrer Verantwortung zur adäquaten Versorgung nachzukommen. Die Antworten der Ärzte verdeutlichen, dass die bestehende Versorgung hinsichtlich Demenzdiagnostik noch nicht ausreichend ist, wobei die SD-Ärzte zumindest bei einigen Fragen besser abschnitten als die ZW-Hausärzte, was erneut auf eine höhere Motivation der SD-Ärzte zur Diagnosestellung hinweist. Die Antworten bezogen auf medikamentöse Therapien lassen auf eine deutliche Unterversorgung schließen. Auch hinsichtlich nicht-medikamentöser Versorgung, hier am Beispiel der Vermittlung an weiterführende Beratungsstellen, scheint ein großer Spielraum nach oben zu bestehen.

### **Follow-Up-Fragebogen**

Mit dem Follow-Up-Fragebogen wurden mögliche Barrieren bezüglich Demenzfrühversorgung im hausärztlichen Bereich (vgl. Abschnitt 2.3.3) auf unterschiedlichen Ebenen (z.B. strukturell, persönlich, motivational, fachlich) erkannt bzw. bestätigt:

(1) Der Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wird von den Ärzten auch in finanzieller Hinsicht hinterfragt: 96 % der SD-Ärzte halten die Vergütung für ihre diagnostischen Leistungen für nicht akzeptabel, 40 % könnten sich budgetäre Ursachen für die Nicht-Veranlassung bildgebender Untersuchungen vorstellen. Die Ärztegruppen unterscheiden sich nicht. Die wenigen Ärzte, die nie zugelassene Antidementiva verschreiben (alles ZW-Ärzte), begründen dies u.a. mit Bedenken wegen Budgetüberschreitung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Auf struktureller Ebene wären mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Frühversorgung von Demenzkranken daher, erstens die diagnostischen Leistungen der Ärzte besser zu vergüten und zweitens Antidementiva-Verordnungen nicht in die Jahresrichtgrößen für Medikamente mit einzubeziehen, sondern sie automatisch herauszunehmen.

(2) Die Notwendigkeit bestimmter Untersuchungen, insbesondere bildgebender Verfahren, wird von den Ärzten nur begrenzt anerkannt: 60 % der SD-Ärzte finden es angemessen, bei hohem Alter und 73 % im fortgeschrittenem Stadium von der leitliniengerechten Diagnostik abzuweichen. Zwei Drittel glauben, dass u.a. fehlende Einsicht in die Notwendigkeit der Untersuchung bei Hausärzten dazu führt, dass keine CT oder MRT veranlasst wird. Diese

Aussagen stammen von Hausärzten, die sich zur Teilnahme an einer Demenz-Studie bereit erklärt und an einer spezifischen Schulung, u.a. über Demenzdiagnostik, teilgenommen haben, und somit als interessiert und informiert gelten können – bei anderen Hausärzten wären die Zahlen vermutlich noch höher. Die SD- und ZW-Ärztegruppen unterscheiden sich hierbei nicht. Fortbildungen könnten dazu beitragen, die Notwendigkeit der verschiedenen diagnostischen Untersuchungen zu begründen, z.B. indem diese Aspekte besondere Berücksichtigung finden, die Hintergründe der Untersuchungen erklärt und konkrete Beispiele aus der Praxis dargestellt werden.

(3) Der Vergleich der Antworten auf dieselben Fragen zum ersten und zum zweiten Befragungszeitpunkt zeigt bei den SD-Hausärzten tendenziell einen Anstieg der Zahl der Patienten mit Demenz in der Klientel und der Anzahl der Patienten, bei denen im letzten Quartal Demenz-Tests durchgeführt wurden, so dass eine Steigerung der Motivation zur Früherkennung und Diagnostik bei demenziellen Erkrankungen belegt werden konnte – wobei diese aber evtl. nur auf den Studienzeitraum begrenzt sein könnte. Bei den ZW-Hausärzten war das nicht der Fall. 83 % der SD-Ärzte geben selbst an, dass sich ihre Vorgehensweise bei Patienten mit Verdacht auf Demenz durch die Schulung verändert hat, beispielsweise würden sie bei ihren Patienten verstärkt auf Anzeichen einer beginnenden Demenz achten und ihre Patienten auch häufiger auf solche Symptome ansprechen.

(4) Die SD-Hausärzte nehmen sich durchschnittlich 26 Minuten Zeit für das Diagnosegespräch – wobei die Angaben von gerade einmal 10 Minuten bis zu 60 Minuten reichten. Nur 58 % verwenden dabei überhaupt den Begriff „Demenz“ und 29 % besprechen die Diagnose nur mit dem Angehörigen, nicht mit dem Patienten selbst. Diese Zahlen sprechen dafür, das Thema Befundbesprechung in einer spezifischen Fortbildung anzubieten, was 60 % der SD-Ärzte selbst befürworten würden. Die Hausärztegruppen weisen auch hier keine Unterschiede auf. Allerdings geben mehr SD- als ZW-Hausärzte an, das Diagnosegespräch als unangenehm zu empfinden.

(5) Alle SD-Ärzte gaben an, AChEH und / oder Memantin zu verordnen, was den Leitlinien bezüglich medikamentöser Therapie bei Demenz entspricht. Die meisten ZW-Hausärzte gaben das ebenfalls an, einige wenige allerdings nicht. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der Studie eher die am Thema „Demenz“ interessierten Hausärzte teilgenommen haben, daher ist der Prozentsatz der Ärzte, die keine Antidementiva verschreiben, in der Gesamtärzteschaft vermutlich höher. Fast 60 % der SD-Ärzte empfahlen ihren Patienten Antidementiva, deren Wirksamkeit nicht ausreichend belegt ist, vor allem Ginkgo-Präparate (kein Unterschied zwischen den beiden Ärztegruppen). Es muss erreicht werden, dass alle Ärzte bei Patienten mit demenziellen Erkrankungen Behandlungsversuche mit zugelassenen Antidementiva unternehmen. Der Vorher-Nachher-Vergleich der Fragebögen zeigt, dass beide Ärztegruppen nach der Studie angaben, einer größeren Zahl Patienten Antidementiva zu verschreiben, so dass eine höhere Bereitschaft zur medikamentösen Therapie zu erkennen

ist. Über 80 % der SD-Hausärzte – und damit mehr als die ZW-Hausärzte – empfehlen ihren Patienten auch nicht-medikamentöse Therapien.

(6) Grundsätzlich wird eine Zusammenarbeit mit Pflegestützpunkten als ein Beispiel für weiterführende Hilfen von den SD-Ärzten positiv bewertet. 96 % wollen ihren Patienten eine Kontaktaufnahme empfehlen. Ihnen ist bewusst, dass die Versorgung von Demenzpatienten mehr beinhaltet als eine medikamentöse Therapie und dass die Angehörigen Unterstützung benötigen. Es besteht kein Unterschied zwischen den Ärztegruppen. Die Kooperation mit anderen Stellen sollte also auch weiter ausgebaut werden, um eine möglichst gute – auch nicht-medikamentöse – Versorgung für Betroffene und ihre Familien zu erreichen.

(7) Die medizinischen Fachangestellten waren bei 92 % der SD-Ärzte in das Studienprozedere involviert (auch durch die Durchführung der Demenzscreeningverfahren). Auch in Zukunft möchten 88 % der SD-Ärzte ihre Angestellten in die Demenzdiagnostik mit einbeziehen, so dass diese bei demenzspezifischen Schulungen nicht außen vor gelassen werden sollten. Die befragten medizinischen Fachangestellten selbst halten Diagnostik und Beratung für Demenzpatienten bzw. ihre Angehörigen für sinnvoll. Die Schulung bezüglich der Screeningverfahren wurde von immerhin ca. der Hälfte als „hilfreich“ und „interessant“ eingestuft.

(8) Alle Ärzte glaubten, zur Verbesserung der Lebensqualität ihrer demenziell erkrankten Patienten beitragen zu können. Sie sehen sich somit als aktiven Teil des Versorgungssystems. Das Antwortspektrum bei der offenen Frage nach der Vorgehensweise im Falle eigener Symptome spiegelt verschiedene Einstellungen gegenüber dem Thema Demenz wider: Nur ca. die Hälfte der SD-Hausärzte gab an, die Symptome abklären lassen zu wollen – ein weiterer Hinweis darauf, dass die Ärzte nicht uneingeschränkt hinter einer frühzeitigen leitliniengerechten Diagnostik stehen. Die wenigen Antworten bezüglich Antidementiva-Einnahme und Aussagen wie „abwarten“ oder „Selbstmord“ spiegeln die Zweifel an therapeutischen Möglichkeiten wider.

(9) Die Mehrzahl der SD-Hausärzte bescheinigte der Fortbildung, die zu Beginn der Studie durchgeführt wurden, eine hohe Praxisrelevanz und berichteten von schulungsbedingten Veränderungen bei ihrer Vorgehensweise bei Patienten mit Demenzverdacht: Vor allem achten sie mehr auf mögliche Symptome, sprechen die Patienten häufiger darauf an und wenden öfter Screeningverfahren an. Aber auch die Anzahl anderer Untersuchungen und der Verordnungen von Antidementiva würde zunehmen. Fast 70 % der SD-Hausärzte wollen die Diagnostik auch nach der Schulung weiterhin selbst übernehmen.

### 5.6.3.2 Beantwortung der Fragestellung Akzeptanz für die Variable „Selbstauskunft der Hausärzte“

In diesem Abschnitt erfolgt die Beantwortung der Fragestellung der Akzeptanz hinsichtlich der Variable „Selbstauskunft der Hausärzte“ (vgl. Tab. 3.1). Durch den Fragebogen vor der Studie zeigt sich, dass bei vielen Demenzpatienten der Hausärzte die Diagnose nicht als gesichert gelten konnte. Die Hausärzte hielten eine Diagnose offensichtlich für nicht so wichtig. Ebenfalls verschrieben sie relativ wenigen Patienten Antidementiva. Die Akzeptanz von frühzeitiger Demenzdiagnostik und Therapie war vor der Studie bei den Hausärzten demnach nicht sehr ausgeprägt. Dabei waren die SD-Hausärzte den ZW-Hausärzten in einigen Aspekten überlegen, was erneut darauf hinweist, dass die SD-Hausärzte eine höhere Motivation im Bereich Demenzversorgung aufwiesen. Die Angaben der Ärzte vor und nach der Studie im Hinblick auf Schulungen zeigen einen deutlichen Fortbildungsbedarf und -wunsch.

Die Fragebögen belegen, dass alle Hausärzte aufgrund ihrer üblichen Klientel in die Versorgung von Menschen mit Demenz involviert sind. Die Hausärzte geben an, sich selbst in der Lage zu sehen, die Situation von Menschen mit Demenz zu verbessern, sie nehmen also bewusst eine aktive Rolle in der Demenzversorgung ein. Die Ergebnisse der Fragebögen zeigen jedoch deutlich, dass viele Ärzte auch nach der Studie von der Notwendigkeit frühzeitiger leitliniengerechter Diagnostik und Therapie nicht gänzlich überzeugt sind. Zum Beispiel werden Abweichungen von der leitliniengerechten Vorgehensweise unter bestimmten wissenschaftlich nicht akzeptierbaren Voraussetzungen für angemessen gehalten – das erklärt die zu seltene Veranlassung der leitliniengerechten Untersuchungen während der Studie. Insbesondere der Einsatz bildgebender Verfahren wird von den Ärzten nicht immer für sinnvoll erachtet. Die SD-Hausärzte waren den ZW-Hausärzten trotz der Schulung hierbei nicht überlegen. Die Akzeptanz der Hausärzte bezogen auf eine leitlinienentsprechende Demenzdiagnostik ist somit nur eingeschränkt vorhanden. Die Angaben zur Befundbesprechung zeigen, dass viele Hausärzte zögern, die Diagnose „Demenz“ gegenüber den Patienten und Angehörigen direkt anzusprechen.

Auch hinsichtlich der leitliniengerechten Verschreibung von Medikamenten besteht deutlicher Verbesserungsbedarf: Obwohl fast alle Hausärzte angeben, Antidementiva zu verschreiben, erhalten zu wenig Patienten diese, wie unter anderem an der Anzahl realer Antidementiva-Verschreibungen deutlich wird. Diese Diskrepanz zwischen den Aussagen lässt darauf schließen, dass die Hausärzte zwar den Nutzen von Antidementiva akzeptieren, dieser aber nicht gegen die Gegenargumente (z.B. das befürchtete Risiko von Budgetüberschreitung oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen) bestehen kann. Die Frage, was die Ärzte tun würden, wenn sie bei sich selbst Anzeichen einer möglichen Demenzerkrankung feststellen würden, spiegelt die innere Überzeugung vom Nutzen oder Nicht-Nutzen bestimmter Maßnahmen deutlich wider: Nur die Hälfte der Ärzte nannten spontan diagnostische Untersuchungen, nur ca. ein Siebtel medikamentöse Therapie. Von einer wirklichen Akzeptanz der Leitlinien kann also nicht ausgegangen werden.

Der Vergleich der Angaben vor und nach der Studie zeigt ebenso wie die direkten Aussagen der SD-Ärzte zu Veränderungen durch die Schulung, dass eine Sensibilisierung und Fortbildung der Ärzte durchaus Verbesserungen in Einstellung und Verhalten, und somit der Akzeptanz, bewirken kann. Die meisten SD-Hausärzte gaben an, dass sich ihre Vorgehensweise bei Patienten mit Demenz verändert hat. Bei den ZW-Hausärzten konnte lediglich eine tendenzielle Veränderung bezüglich der Antidementiva-Verordnungen festgestellt werden. Die meisten SD-Hausärzte gaben an, auch nach der Studie die Diagnostik weiterhin selbst durchführen zu wollen – sie akzeptieren demnach ihre Schlüsselrolle bei der Demenzdiagnostik und fühlen sich auch in der Lage dazu.

An dieser Stelle muss erneut darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Studienärzten um besonders motivierte und zum Teil explizit geschulte Ärzte gehandelt hat. Die Akzeptanz zu Demenzdiagnostik und Therapie ist bei der Allgemeinheit der Ärzte vermutlich deutlich niedriger, was die Forderung nach demenzspezifischen Fortbildungen noch unterstreicht. Allerdings sollten auch andere Maßnahmen als Fortbildungen in Erwägung gezogen werden, da verschiedene Gründe für die mäßige Akzeptanz von leitlinienkonformer Umsetzung von Diagnostik- und Therapiemaßnahmen eine Rolle spielen, wie die Selbstauskunft der Ärzte deutlich macht: Beispielsweise werden budgetäre oder zeitliche Gründe angeführt. Daher wären finanzielle Anreize sinnvoll, um einerseits den diagnostischen Aufwand der Hausärzte zu honorieren und andererseits ihr diagnostisches und therapeutisches Handeln nicht in dem Maße in den Zusammenhang mit budgetären Überlegungen zu stellen.

## 5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

<b>Akzeptanz</b>	5.1 Teilnehmende Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.2 Vorgehensweise der Hausärzte: Teilnehmende Patienten und Angehörige
<b>Qualität</b>	5.3 Vorgehensweise der Hausärzte: Demenzdiagnostik und -therapie
<b>Akzeptanz</b>	5.4 Vorgehensweise der Hausärzte im Zeitverlauf
<b>Akzeptanz</b>	5.5 Aussagen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen
<b>Akzeptanz</b>	5.6 Aussagen der Hausärzte
<b>Akzeptanz</b>	5.7 Weitere Erkenntnisse aus der Studie

Abbildung 5.18

*Einordnung des Abschnitts 5.7 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien*

Einige Erfahrungen, die die Projektmitarbeiter im Rahmen der Studie machten, lassen sich nicht quantifizieren oder statistisch belegen. Aber man würde auf einige wichtige Informationen verzichten, ließe man sie außer Acht. Daher werden in diesem Abschnitt einige Aspek-

te angesprochen, die die Mitarbeiter entweder beobachteten oder ihnen von den anderen Projektbeteiligten mitgeteilt wurden (vgl. Abb. 5.18). Diese Erkenntnisse gehen über die Datenanalyse hinaus und leisten einen wichtigen Beitrag zum Verständnis einiger Probleme, so dass sie die Grundlage für Verbesserungsvorschläge sein können.

#### **a) Motivation der Hausärzte**

Die Motivation zur Teilnahme an der Studie und zur Demenzversorgung ihrer Patienten im Rahmen der Studie war unter den Hausärzten sehr unterschiedlich ausgeprägt. Das zeigt sich eindrucksvoll durch die Zahl der Patienten, die von den Hausärzten rekrutiert wurden: Einige Ärzte haben viele Patienten in die Studie eingeschlossen haben (max. dreizehn, vgl. Abschnitt 5.4), einige haben trotz der Zusage zur Studienteilnahme noch nicht einmal Patienten über die Studie informiert. Die unterschiedliche Motivation zeigt sich aber auch bei Anrufen, der Sorgfältigkeit beim Ausfüllen und Weitergeben der notwendigen Unterlagen und in Gesprächen.

#### **b) Kompetenz der Hausärzte hinsichtlich frühzeitiger Demenzdiagnostik**

Die Projektmitarbeiter besuchten alle Ärzte im Verlauf der Studie mindestens zweimal (vgl. Abschnitt 4.1.1). Bei den Besuchen zu Beginn der Studie bot sich ein sehr differenziertes Bild hinsichtlich des Wissens der Hausärzte um demenzielle Erkrankungen sowie Diagnostik und Therapie. Einige Ärzte waren gut informiert, einige kannten sich in diesem Bereich erschreckend wenig aus. Ein Argument gegen diagnostische Untersuchungen war beispielsweise, dass der Arzt schließlich ohne Untersuchungen erkennen würde, ob jemand eine Demenz habe oder nicht (z.B. an fleckiger Kleidung), so dass – ganz abgesehen von der Notwendigkeit einer Differenzialdiagnostik – dann nicht mehr von einer frühen Diagnose die Rede sein kann (diese Aussage stammte übrigens von einem in der Studie sehr engagiertem Arzt). Einige Hausärzte erachteten eine Demenzdiagnostik generell nicht als notwendig, es kam sinngemäß z.B. zu folgenden Aussagen: „Man kann ja eh nichts machen, es ist besser, wenn der Patient die Diagnose nicht weiß. Warum ihm das Leben schwermachen durch die Mitteilung der Diagnose?“

Im Studienverlauf wurde auch deutlich, dass einige Hausärzte davon ausgehen, kaum Patienten mit Demenz in ihrer Klientel zu haben, was bei den Prävalenzzahlen allerdings sehr unwahrscheinlich ist und vermutlich eher darauf zurückzuführen ist, dass die Hausärzte demenzielle Entwicklungen nicht erkannten.

Daraus folgt, dass die Sensibilisierung für die Thematik bei der Implementierung eine größere Rolle einnehmen muss und demenzspezifische Wissensvermittlung notwendig ist. Weiterhin wurde deutlich, dass die Ärzte über einen größeren Zeitraum begleitet werden sollten, damit eine dauerhafte Verhaltensänderung erreicht werden kann.

#### **c) Zeitliche Ressourcen in Hausarztpraxen**

Immer wieder wurde die Begrenztheit der zeitlichen Ressourcen der Hausärzte im Praxisalltag ersichtlich. Um projektbezogene Aufgaben und diagnostische Untersuchungen durchzuführen, hatten die Ärzte nur wenig Zeit zur Verfügung.

Zudem nahmen viele Ärzte zusätzlich gleichzeitig noch an anderen Studien teil, so dass es zu Schwierigkeiten führte, den Überblick über unterschiedliche Einschlusskriterien der Studien etc. zu behalten. Der Zeit- und Organisationsaufwand für Ärzte innerhalb der Durchführung von Studien muss daher sehr gering gehalten werden. Die Projektmitarbeiter sollten darauf achten, für die Ärzte möglichst viel vorbereitet zu haben und die Arbeitsabläufe zu optimieren. Um Demenzdiagnostik im hausärztlichen Setting auch außerhalb von Studien zu ermöglichen, sollten die zusätzlichen Aufgaben wie Dokumentation, Abrechnung, Überweisung etc. zeitsparend möglich gemacht werden. Das diagnostische Vorgehen muss so aufbereitet werden, dass es sich ohne großen zeitlichen Aufwand in den Praxisalltag integrieren lässt. Denkbar wäre hierbei eine externe Unterstützung für die Arztpraxen, um die ohnehin verbesserungsbedürftige Motivation zu erhöhen. Gegebenenfalls kann eine entsprechende Vergütung o.ä. in Aussicht gestellt werden, um den erhöhten Aufwand auszugleichen. Nach der Rekrutierungszeit konstatierten z.B. 86.5 % der Ärzte, dass sie die studienunabhängige Vergütung der hausärztlichen Leistungen bei Demenzdiagnostik nicht für angemessen hielten. Davon wiederum gaben 84.0 % an, dass die Fallpauschalen im Rahmen der Studie angemessen waren (vgl. Abschnitt 5.6.2.1).

#### **d) Gespräche zwischen Arzt und Patienten**

Im Rahmen des zweiten Teils der Studie, der nicht Teil dieser Arbeit ist, erhielten die Demenzpatienten und ihre Angehörigen eine psychosoziale Beratung durch Mitarbeiter der Pflegestützpunkte. Diese gaben die Rückmeldung, dass die Studienteilnehmer oft gar nicht wussten, dass der Arzt die Diagnose „Demenz“ gestellt hat. Das deckt sich mit den Erfahrungen der Projektmitarbeiter selbst, die die Patienten und Angehörigen nach der Diagnose befragten. Das kann unterschiedliche Ursachen haben: Der Arzt könnte die Diagnose nicht mitgeteilt haben, er könnte sie nicht deutlich genug mitgeteilt haben, er könnte sie nicht adressatenspezifisch mitgeteilt haben (so dass die Patienten und Angehörigen sie nicht verstanden haben) oder die Patienten könnten die Diagnose wieder vergessen haben oder die Patienten und die Angehörigen könnten sie verdrängt haben. Aufgrund der Projekterfahrungen lässt sich sagen, dass die Ursache teils beim Arzt und teils bei den Patienten und Angehörigen zu finden war. Zumindest bei einem Teil der Patienten war also der Arzt dafür verantwortlich, dass sie trotz erfolgter Diagnostik keine Klarheit über die Diagnose hatten.

Nicht wenige Ärzte berichteten von Unsicherheiten und unangenehmen Situationen bei Gesprächen mit Patienten und ihren Angehörigen über kognitive Defizite, anstehende diagnostische Untersuchungen oder Diagnosemitteilung. Einige verwendeten aus diesem Grund nicht den Begriff „Demenz“ oder führten sogar keine Demenzdiagnostik durch. Beratungsbedarf für Ärzte ergab sich z.B. auch bei der oftmals beschriebenen Situation der Bagatellisierung der Defizite von Seiten der Patienten, oder bei der Situation, als der Angehörige eine Abklärung der beobachteten Defizite wünschte, der Patient dagegen nicht, und der Arzt sich unsicher bezüglich des weiteren Vorgehens war.

Aufgrund dieses deutlich gewordenen Fortbildungsbedarfs bezüglich Gesprächsführung bei demenziellen Erkrankungen wurde diese Thematik auch bereits während des Projekts in der Nachschulung behandelt, zu der aber nur wenige Ärzte erschienen. Zudem wurden den

Ärzten im Fragebogen nach der Studie Fragen zur Situation der Befundmitteilung und möglichen Fortbildungsbedarf gestellt (vgl. Abschnitt 5.6.2.1).

#### **e) Die Rolle der medizinischen Fachangestellten**

Die medizinischen Fachangestellten übernahmen im Rahmen der Studie vielfältige Aufgaben (vgl. auch Abschnitt 5.6.2.4): Patienten rekrutieren, Screeningverfahren durchführen, Studien-Unterlagen ausfüllen, Ansprechpartner für die Projektmitarbeiter sein, abrechnen etc. Sie waren unterschiedlich stark in das Studienprocedere involviert: In manchen Hausarztpraxen übernahmen sie keine Aufgaben, in anderen übernahmen sie die gesamte Studienbetreuung. Diese unterschiedlichen Einsätze sind natürlich vor allem auf die Anweisungen der verschiedenen Hausärzte zurückzuführen. Es gab aber auch Praxen, in denen hohe Rekrutierungszahlen eindeutig auf sehr engagierte Praxismitarbeiter und weniger auf die Ärzte zurückzuführen waren. Die medizinischen Fachangestellten spielten innerhalb der Studie demnach eine wichtige Rolle.

Hier zeigt sich ein hohes Potenzial, das bislang noch zu wenig Berücksichtigung findet: Die Fachangestellten erleben die Patienten in alltäglichen Situationen wie bei der Anmeldung in der Praxis und der Terminvereinbarung am Telefon und haben oft mehr Zeit für ein Gespräch als der Arzt, erfahren ggf. auch Informationen von den Angehörigen, so dass sie Verhaltensveränderungen, Gedächtnisprobleme oder Sprachschwierigkeiten sehr früh bemerken können. Somit sind sie in der besonderen Position, den Arzt auf mögliche Frühsymptome aufmerksam zu machen. Die Fachangestellten könnten demnach zum einen bei der Identifizierung von Menschen mit beginnender Demenz helfen, zum anderen aber auch bei der weiterführenden Beratung, indem sie z.B. Kontaktdaten von Pflegestützpunkten, Betreuungsgruppen etc. weitergeben. Das käme einerseits den Patienten zugute und würde andererseits den Arzt entlasten.

Allerdings wurde auch bei den Fachangestellten deutlich, dass eine dauerhafte Begleitung ihrer Arbeit notwendig ist. Die Nachfragen bei den Projektmitarbeitern zeigten den Bedarf an Beratung, die offensichtlich auch nicht durch den Arzt gedeckt werden konnte, z.B. zur Durchführung der Screeningverfahren.

#### **f) Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegestützpunkten**

Innerhalb der Studie funktionierte die Schnittstelle Hausarzt – Pflegestützpunkt gut, weil die Projektmitarbeiter als Brücke fungierten: Sie bekamen von den Ärzten die Kontaktdaten der neuen Patienten und vereinbarten mit diesen direkt einen Termin für eine Beratung im Pflegestützpunkt. Die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte berichteten, dass die Zusammenarbeit mit den meisten Hausärzten vor der Studie kaum existierte, obwohl sie – teils mehrmals – die Praxen aufgesucht und sich und ihre Arbeit dort vorgestellt und Flyer hinterlegt hätten.

#### **g) Sonstiges**

Die Erfahrungen innerhalb der Studie waren die Basis für die Überarbeitung des Schulungsprogramms BKD (vgl. Abschnitt 4.1.2).

## 6. Diskussion

In der nun folgenden Diskussion wird zunächst die Fragestellung der Arbeit zusammenfassend beantwortet (Abschnitt 6.1). Der darauf folgende Abschnitt (6.2) enthält eine kritische Reflexion des methodischen Vorgehens und Hinweise für die weitere Forschung. Ausgehend von den Ergebnissen des Projekts werden dann Verbesserungsvorschläge für die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz erstellt (Abschnitt 6.3). Die Arbeit wird mit einem persönlichen Fazit (Abschnitt 6.4) abgeschlossen.

### 6.1 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung

Die Akzeptanz der Ärzte für eine ärztebasierte leitlinienorientierte Demenzdiagnostik und -therapie ist die Voraussetzung für deren erfolgreiche Implementierung. Die Qualität der von den Ärzten durchgeführten Diagnostik und Therapie ist davon abzugrenzen. Die Qualität der ärztlichen Maßnahmen lässt sich konkret anhand der durchgeführten Untersuchungen überprüfen. Die Akzeptanz setzt sich aus vielen verschiedenen Kriterien zusammen, die nur bei gemeinsamer Analyse Aussagen über die Akzeptanz des Versorgungsmodells zulassen.

Die beiden Zielkriterien wurden wie folgt definiert (vgl. auch Kapitel 3):

(1) *Akzeptanz des Versorgungsmodells seitens der Hausärzte:*

Inwieweit erkennen die Ärzte im Rahmen des Modellprojekts die Notwendigkeit einer frühzeitigen Demenzdiagnostik und Therapie an und sind bereit, dabei eine aktive Rolle zu übernehmen – sei es als Arzt, der die Diagnostik eigenständig durchführt, oder als Arzt, der die Patienten an einen Facharzt überweist?

(2) *Qualität der durch die Hausärzte durchgeführten Demenzdiagnostik und -therapie:*

Inwieweit können motivierte und geschulte Hausärzte unter Berücksichtigung der Leitlinien die Diagnostik und Therapie leisten (ohne dass eine zusätzliche Facharztkonsultation nötig ist)?

Am Ende jedes Abschnitts des Ergebnisteils (Kapitel 5) erfolgte bereits die ausführliche Beantwortung der Fragestellungen entsprechend der Zuordnung der Ergebnisse zu den jeweiligen Variablen. An dieser Stelle wird daher nur noch eine zusammenfassende Beantwortung vorgenommen – zunächst getrennt für die beiden Zielkriterien.

### 6.1.1 Akzeptanz des Versorgungsmodells

Die Akzeptanz der Hausärzte bezieht sich auf das zugrunde liegende Versorgungsmodell, in welchem Hausärzte bei der Demenzversorgung eine Schlüsselrolle einnehmen, bei ihren Patienten auf frühe Symptome einer demenziellen Erkrankung achten und ggf. eine frühzeitige Diagnostik und Therapie in die Wege leiten (vgl. Abschnitt 2.4.1). Tabelle 6.1 gibt einen Überblick über das Ausmaß der Akzeptanz in den verschiedenen Bereichen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass eine gewisse Akzeptanz des Versorgungsmodells seitens der Hausärzte vorhanden ist, diese aber noch nicht genug ausgeprägt ist.

Tabelle 6.1

*Überblick über die Höhe der Akzeptanz der Hausärzte in verschiedenen Bereichen*

		Akzeptanz			Bemerkung
		gering	mittel	hoch	
Alle angefragten Hausärzte	Zusage zur Studienteilnahme	+			
Teilnehmende Hausärzte	Zusage zur Studienteilnahme		+	+	
	Dauerhafte Studienteilnahme			+	
	Mitarbeit während der Studie		+		große Unterschiede zwischen den Ärzten
	Rekrutierung von Patienten		+		große Unterschiede zwischen den Ärzten
	Rekrutierung von Patienten im Zeitverlauf	+	+		
	Untersuchungen im Zeitverlauf		+		
	Initiative zur Diagnostik durch Hausarzt		+	+	
	Leitliniengerechte Untersuchungen		+		
	Leitliniengerechte Therapie		+		

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte.

#### Zusage zur Studienteilnahme

##### (1) Gesamtheit der angefragten Hausärzte

Es stellte sich als schwierig heraus, genügend Hausärzte für die Studie zu motivieren. Einige Hausärzte begründeten ihre Ablehnung der Studienteilnahme direkt mit zu geringem Interesse für die Thematik. Die meisten nannten mangelnde zeitliche Ressourcen als Grund (vgl. Abschnitt 5.1), wobei davon ausgegangen werden kann, dass trotz Zeitmangels bei entspre-

chend hohem Interesse die Möglichkeit einer Studienteilnahme bestanden hätte. Bezogen auf die Gesamtheit aller angefragten Hausärzte muss die Akzeptanz des Versorgungsmodells daher als gering bezeichnet werden.

## (2) Teilnehmende Hausärzte

Letztlich konnten aber doch genügend Hausärzte für die Studienteilnahme gewonnen werden (vgl. Abschnitt 5.1). Das zeigt, dass das Thema „Demenz“ von diesen teilnehmenden Hausärzten als relevant für ihre Arbeit eingestuft wurde und sie bereit waren, eine aktive Rolle beim Erkennen von demenziellen Erkrankungen und der Initiierung der Diagnostik zu übernehmen. Beide möglichen Wege hausärztlichen Vorgehens – das Selbst-Diagnostizieren (SD) und das Zuweisen an einen Facharzt zur Diagnosestellung (ZW) – fanden Anklang. Hausärzte, die zuweisen wollten, waren einfacher zu finden. Es ist davon auszugehen, dass diejenigen Ärzte, die sich für das Selbst-Diagnostizieren entschieden, sich aktiver an der Versorgung von Patienten mit Demenz beteiligen wollten. Die vor der Studie gemachten Angaben der Ärzte sprechen dafür, dass die SD-Hausärzte schon vor der Studie eine höhere Motivation zur Diagnosestellung aufwiesen als die ZW-Hausärzte (vgl. Abschnitt 5.6.1). Während der Studie gab es hinsichtlich der Akzeptanz aber nur geringe Unterschiede zwischen den Ärzteguppen (vgl. Abschnitte 5.2., 5.4 - 5.6, z.B. Selbstauskünfte der Hausärzte).

## **Aktives Verhalten während der Studie**

Fast alle Hausärzte nahmen bis zum Ende an der Studie teil (vgl. Abschnitt 5.1). Während der Studie waren allerdings oft Einschränkungen in der Motivation der teilnehmenden Hausärzte bezüglich der aktiven Studienteilnahme zu beobachten (mit großen interindividuellen Unterschieden). Für diese Annahme spricht, dass die Hausärzte weniger Patienten für die Studie rekrutiert haben als aufgrund der Prävalenzzahlen zu erwarten gewesen wäre (vgl. Abschnitt 5.2). Studien- und patientenbezogene Gründe spielen hierbei auch eine Rolle, sind aber keine hinreichende Erklärung für die geringe Patientenzahl.

Bei den SD-Hausärzten war eine Abnahme der Patientenzahlen im Zeitverlauf festzustellen, bei den ZW-Hausärzten blieb das Niveau relativ konstant. Möglicherweise ist die Abnahme bei den SD-Hausärzten auf eine im Zeitverlauf abnehmende Motivation zurückzuführen (vgl. Abschnitt 5.4.1).

Andererseits ist festzustellen, dass die SD-Hausärzte bei denjenigen Patienten, die sie in die Studie einschlossen, häufig (und häufiger als die ZW-Hausärzte) aktiv vorgegangen sind, indem sie die Patienten von sich aus auf mögliche Symptome angesprochen und eine Diagnostik eingeleitet haben, was für ihre Akzeptanz einer frühzeitigen Diagnostik spricht (vgl. Abschnitt 5.5). Die Charakteristika wie Alter und Geschlecht der Patienten, die von beiden Hausärzteguppen in die Studie aufgenommen wurden, entsprechen den bekannten Charakteristika von Demenzpatienten, und sind als erster Hinweis auf eine angemessene Auswahl der Patienten durch die Hausärzte zu werten (vgl. Abschnitt 5.2.4). Im Zeitverlauf ergaben sich hinsichtlich der diagnostischen Vorgehensweise, z.B. hinsichtlich der Leitlinienorientierung, bei beiden Ärzteguppen keine Veränderungen (vgl. Abschnitt 5.4).

### **Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie**

Diejenigen Hausärzte, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen, brachten damit zum Ausdruck, dass sie das Versorgungsmodell prinzipiell akzeptierten. Trotzdem waren sie nicht gänzlich von der Notwendigkeit einer leitliniengerechten Diagnostik überzeugt (vgl. v.a. Abschnitt 5.6): Abweichungen von der leitliniengerechten Vorgehensweise wurden laut Selbstauskünften von den Hausärzten unter bestimmten Voraussetzungen (wie hohem Alter der Patienten) für angemessen gehalten, was auch die tatsächliche Häufigkeit der durchgeführten Untersuchungen im Rahmen des Projekts bestätigt. Die Leitlinien (die z.B. keine Alterseinschränkungen beinhalten) spiegeln gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse wider, so dass es kritisch zu bewerten ist, wenn Hausärzte ihren Entscheidungen andere Maßstäbe zugrunde legen. Auch bezüglich der leitliniengerechten medikamentösen Therapie zeigten sich Einschränkungen in der Akzeptanz. Auf dem Hintergrund einer prinzipiellen Akzeptanz des Versorgungsmodells spricht das faktische Vorgehen der Hausärzte dafür, dass weitere Aspekte wie finanzielle und zeitliche ihr Handeln beeinflussen.

Folgt man den Selbstauskünften der SD-Hausärzte, war die Schulung für die meisten relevant und der Grund für eine Verbesserung ihrer ärztlichen Vorgehensweise bei Patienten mit Verdacht auf Demenz.

### **Fazit**

Hinsichtlich der Akzeptanz gab es zwischen den Hausärztegruppen (SD und ZW) kaum Unterschiede. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diejenigen Ärzte, die sich für die Studienteilnahme entschieden haben, das Versorgungsmodell mit den Aspekten frühzeitige Demenzversorgung und Schlüsselrolle der Hausärzte grundsätzlich akzeptierten. Sie erkannten die Relevanz der Thematik und ihre eigene Verantwortung für die adäquate Versorgung ihrer Patienten an.

Bei der praktischen Umsetzung des Versorgungsmodells ergaben sich jedoch Schwierigkeiten, was vor allem durch die zu geringe Anzahl der von den Hausärzten in die Studie eingeschlossenen Patienten, aber auch schon während der anfänglichen Rekrutierung der Hausärzte und ihrer zum Teil nur mäßigen Mitarbeit während der Studie deutlich wurde. Selbst unter Berücksichtigung anderer hemmender Faktoren (z.B. fehlende zeitliche Ressourcen) bleibt auf dem Hintergrund der zahlreichen Hinweise der Gesamteindruck einer eingeschränkten Akzeptanz des Versorgungsmodells durch die Hausärzte.

Obwohl die Hausärzte motiviert waren, an dem Projekt teilzunehmen, und obwohl für sie innerhalb des Projekts günstige Bedingungen (Selbst-Zuordnung zur SD- oder ZW-Bedingung, angemessene Vergütung der Leistungen, Betreuung durch Projektmitarbeiter) geschaffen wurden, haben die Hausärzte zu wenig Patienten in die Studie aufgenommen und so zu wenigen Patienten die Möglichkeit einer Diagnostik angeboten.

Neben diesen Einschränkungen in der praktischen Umsetzung der frühzeitigen Identifizierung von demenziell Erkrankten zeigen sich im Rahmen des Projekts auch einige Barrieren in der Akzeptanz der Leitlinien im Hinblick auf Diagnostik und Therapie. Auf diesen Aspekt wird im nächsten Abschnitt, der die Qualität der durchgeführten Diagnostik bewertet, noch genauer eingegangen werden.

### 6.1.2 Qualität der Diagnostik und Therapie

Die Qualität der Diagnostik und Therapie fällt in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich aus (vgl. Tab. 6.2).

Tabelle 6.2

*Überblick über das Ausmaß der Qualität der von den Hausärzten durchgeführten Diagnostik und Therapie in verschiedenen Bereichen*

	Qualität		
	gering	mittel	hoch
Identifizierung von Demenzpatienten			+
Früherkennung		+	+
Orientierung an objektiven Testergebnissen		+	
		(SD)	
Erhebung Laborparameter		+	+
		(ZW)	(SD)
Veranlassung Bildgebung	+	+	
	(ZW)	(SD)	
Vertrauen in die eigene Kompetenz			+
			(SD)
Richtigkeit der Diagnosen			+
			(SD)
Differenzialdiagnostik		+	
		(SD)	
Veränderung im Zeitverlauf		+	
Medikamentöse Behandlung	+	+	

*Anmerkungen.* SD-Hausärzte: selbst diagnostizierende Hausärzte. ZW-Hausärzte: an Facharztzentren zuweisende Hausärzte.

#### Erkennen demenzieller Erkrankungen

Beide Hausärztegruppen erkannten im Rahmen der Studie in ihrer Klientel relativ viele Patienten mit demenziellen Erkrankungen. Der Anfangsverdacht der Hausärzte bestätigte sich in über der Hälfte der Fälle, was für die Qualität der ärztlichen Vorgehensweise beim Erkennen demenzieller Symptome spricht (vgl. Abschnitt 5.3.1.3). Allerdings zeigen die Akzeptanz-Ergebnisse, dass vermutlich deutlich weniger Patienten mit beginnenden Demenzerkrankungen in die Studie eingeschlossen wurden als in der Klientel der Hausärzte vorkamen.

Die Hausärzte waren in der Lage, in einem relativ frühen Stadium demenzielle Erkrankungen zu erkennen, wie die Ergebnisse der Screeningtests gezeigt haben (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.2). Hausärzte können daher bei der Frühversorgung von Demenzpatienten eine Schlüsselrolle einnehmen, indem sie die entsprechenden Patienten identifizieren und eine Diagnostik einleiten – sei es als Arzt, der selbst die Diagnostik übernimmt oder als Arzt, der

zur Diagnostik an Fachärzte überweist. Dennoch wäre die Identifizierung einiger Patienten auch bereits in früheren Erkrankungsstadien möglich gewesen, was neben objektiven Testwerten auch die Selbstauskünfte der Patienten und Angehörigen bestätigen.

Kritisch anzumerken ist ferner, dass die SD-Hausärzte bei einigen Patienten demenzielle Erkrankungen diagnostizierten, obwohl diese in den Screeningverfahren sehr hohe („gute“) Werte erzielt hatten. Eine Erklärung für dieses Vorgehen der SD-Hausärzte wäre, dass sie sich zwar im Allgemeinen an den Testwerten orientieren (vgl. Abschnitt 5.3.3.3) – was für die Qualität der hausärztlichen Diagnosestellung spricht. Im Vergleich zu den Fachärzten beziehen sie aber verstärkt auch andere Kriterien in ihre Diagnoseentscheidung mit ein (z.B. den subjektiven Gesamteindruck vom Patienten oder die Fremdanamnese). Trotzdem wäre in solchen Fällen eine Absicherung der Diagnose durch erfahrene Fachärzte angemessen gewesen, um das Risiko falsch-positiver Diagnosen zu minimieren.

### **Leitlinienorientierung (Diagnostik)**

Hinsichtlich der Bedeutung leitliniengerechter Untersuchungen wurden schon Einschränkungen im Bereich der Akzeptanz beschrieben. Diese wurden durch die tatsächliche ärztliche Vorgehensweise bestätigt: Die Hausärzte erhoben nur bei 80 % der Patienten die relevanten Laborparameter und veranlassten nur bei 44 % eine bildgebende Untersuchung (vgl. Abschnitt 5.3.1.1). Bei weniger als der Hälfte der Patienten wurden also beide Untersuchungen, die gemäß der Leitlinien erforderlich sind, durchgeführt. Von größerer Bedeutung sind die Häufigkeiten dieser Untersuchungen bei denjenigen Patienten, bei denen später eine Demenz diagnostiziert wurde: Die SD-Hausärzte veranlassten in 88 % die Erhebung der Laborparameter und in 59 % eine Bildgebung, also etwas häufiger als bei den Verdachtsfällen allgemein (vgl. Abschnitt 5.3.3.1.1). Es bleibt somit ein deutlicher Spielraum für Verbesserungen innerhalb der diagnostischen Vorgehensweise bei den SD-Hausärzten.

Die SD-Hausärzte haben sich stärker an den Leitlinien orientiert als die ZW-Hausärzte, die Fachärzte und Ärzte aus anderen Studien. Mögliche Gründe hierfür sind: (1) Es handelte sich um besonders motivierte Hausärzte (was wahrscheinlich ist, da sich die Ärzte zur aufwändigen Studienteilnahme bereit erklärt haben) und / oder (2) die Schulung förderte ein strikteres diagnostisches Vorgehen (wofür es Hinweise in den Selbstauskünften der Hausärzte gibt).

### **Diagnose**

Die SD-Hausärzte übernahmen eigenständig die komplette Diagnosestellung (vgl. Abschnitte 5.3.1 - 5.3.3). Die Qualität ihrer Diagnostik im Sinne einer richtigen Entscheidung für oder gegen die Diagnose Demenz ist als gut zu bewerten: Die Demenzdiagnosen der SD-Hausärzte waren plausibel (vgl. kognitive Leistungsfähigkeit und nicht-kognitive Symptome der Patienten im Zeitverlauf, Interkorrelationen zwischen verschiedenen Testergebnissen der Patienten, Verteilung positiver und negativer Diagnosen, Charakteristika der Patienten). Nur in wenigen Ausnahmefällen überwiesen die SD-Hausärzte ihre Patienten zur Abklärung an einen Facharzt. Vermutlich schätzten sie im Normalfall ihre eigene diagnostische Kompetenz als gut ein.

Unsicherheit zeigten die SD-Hausärzte hinsichtlich der Differenzialdiagnostik: (1) Die häufigste Demenzdiagnose war „Demenz – nicht näher bezeichnet“. Die anderen diagnostizierten Demenzformen waren in ihrer Häufigkeitsverteilung plausibel. (2) Auffällig war, dass die Hausärzte, wenn sie sich gegen eine Demenzdiagnose entschieden, oft eine „altersgemäße kognitive Leistung“ und nur selten andere Ursachen für die Verdachtsmomente (wie „leichte kognitive Störung“ oder „Depression“) feststellten. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede zu den Befunden der Fachärzte.

Der Zeitpunkt der Studie hatte keinen Einfluss auf die Häufigkeit der durchgeführten Untersuchungen, auf die Häufigkeit positiver bzw. negativer Demenzdiagnosen und auf die Häufigkeit von F03-Diagnosen. Die Schwere der Erkrankung korrelierte auch nicht mit dem Zeitpunkt der Studie. Die Erfahrungen, die die SD-Hausärzte im Studienverlauf machten, bewirkten also weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung der Qualität ihrer Diagnostik. Auch bei den ZW-Hausärzten ergaben sich keine Veränderungen im Zeitverlauf (vgl. Abschnitt 5.4.2).

### **Leitlinienorientierung (Therapie)**

Es lässt sich feststellen, dass die Qualität der Therapie schlechter war als die der Diagnostik: Bei der medikamentösen Behandlung fielen die größten Abweichungen von der leitliniengerechten Vorgehensweise auf (vgl. Abschnitt 5.3.3.2). Weniger als die Hälfte der Patienten mit Alzheimer- oder gemischter Demenz erhielten von den SD-Hausärzten eine leitliniengerechte Behandlung mit Antidementiva. Zudem verschrieben sie häufig nicht den der Schwere der Erkrankung angemessenen Wirkstoff. Im Vergleich mit der Literatur zeigt sich jedoch wiederum, dass die SD-Hausärzte sich deutlich stärker an den Leitlinien als allgemein üblich orientierten.

Die Häufigkeit der Verschreibung von Antidementiva durch die SD-Hausärzte entspricht in etwa der der Fachärzte. Auch die Fachärzte empfahlen eine Medikation mit Antidementiva zu selten. Die ZW-Hausärzte setzten die Empfehlungen der Fachärzte hinsichtlich Antidementiva-Verordnungen nur teilweise um. Das heißt, dass auch die Konsultation eines Facharztes nicht gewährleistet, dass der Patient eine den leitlinienentsprechende Behandlung erhält. Die Selbstauskünfte der Hausärzte besagen, dass fast alle Antidementiva verschreiben. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zur tatsächlichen Verschreibungspraxis.

### **Fazit**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Hausärzte im Projekt in der Lage waren, Patienten mit demenziellen Erkrankungen – auch in relativ frühen Krankheitsstadien – in ihren Praxen zu identifizieren (eine noch frühere Erkennung wäre oft möglich gewesen). Bezüglich der diagnostischen Untersuchungen und der medikamentösen Behandlung erreichen die SD-Hausärzte nicht das Level der Leitlinien: Viele Patienten werden nicht leitliniengerecht versorgt. Die Leitlinienorientierung der SD-Hausärzte war aber deutlich höher als allgemein üblich und sogar höher als die der Fachärzte. Die Fachärzte waren den Hausärzten im Hinblick auf die Qualität der Differenzialdiagnostik überlegen.

### 6.1.3 Abschließende Zusammenfassung

In vielen Punkten bestätigen und ergänzen die Ergebnisse des Projekts frühere Forschungsbefunde, die die Arbeit der Hausärzte in Bezug auf demenzielle Erkrankungen kritisieren (vgl. Abschnitt 2.3.3). Sie zeigen jedoch auch die positiven Möglichkeiten hausärztlicher Versorgung von Menschen mit Demenz. Insgesamt wurde deutlich, dass es in Hausarztpraxen üblicherweise eine Patientenklientel mit demenziellen Erkrankungen gibt und dass das Thema Demenzdiagnostik für Hausärzte von großer Alltagsrelevanz ist. Das Modellprojekt führte zu differenzierten Aussagen über die Chancen einer hausarztbasierten Demenzdiagnostik: Diejenigen Hausärzte, die teilnahmen, wollten in ihrer Funktion als Hausarzt eine aktive Rolle übernehmen und waren auch in der Lage dazu, demenzielle Symptome bei ihren Patienten zu erkennen und diagnostische Untersuchungen durchzuführen oder zur Diagnostik zu Fachärzten zu überweisen. Beide Wege, das Selbst-Diagnostizieren und das Zuweisen, wurden von Hausärzten und Patienten angenommen. Allerdings haben beide Hausärztegruppen weniger Patienten mit Verdacht auf Demenz identifiziert bzw. in die Studie aufgenommen als aufgrund der Prävalenzzahlen zu erwarten gewesen wäre.

Die SD-Hausärzte führten nach einer Schulung selbstständig Demenzdiagnostik mit Erfolg durch, ohne auf die Unterstützung von Fachärzten zurückgreifen zu müssen. Ihre Diagnosen waren angemessen. Die Ergebnisse des Modellprojekts weisen nicht darauf hin, dass die Demenzdiagnostik besser durch Fachärzte durchgeführt werden sollte – mit der Einschränkung, dass die Fachärzte den Hausärzten bei der Feststellung der Demenzform (z.B. Alzheimer- oder vaskuläre Demenz) überlegen waren.

Es wurde jedoch auch deutlich, dass zu wenigen Patienten eine ärztliche Abklärung ihrer Symptome angeboten wurde und dass sogar motivierte, geschulte Hausärzte die Kriterien der Leitlinien nur in 46 % (Antidementiva) bis 88 % (Laborparameter) umsetzten. Leitlinien sind nicht bindend und im individuellen Fall kann es durchaus sinnvoll sein, von ihnen abzuweichen. Die große Anzahl der Abweichungen demonstriert jedoch die Notwendigkeit einer deutlichen Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz.

Das Versorgungsmodell mit dem Hausarzt als Schlüsselfigur und einer frühzeitigen Demenzdiagnostik und -therapie wurde von den teilnehmenden Hausärzten prinzipiell akzeptiert, bei der praktischen Umsetzung sowie bei der Qualität der Diagnostik wurden aber einige Barrieren sichtbar.

Es gibt einige Anhaltspunkte (z.B. aus Gesprächen mit Ärzten), die dafür sprechen, dass Hausärzte, die nicht an der Studie teilnahmen, ihre Patienten seltener auf mögliche demenzielle Symptome ansprachen und diagnostische Untersuchungen einleiteten und sich vermutlich auch seltener nach den Leitlinien richteten als die an der Studie interessierten Hausärzte. Somit erhalten viele Patienten mit demenzieller Entwicklung noch immer nicht die Chance auf eine leitliniengerechte Diagnostik, eine frühzeitige Diagnose und eine leitliniengerechte Therapie.

Zusammengefasst heben die Ergebnisse des Modellprojekts die Chancen einer hausärztlichen Frühversorgung von Menschen mit Demenz hervor, zeigen gleichzeitig aber auch die Notwendigkeit, die hausärztliche Versorgung zu verbessern. Es ist ein besonderes Anliegen der vorliegenden Arbeit, aus den Ergebnissen und Erfahrungen konkrete Konsequenzen zu ziehen und neue Verbesserungsmöglichkeiten zu entwickeln. Diese werden in Abschnitt 6.3 ausführlich dargestellt.

## **6.2 Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens und Hinweise für die weitere Forschung**

Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen, das Studiendesign, die Datenbasis und die Auswertung kritisch reflektiert, um die Grenzen der Studie darzustellen und Hinweise für die weitere Forschung abzuleiten.

### **6.2.1 Reflexion der Rahmenbedingungen**

#### **Attraktivität der Studie für Patienten und Angehörige**

Nach Angaben der Ärzte haben viele Patienten und Angehörige die Studienteilnahme von sich aus abgelehnt. Die Studienteilnahme sollte für die Patienten also attraktiver gestaltet werden und die Hausärzte sollten besser geschult werden, um ihre Patienten motivieren zu können. Neben der Bedeutung der Rolle des Arztes bei der Patientenrekrutierung (vgl. Abschnitt 5.2) war aus Sicht der Autorin den Patienten der Nutzen der Studie oft nicht deutlich: (1) Nicht allen Patienten waren ihre krankheitsbedingten Einschränkungen bewusst, nicht alle wollten eine diagnostische Abklärung. (2) Und wenn sie eine Diagnostik durchführen lassen wollten, waren sie dafür nicht auf die Studienteilnahme angewiesen. (3) Die Schulung der Ärzte, die für die Patienten einen Vorteil darstellt, war zu dem Zeitpunkt der Patientenrekrutierung bereits abgeschlossen und somit für den Patienten nicht an seine Studienteilnahme gebunden. (4) Der Vorteil der Beratung im Anschluss an die Demenzdiagnose war scheinbar für viele Patienten auch nicht offensichtlich – zumal eine solche Beratung auch ohne Studienteilnahme möglich gewesen wäre. Für nachfolgende Studien ergibt sich die Empfehlung, Ärzte hinsichtlich der Rekrutierung der Patienten besser zu unterstützen und den Patienten klare Vorteile einer Studienteilnahme zu vermitteln (z.B. könnte man eine besonders ausführliche individuelle ärztliche Beratung in Aussicht stellen).

#### **Ein- und Ausschlusskriterien (Patienten)**

Die Ein- und Ausschlusskriterien hatten einen Einfluss auf die Anzahl der rekrutierten Patienten: Zum einen wurden einige Patienten von vornherein von der Studie ausgeschlossen, z.B. diejenigen Patienten ohne einen Angehörigen oder diejenigen mit geringen Deutschkenntnissen, die sowieso in der Versorgung benachteiligt sind. Zum anderen war es oft für

die Hausärzte ein wesentlich größerer Aufwand, mit den Angehörigen zusätzlich Termine zu vereinbaren, um mit ihnen über die Studienteilnahme zu sprechen. Die Ärzte hätten daher vielleicht mehr Patienten rekrutiert, wenn dieser Aufwand nicht gewesen wäre. Dieses Einschlusskriterium war jedoch für die zweite Phase der Studie notwendig. Eine Möglichkeit, die Patientenrekrutierung im Rahmen einer Studie für die Ärzte zu vereinfachen, wäre demnach, auf die Hinzuziehung von Angehörigen zu verzichten – wobei das Einbeziehen eines Angehörigen natürlich aus Versorgungssicht sehr sinnvoll ist: Er wird über die Diagnose in Kenntnis gesetzt, ist in die Versorgung des Betroffenen involviert, wird über die Erkrankung informiert, hat die Möglichkeit Fragen zu stellen, es findet ein Gespräch zwischen Arzt und Angehörigem statt u.v.m. Auch der ethische Aspekt sollte bei der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme eines Angehörigen berücksichtigt werden: Ist der Patient allein in der Lage, den Inhalt der Studie zu verstehen und eine Entscheidung über die Teilnahme zu treffen? Ist es wichtig, einen Angehörigen mit einzubeziehen, der den Patienten auf dem Weg der Diagnosestellung emotional unterstützt?

Auch rechtlich stellt sich die Frage, inwieweit die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten mit Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung vor der Teilnahme an einer Studie überprüft werden sollte. Für die vorliegende Studie äußerte die Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz keine Bedenken.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Ein- und Ausschlusskriterien für das Projekt sinnvoll gewählt waren. Im Projektverlauf ergaben sich keine Hinweise darauf, dass weitere Kriterien nötig gewesen wären.

### **Stichprobe**

Es nahmen 34 SD-Hausärzte und 66 ZW-Hausärzte am Projekt teil. Nicht alle Ärzte nahmen jedoch aktiv teil, d.h. nicht alle Ärzte rekrutierten Patienten aus ihrer Klientel für die Studie. Eine höhere Anzahl aktiv teilnehmender Ärzte hätte – hinsichtlich des Zielkriteriums der Qualität – noch aussagekräftigere Ergebnisse erzielt. Allerdings stellt die eingeschränkte Aktivität der Ärzte bereits ein Ergebnis hinsichtlich des Zielkriteriums der Akzeptanz dar, und kann somit nicht als Mangel des Projekts gewertet werden. Schließlich war die Studie als Modellprojekt konzipiert, d.h. sie wurde unter anderem unter Machbarkeitsgesichtspunkten durchgeführt, um herauszufinden, ob das vorgeschlagene Vorgehen von Ärzten akzeptiert wird.

Die Studie kann auf eine große Zahl an Hausärzten zurückgreifen, die zudem sowohl aus ländlichen als auch aus städtischen Regionen stammten. Somit ist von einer hohen Übertragbarkeit der Ergebnisse auszugehen.

### **Überprüfung der Demenzdiagnosen der Hausärzte**

Aus zeitlichen und finanziellen Gründen konnten die Diagnosen der Hausärzte im Rahmen der Studie nicht überprüft werden. Um diesen Nachteil zu kompensieren, wurde von der Autorin eine Konstruktvalidierung durchgeführt, mit der die Plausibilität der Diagnosen überzeugend belegt werden konnte. Für zukünftige Projekte wäre eine Bestätigung der Diagnosen durch unabhängige Fachärzte aber wünschenswert.

## 6.2.2 Reflexion des Studiendesigns

### **Demenzdiagnostik unter Alltagsbedingungen**

Bei start-modem handelte es sich um ein Modellprojekt: Das Design wurde so gewählt, dass die Hausärzte ihr Vorgehen wie sonst auch in der Praxisarbeit weitgehend selbst bestimmen und in ihre Praxisroutine integrieren konnten. Das Projekt entspricht somit von der Grundcharakteristik einer Feldstudie, allerdings mit einigen Eingriffen, z.B. mussten die Hausärzte sich zu Beginn für das Selbst-Diagnostizieren mit vorheriger Schulung (mit der Option, schwierige Fälle Fachärzten zuzuweisen) oder von vornherein für das alleinige Zuweisen entscheiden. Das Projekt zeigt somit, wie Demenzdiagnostik im bestehenden System umgesetzt werden kann. Durch dieses naturalistische Studiendesign ergibt sich eine hohe Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Praxis.

### **Optimierung der Bedingungen für hausarztbasierte Demenzdiagnostik**

Im Modellprojekt nahmen nur Hausärzte teil, die sich für das Thema Demenzfrühdagnostik interessierten, denn die Teilnahme war freiwillig, d.h. es handelt sich um eine positive Selektion. Zudem bot das Projekt den Hausärzten die Möglichkeit, sich für einen von zwei möglichen Wegen einer hausarztbasierten Demenzdiagnostik zu entscheiden (selbst diagnostizieren oder zuweisen) und damit den für sie passenden Weg zu wählen. Diejenigen, die sich für das Selbst-Diagnostizieren entschieden, erhielten eine auf Hausärzte zugeschnittene Schulung. Die Projektmitarbeiter standen während der Projektlaufzeit als Ansprechpartner für beide Hausarztgruppen zur Verfügung. Durch dieses Studiendesign war es möglich, besonders günstige Ausgangsbedingungen zu schaffen – sowohl was die Motivation der Hausärzte (Selbstselektion) als auch im Falle der SD-Hausärzte ihre Kompetenz (Qualifizierung für ihre Aufgabe durch Schulung) betrifft. So konnte untersucht werden, ob bzw. in welchem Maße Hausärzten eine adäquate Demenzdiagnostik unter alltäglichen Praxisbedingungen gelingt.

### **Diskussion von Alternativen zum Studiendesign**

Die Hausärzte ordneten sich selbst Bedingungen zu, die ihren Präferenzen entsprachen. Man kann sich fragen, ob andere Designs möglicherweise geeigneter gewesen wären. Prinzipiell sind wenigstens sechs Alternativen zum vorliegenden Design denkbar:

(1) Zufallszuordnung aller Hausärzte einer Region zu Arm 1 (SD) oder Arm 2 (ZW)

Ein solches Studiendesign wäre nicht möglich gewesen, da Hausärzten die Teilnahme an einer Studie nicht vorgeschrieben werden kann.

(2) Zufallszuordnung aller an einer Studienteilnahme interessierten Hausärzte zu Arm 1 (SD) oder Arm 2 (ZW)

Das hätte folgende Schwierigkeiten mit sich gebracht:

- Durch Zufallszuordnung wäre es wahrscheinlich zu unerwünschten Effekten gekommen, z.B. durch Demotivation der zum Selbst-Diagnostizieren motivierten Ärzte bei Zuordnung zur zuweisenden Gruppe und umgekehrt.
- Bei angekündigter Zufallszuordnung hätten vermutlich nur diejenigen Ärzte an der Studie teilgenommen, die prinzipiell zum Selbst-Diagnostizieren bereit gewesen wären (denn dies war die komplexere zeitaufwändigere Bedingung, mit der sie hätten rechnen müssen). Man hätte also weniger Ärzte zur Studienteilnahme motivieren können.
- Vermutlich hätten mehr Ärzte die Studienteilnahme vorzeitig abgebrochen, weil sie die ungewollte Zuordnung im Laufe der Zeit immer mehr als belastend empfunden hätten.

### (3) Vergleich zwischen SD-Hausärzten und anderen Hausärzten einer Region

Bei einem solchen Studiendesign hätte man die SD-Hausärzte erstens mit anderen niedergelassenen Hausärzten verglichen, die die Diagnostik normalerweise selbst durchführen, und zweitens mit anderen niedergelassenen Hausärzten, die normalerweise an Fachärzte überweisen. Ein solches Studiendesign wäre nicht möglich gewesen, da nicht allen Hausärzten eine Teilnahme hätte vorgeschrieben werden können.

Zudem entspräche ein Vergleich der SD-Hausärzte mit anderen Hausärzten, die selbst diagnostizieren, einer Evaluation der Schulung. Ein Vergleich mit anderen Hausärzten aus der allgemeinen Ärzteschaft, die ohnehin zuweisen, wäre hingegen auch sinnvoll gewesen. Die Gruppe der ZW-Hausärzte entspricht allerdings ohnehin fast dieser allgemeinen Ärzteschaft – der einzige Unterschied liegt in der vermutlich höheren Motivation der ZW-Hausärzte (da diese sich explizit für die Studienteilnahme entschieden haben) im Vergleich zur allgemeinen Ärzteschaft. Die Unterschiede, die sich beim vorliegenden Design ergeben, sind demnach vermutlich kleiner als die, die sich bei dem Design mit der allgemeinen Ärzteschaft mit niedrigerer Motivation ergeben hätten. Das bedeutet, die in dieser Studie nachgewiesenen Unterschiede zwischen den Hausärztegruppen wären im Vergleich der SD-Hausärzte mit weniger motivierten Ärzten (Ärzterschaft allgemein) vermutlich noch größer. Daher sind die existierenden Unterschiede besonders aussagekräftig.

### (4) Vergleich zwischen SD-Hausärzten vor und nach der Schulung

Ein solches Studiendesign entspräche einer Evaluation der Schulung, was nicht Ziel der vorliegenden Arbeit war.

### (5) Teilnahme ausschließlich von SD-Hausärzten

Ein solches Eingruppendesign hätte im Vergleich zum vorliegenden Design zu weniger Erkenntnissen geführt. Das vorliegende Design bringt wesentlichen Informationsgewinn über die SD-Hausärzte durch den Vergleich mit den Referenzgruppen der ZW- und Fachärzte. Zudem erlaubt es neben Aussagen zu SD-Hausärzten Einblicke in die Vorgehensweise der ZW-Hausärzte und somit auch zur Akzeptanz für das Zuweisen.

#### (6) Vergleich zwischen SD-Hausärzten ohne Schulung und ZW-Hausärzten

Um die Vergleichbarkeit der Gruppen zu erhöhen, hätte man auf die Intervention, die Schulung der SD-Hausärzte, verzichten können. Ein Ziel war aber, zu untersuchen, ob Ärzte leitliniengerechte Diagnostik durchführen können. Da man aber von zahlreichen Mängeln in der hausärztlichen Demenzversorgung, insbesondere in der Diagnostik, weiß, war damit zu rechnen, dass eine qualitativ hochwertige Diagnostik – wenn überhaupt – nur nach einer entsprechenden Schulung möglich wäre. Eine Untersuchung, ob eine adäquate Demenzdiagnostik durch Hausärzte prinzipiell möglich ist, sollte unter optimalen Bedingungen für Hausärzte durchgeführt werden. Zudem wäre es ethisch nicht vertretbar gewesen, möglicherweise ungenügend geschulte Hausärzte aufzufordern, selbstständig die Diagnostik durchzuführen.

#### Fazit:

Das vorliegende Studiendesign erweist sich als adäquat und gut begründet, um die Fragestellungen zu beantworten: Man vergleicht geschulte SD-Hausärzte mit ZW-Hausärzten, die sich jeweils selbst für diese Variante entschieden haben und dementsprechend motiviert sind, so dass die Fragen nach Akzeptanz und Qualität beantwortet werden können.

Die Selbstselektion der Hausärzte war somit das der Fragestellung angemessene Vorgehen, doch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Unterschiede zwischen den Hausärztegruppen wegen der Selbstselektion nicht allein auf die beiden Bedingungen (SD und ZW) zurückgeführt werden können. Möglicherweise sind die Unterschiede in der ärztlichen Vorgehensweise durch die mit der Selbstzuordnung verbundenen Unterschiede in den Persönlichkeitseigenschaften (z.B. eine größere Offenheit auf Seiten der SD-Hausärzte) erhöht worden.

#### **Schulungseffekte**

Bei dem gewählten Design kann nicht differenziert werden, welchen Einfluss die Schulung auf das Vorgehen und die Einstellung der SD-Hausärzte hatte. Die Befragung der Ärzte ergab, dass viele der SD- und ZW-Hausärzte vor dem Projekt bereits Demenz-Fortbildungen besucht hatten (vgl. auch Abschnitt 5.6.1). Daher ist die Schulung im Rahmen von startmodem ohnehin nur eine unter mehreren Schulungen gewesen. Eindeutiger Vorteil der Schulung im Projekt war das Erreichen eines vergleichbaren Wissensstands der SD-Hausärzte zu Projektbeginn.

### **6.2.3 Reflexion der Datenbasis**

#### **Unterschiedliche Größe der Teilstichproben bei „Vorgehensweise der Hausärzte“ und „Angaben der Hausärzte“**

Die Datenbasis hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens bezieht sich nur auf die Hausärzte, die Patienten rekrutiert haben, die Datenbasis hinsichtlich der Selbstauskünfte berücksichtigt alle teilnehmenden Hausärzte (auch solche, die keine Patienten rekrutiert haben). Die

Ergebnisse sind somit nicht direkt miteinander vergleichbar, da sie sich auf unterschiedliche Anzahlen von Ärzten beziehen (hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens auf 53 Hausärzte und hinsichtlich der Selbstauskünfte beim Baseline-Fragebogen auf 98, beim Follow-Up-Fragebogen auf 75 Hausärzte). Dennoch ist es begründet, die Selbstauskünfte aller Ärzte, die dazu bereit waren, in die Auswertung mit aufzunehmen, um ein umfassendes Bild von der Einstellung von Hausärzten zu gewinnen.

### **Einfluss der Befunde auf die Diagnose**

Es wurde erfasst, ob die Hausärzte die leitliniengerechten Untersuchungen durchgeführt haben oder nicht. Die Befunde der Untersuchungen wurden aber nicht erfasst, z.B. die Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen. Bei Kenntnis der Befunde hätte man spezifische Aussagen darüber treffen können, welchen Stellenwert ein bestimmter Befund für die Diagnosestellung der Ärzte hat. In weiteren Studien könnten diese Aspekte genauer untersucht werden.

## **6.2.4 Reflexion der Auswertung**

Neben sehr spezifischen methodisch relevanten Punkten (z.B. Einschränkungen der statistischen Voraussetzungen), die sich bei der Durchführung einzelner statistischer Tests ergeben haben und jeweils bei den Ergebnissen in Kapitel 5 dargestellt wurden, sollen noch zwei Punkte diskutiert werden, die für die Interpretation der Befunde von Bedeutung sein können:

### **Vergleich zwischen Patienten- und Hausarztgruppen**

Bei den bisherigen Vergleichen bzgl. tatsächlicher Vorgehensweise der Ärzte, also bzgl. Diagnostik und Therapie, wurden die Patientengruppen verglichen (also die Patienten der SD-Hausärzte mit den Patienten der ZW-Hausärzte). Da die einzelnen Ärzte aber unterschiedlich viele Patienten diagnostiziert haben, fiel ihre Vorgehensweise bei den Berechnungen unterschiedlich schwer ins Gewicht.

Aus diesem Grund wurde stichprobenartig eine Berechnung vorgenommen, bei der jedem Arzt jeweils nur ein Wert für jede Variable der von ihm betreuten Patienten zugeordnet wurde. Hatte beispielsweise ein Arzt fünf Patienten, wurde für die Variable Alltagskompetenz ein Mittelwert über die fünf Patienten berechnet, hatte er nur einen Patienten rekrutiert, ging nur der Einzelwert in die Berechnung ein. Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen, dass die Ergebnisse sich nicht von denen der Patientengruppen ohne Relativierung in Bezug auf die Zahl der Patienten pro Arzt unterscheiden: Die Werte weichen nur geringfügig ab, die Angaben in Bezug auf signifikante oder nicht signifikante Unterschiede entsprechen sich weitgehend. Das ist insofern nachvollziehbar, da die Anzahl der Patienten pro Arzt überwiegend zwischen den Gruppen vergleichbar ist: Zum Beispiel haben bei den Patienten mit Demenzdiagnose – der für die Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich Diagnostik und Therapie wichtigsten Subgruppe – die meisten Ärzte in beiden Ärzteguppen (von denen, die

überhaupt Patienten mit Demenzdiagnose hatten) 1 - 2 Patienten und alle maximal 6. Bei den Patienten ohne Demenzdiagnose haben die meisten Ärzte 1 - 4 Patienten, bei den SD-Hausärzten kommen einige wenige auf 5 oder 6 Patienten. Die unterschiedlichen Fallzahlen der Ärzte beeinflussen die Ergebnisse somit nicht wesentlich.

### **Vollständigkeit der Daten**

Es liegt ein nahezu vollständiger Datensatz hinsichtlich der Hauptfragestellungen der Teilnahme der Hausärzte und ihrer diagnostischen Vorgehensweise vor, was die Aussagekraft der Ergebnisse unterstreicht. Zufrieden stellend ist auch der Datensatz hinsichtlich der Selbstauskünfte der Hausärzte, die von mindestens 75 % mitgeteilt wurden.

Dass nicht alle Hausärzte die hausärztespezifischen Fragebögen bearbeiteten, ist durch die zum Teil nur mäßige Mitarbeit der Hausärzte zu erklären. Um diese zu erhöhen, wurde von den Projektmitarbeitern im Rahmen des Projekts viel Motivationsarbeit geleistet. Andererseits spricht die geringe Zahl an Drop Outs seitens der teilnehmenden Hausärzte dafür, dass sie nicht generell unzufrieden mit dem Studienverlauf waren. Dennoch könnte man in weiteren Studien noch andere Strategien nutzen, um eine aktivere Mitarbeit der Hausärzte zu erreichen, z.B. regelmäßige motivationsfördernde Austauschtreffen der Ärzte untereinander.

### **Fazit**

In diesem Abschnitt wurden einige Aspekte der möglichen Kritik an der Konzeption und der Methodik der Studie diskutiert. Einige Kritikpunkte wie Selbstselektion der Ärzte und fehlende Kontrolle der Demenzdiagnosen konnten entschärft werden. Andere Einschränkungen bleiben bestehen und sollten in nachfolgenden Studien berücksichtigt werden.

## **6.3 Verbesserungsvorschläge für das Gesundheitssystem und für die Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich**

Welche Voraussetzungen sind in der ambulanten Versorgung nötig, um eine möglichst frühe und qualitativ hochwertige Demenzdiagnostik und eine angemessene Therapie für Menschen mit beginnender Demenz zu gewährleisten?

Aus den Ergebnissen und Erfahrungen des Modellprojekts kristallisieren sich vier Punkte heraus, die auf Barrieren hinweisen und von denen sich Vorschläge für Verbesserungen im Gesundheitssystem und für die Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich ableiten lassen:

- Qualifizierung der Ärzte
- Motivierung der Ärzte
- Praxisbezogene Maßnahmen
- Gesellschaftliche Maßnahmen

Die *Qualifizierung* der Hausärzte betrifft die Vermittlung von Fachwissen (kognitiver Aspekt). Auch wenn die bloße Vermittlung von Kenntnissen schon zu einer Motivierung für die Früherkennung von Demenzerkrankungen beitragen kann, so sollen hier unter *Motivierung* im engeren Sinn diejenigen Maßnahmen verstanden werden, die zu einer persönlichen Einstellungs- und Verhaltensänderung beitragen (vor allem emotionaler Aspekt). Unter *praxisbezogenen Maßnahmen* werden Rahmenbedingungen zusammengefasst, die konkret die Praxisarbeit des Arztes unterstützen und entlasten. Die *gesellschaftlichen Maßnahmen* beeinflussen als übergeordnete Rahmenbedingungen das ärztliche Handeln.

Die Konzeption von start-modem repräsentiert vorwiegend einen medizinischen Ansatz. Bei der Auswertung und Interpretation der Daten wurde deutlich, dass auch andere Disziplinen eine große Rolle bei der Demenzdiagnostik und -therapie spielen. Hier ergibt sich die Gelegenheit, den Blick auf gesundheitspsychologische Theorien bzw. Theorien zur Leitlinienimplementierung zu erweitern. Von ihnen können Kriterien abgeleitet werden, die für den Erfolg der hausärztebasierten Demenzversorgung eine entscheidende Bedeutung haben.

### 6.3.1 Qualifizierung der Ärzte

Eine gute Qualifikation der Hausärzte zur Früherkennung von Demenzerkrankungen und ggf. auch zu deren Diagnostik und Therapie ist die Basis für eine hausarztbasierte Versorgung von Menschen mit Demenz. Es muss sichergestellt werden, dass die Ärzte über die entsprechenden fachlichen Kompetenzen verfügen. In persönlichen Gesprächen der Projektmitarbeiter mit einigen Ärzten wurden bezüglich des Wissens um demenzielle Erkrankungen, insbesondere bei der Früherkennung, einige Lücken deutlich. Fortbildungsbedarf zeigte sich im Projekt besonders auch hinsichtlich der Differenzialdiagnose der Demenz – auch was mögliche Ursachen für Symptome angeht, wenn es sich nicht um eine primäre Demenz handelt (z.B. Depressionen). Die zu seltene Durchführung der leitliniengerechten Untersuchungen sowie die zu seltene Verschreibung von Antidementiva mögen zum Teil auch auf mangelndes Wissen über deren Vorteile oder bezüglich der Untersuchungen über die Interpretation der Befunde oder bezüglich der Therapie über die Interpretation der Behandlungsfortschritte zurückzuführen sein. Allerdings können hier auch motivationale Gründe eine Rolle spielen (vgl. Abschnitt 6.3.2). Oft wäre eine Demenzdiagnose, die während des Projekts gestellt wurde, zu einem früheren Zeitpunkt bereits möglich gewesen – auch hier kommen sowohl fachliche als auch motivationale Gründe als Ursache in Betracht. Die Befragung der Hausärzte nach der Schulung zeigte, dass Fortbildungsmaßnahmen Verbesserungen in Einstellung und Verhalten der Ärzte bewirken können.

**Verbesserungsvorschläge** (vgl. Abb. 6.1):



Abbildung 6.1

*Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz durch Qualifizierung der Ärzte*

#### **a) Fortbildung**

Das Thema Demenzdiagnostik sollte einen größeren Stellenwert in Fortbildungen für Ärzte einnehmen. Im Projekt hat sich herausgestellt, dass besonderer Fortbildungsbedarf bei Hausärzten besteht bezüglich:

- Differenzialdiagnostik der Demenz (Demenzformen) und deren Nutzen
- Sekundäre Ursachen einer Demenz (insbesondere Depressionen werden von den Hausärzten evtl. als Ursache übersehen)
- Kommunikation mit Patienten und Angehörigen (Wie spreche ich den Patienten auf die Symptome an? Wie vermittele ich ihm und ggf. den Angehörigen die Notwendigkeit einer Diagnostik? Wie teile ich die Diagnose „Demenz“ mit? Wie unterstütze ich ihn und die Angehörigen während des Krankheitsverlaufs?)
- Notwendigkeit einer bildgebenden Untersuchung
- Nutzen von Antidementiva
- Nicht-medikamentöse Weiterversorgung nach der Diagnose, insbesondere regionale Angebote

Das Angebot für vertiefende Fortbildungen zu diesen Themen sollte deutlich erweitert werden. Daneben sind allgemeine Fortbildungen zur Früherkennung, Diagnostik und Therapie sowie der Bedeutung von Leitlinien notwendig. Fortbildungen sind vor allem für Ärzte, die selbst diagnostizieren wollen, von Bedeutung, doch Fortbildungen, die auf Früherkennung und Kommunikation mit Patienten und Angehörigen abzielen, wären für alle Hausärzte sinnvoll.

Die Erfahrungen der Studie zeigen, dass bei Fortbildungen von Hausärzten folgende Aspekte hilfreich sein können: Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgangslagen (Kenntnisse, Erfahrungen etc.) und geringer zeitlicher Ressourcen (sowohl was den zeitlichen Aufwand der Fortbildung als auch die zeitsparende Umsetzung des Gelernten im Praxisalltag

betrifft), aktive Teilnahme statt passiver Wissensvermittlung, Förderung des Austauschs zwischen den Ärzten (Stichwort Lernen am Modell etc.). Zudem sollte eine Wissensvermittlung nicht nur punktuell, sondern langfristig angelegt sein, um eine Auffrischung des Wissens, die Beantwortung dringender aktueller Fragen etc. zu ermöglichen. Qualitätszirkel mit regelmäßigen Terminen könnten hier hilfreich sein.

Eine Erhöhung der demenzspezifischen Qualifikation von Ärzten kann auch durch die Verbreitung von Informationsmaterialien speziell für Ärzte erfolgen, was jüngst die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. versuchte: Es wurde eine Handreichung für Haus- und Fachärzte mit dem Titel „'Beipackzettel' Demenzdiagnose“ erstellt, in der z.B. Probleme rund um die Diagnosestellung für Ärzte und Patienten angesprochen oder Kommunikationstipps gegeben werden (2013).

### **b) Ausbildung**

Allen oben genannten Fortbildungsthemen sollte schon im Studium ein höherer Stellenwert eingeräumt werden. Bislang wurde das Thema Demenzdiagnostik und -therapie während der Ausbildung nicht ausreichend behandelt: Medizinstudenten erhalten in Deutschland nur ca. neun Stunden demenzspezifischen Unterricht (Tsolaki et al., 2010). Auf dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit steigender Anzahl älterer Menschen sollten die Studieninhalte um geriatrische und gerontopsychiatrische Themen erweitert werden.

## **6.3.2 Motivierung der Ärzte**

Ohne die Qualifikation der Ärzte kann eine hausärztebasierte Demenzversorgung nicht gelingen. Doch auch eine sehr hohe Qualifikation reicht nicht aus, wenn die entsprechende Motivation bei den Hausärzten nicht vorhanden ist. Die Motivation der Hausärzte spielte über den gesamten Projektzeitraum eine entscheidende Rolle. Das Akzeptanzkriterium machte deutlich, dass – selbst wenn Ärzte das Versorgungsmodell mit dem Hausarzt als Schlüsselfigur und der Notwendigkeit einer frühzeitigen leitliniengerechten Demenzdiagnostik und -therapie generell für gut befinden – sich in der praktischen Umsetzung Schwierigkeiten ergeben können, was unter anderem mit ihrer Motivation zusammenhängt. Das zeigte sich insbesondere durch die Patientenrekrutierungszahlen, aber auch durch die allgemeine Mitarbeit während der Studie und durch die Selbstauskünfte – beispielsweise die Antworten der Hausärzte auf die Frage nach der Vorgehensweise im Falle eigener Symptome (vgl. Abschnitt 5.6.2). Und viele der anfangs angefragten Hausärzte nahmen gar nicht an der Studie teil, was zumindest teilweise auf deren Motivation zurückzuführen ist: Es wurden als Gründe u.a. „kein Interesse am Thema“ angegeben. Der Großteil der Hausärzte erkennt die Notwendigkeit einer frühzeitigen Demenzdiagnostik also nur bedingt an.

Dabei hat eine frühe Diagnose zahlreiche Vorteile – in erster Linie für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen, aber auch für die Gesellschaft. Unter anderem ermöglicht eine frühe Diagnose die Identifizierung von potenziell heilbaren Demenzformen. Oder es kann

eine antidementive Therapie begonnen werden, von der Patienten bei einer frühzeitigen Behandlung stärker profitieren. Auch die frühzeitige Initiierung von Hilfen für Angehörige ist ein wesentlicher Vorteil einer frühzeitigen Demenzdiagnose, haben sie doch aufgrund der vielfältigen Belastungen aufgrund der Demenzerkrankung ein eigenes Krankheitsrisiko, z.B. für depressive Erkrankungen (vgl. Abschnitt 2.3.1). Es ist von immenser Bedeutung, dass der Hausarzt von sich aus Patienten auf eine mögliche demenzielle Entwicklung anspricht, was z.B. die Angaben der Ärzte über die Gründe der Patienten und Angehörigen für die Nicht-Teilnahme an der Studie illustrieren (z.B. Angst vor der Diagnose) – unabhängig davon, ob die Ärzte selbst diagnostizieren oder überweisen.

Die Motivation der Hausärzte zu erhöhen bzw. ihre Einstellung zum Thema hausarztbasierte Früherkennung von Demenzerkrankungen zu verbessern, kommt daher eine entscheidende Bedeutung zu. Solange die Ärzte nicht selbst den Nutzen einer frühzeitigen Demenzdiagnose erkennen, können viele andere Ansatzpunkte (wie Schulungen oder finanzielle Anreize) nicht die gewünschten Effekte haben. Die Ärzte müssen selbst überzeugt sein, nur so kann eine nachhaltige Implementierung gelingen.

**Verbesserungsvorschläge** (vgl. Abb. 6.2):

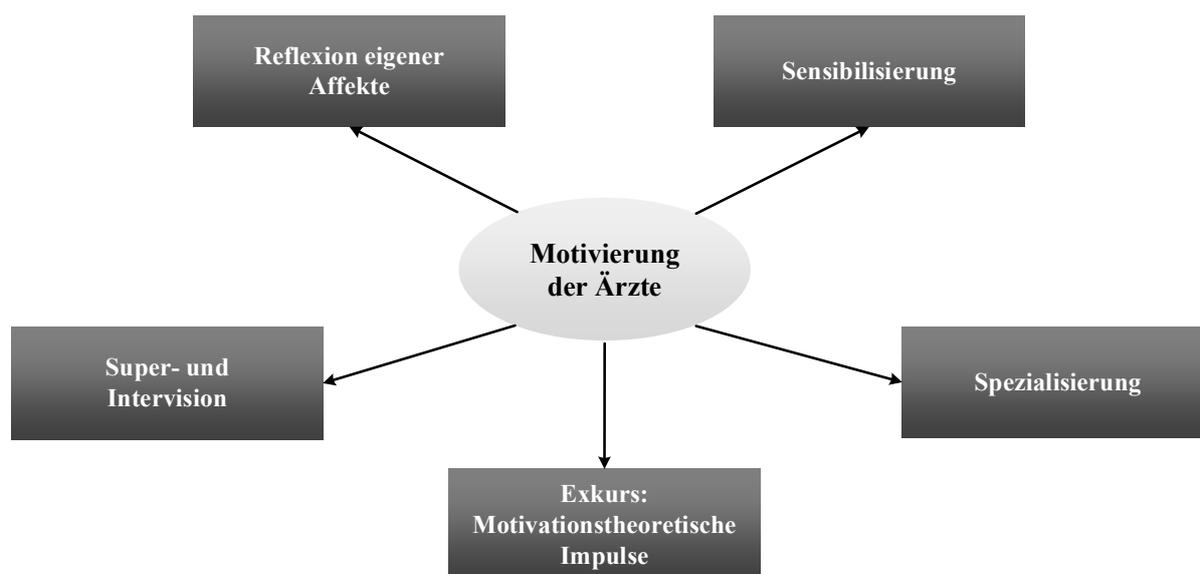


Abbildung 6.2

*Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz durch Motivierung der Ärzte*

#### **a) Reflexion eigener Affekte**

Es stellt sich die Frage, warum die Akzeptanz der Hausärzte, die am Projekt teilgenommen haben, und auch insbesondere die der Hausärzte, die nicht teilgenommen haben, für frühzeitige Demenzdiagnostik nicht stärker ausgeprägt ist. Möglicherweise spielten affektive Faktoren seitens der Hausärzte eine Rolle, auf die besonders Pentzek und Abholz (2004) sowie

Pentzek et al. (2005) aufmerksam gemacht haben. Hinweise auf die Beteiligung affektiver Faktoren ergaben sich auch innerhalb des Projekts (vgl. z.B. Abschnitt 5.7). Unter anderem können folgende Faktoren dazu führen, dass die Hausärzte eine Beschäftigung mit dem Thema Demenz und damit eine Diagnosestellung scheuen (Pentzek & Abholz, 2004):

- *Eigene Angst vor der Erkrankung*: Die Konfrontation mit dementen Patienten kann bei den Ärzten Angst und Hilflosigkeit auslösen.
- *Tabuisierung kognitiver Defizite*: Ärzte nehmen die Symptome nicht wahr, um sich nicht mit ihnen auseinandersetzen zu müssen (Verdrängung), oder erklären sie mit einer für sie akzeptablen Begründung, nämlich als normale Alterserscheinung (Rationalisierung).
- *Angst vor Patientenverlust*: Ärzte befürchten als Konsequenz bei der Aufklärung der Patienten und der Angehörigen den Verlust der Anerkennung des Arztes durch den Patienten wegen fehlender Heilungschancen. Sie möchten die gute Arzt-Patient-Beziehung wahren. Innerhalb des Projekts sprachen sich die Angehörigen allerdings klar für eine frühzeitige Demenzdiagnostik aus und beide, die Patienten und die Angehörigen, gaben nach der Diagnose eine hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung an – eine Angst der Ärzte vor Patientenverlust ist somit zumindest im Rahmen der spezifischen Rahmenbedingungen des Projekts nicht begründet.
- *Mangelnde Selbstwirksamkeit*: „Die Selbstwirksamkeit ist aufgrund (wahrgenommener) mangelnder Behandlungsmöglichkeiten reduziert, und als Konsequenz daraus ist auch eine externe Belohnung durch den Patienten und / oder die Angehörigen (z.B. weitere Arztbesuche, Lob, Weiterempfehlungen) nicht zu erwarten“ (Pentzek & Abholz, 2004, S. 35).

Insgesamt können Gefühle, mit denen Hausärzte das Thema Demenz verbinden, also einen Einfluss auf deren Handeln ausüben (Pentzek et al., 2005; vgl. auch Abschnitt 2.3.3.2). Dies sollte bei Implementierungsmaßnahmen verstärkt Berücksichtigung finden.

### **c) Sensibilisierung**

Es müssen weitere Maßnahmen zur Sensibilisierung von Hausärzten in die Wege geleitet werden. Das kann auf ganz unterschiedliche Art und Weise erfolgen, z.B. durch Ärzteschulungen oder Aufklärung der Patienten über die Vorteile einer Demenzdiagnostik.

Im Rahmen von Implementierungsprozessen wäre es sinnvoll, die gemäß von „Motivations- oder Stadientheorien“ bei einzelnen Schritten der geplanten Veränderung unterschiedlichen Motivationen der Hausärzte in den Fokus zu rücken und differenziert zu behandeln (vgl. auch Exkurs: Motivationstheoretische Impulse). Diese Theorien besagen, dass die Ärzte jeweils eine spezifische Motivationsphase durchlaufen müssen, bevor sie den nächsten Schritt tun können, z.B. muss zunächst ein Problembewusstsein geschaffen werden, bevor die konkrete Umsetzung geplant werden kann (Grol, Wensing & Eccles, 2005).

Die Sensibilisierung der Hausärzte sollte in erster Linie die möglichst frühzeitige Identifizierung der Patienten zum Ziel haben. Wer letztendlich die Diagnose stellt – der Haus- oder ein Facharzt –, ist zweitrangig. Wichtig ist, möglichst viele Ärzte zu erreichen – vor

allem natürlich Hausärzte, aber jeder Arzt mit Patientenkontakt kann bei Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung seines Patienten auf eine diagnostische Abklärung durch einen Kollegen hinwirken.

#### **d) Super- und Intervision**

Im Projekt nahmen die Rekrutierungszahlen der SD-Hausärzte im Verlauf ab, was möglicherweise auf eine Verringerung ihrer Motivation zur Demenzdiagnostik zurückzuführen ist. Es wäre hilfreich, herauszufinden, welche Gründe es dafür gab: Möglicherweise haben die Hausärzte im Verlauf der Diagnostik und Therapie schlechte Erfahrungen gemacht. Ein kompetenter Ansprechpartner für Ärzte, mit dem sie auftretende Schwierigkeiten im Rahmen einer Supervision besprechen können, wäre daher sinnvoll. Im Projekt standen die Mitarbeiter für Fragen zur Verfügung. Es wurde auch eine Nachschulung durch Fachärzte angeboten, die aber nur auf mäßiges Interesse stieß. Vielleicht sollten daher andere Hausärzte eine Unterstützung im Rahmen von kollegialer Beratung anbieten. Wichtig wäre eine dauerhafte, langfristige Unterstützung, z.B. auch durch regelmäßige Treffen wie in Ärztezirkeln.

Untermuert werden diese Vorschläge durch Argumente, die von den Vertretern der „Theorien des sozialen Einflusses“ stammen. Sie gehen davon, dass jeder auf Normen und Werte des sozialen Umfelds reagiert. Auch Erwartungen von Meinungsführern spielen eine Rolle (Grol et al., 2005; Grol & Grimshaw, 1999, 2003). Für die Implementierung wäre es daher wichtig, Schlüsselpersonen für die notwendige Veränderung zu begeistern und eine wechselseitige Anregung zu installieren. Ärzte, die als Schlüsselpersonen fungieren könnten, sollten bereits in die Entwicklung von Leitlinien und die Planung der Implementierung mit einbezogen werden – Die Beteiligung von Ärzten an Qualitätszirkeln bei der Entwicklung von Leitlinien wirkt sich nachweislich positiv auf die Umsetzung in der täglichen Praxis aus (zusammengefasst nach Friedrich, 2005).

#### **e) Spezialisierung**

Ausgehend vom Versorgungsauftrag der Hausärzte sollten diese hinsichtlich der Früherkennung und Behandlung demenzieller Erkrankungen viel aktiver vorgehen, z.B. bei Patienten ab einem bestimmten Alter aktiv auf mögliche Symptome achten, bei mehrmals verpassten Terminen hellhörig werden und auch nachfragen, wenn der Patient den Arzt nicht mehr aufsucht etc. Diesem Vorgehen stehen die eingeschränkten zeitlichen Ressourcen im Wege. Doch könnte die adäquate Versorgung von geriatrischen und gerontopsychiatrischen Menschen auch ein Alleinstellungsmerkmal einer Praxis sein. Das hätte wiederum auch Vorteile für den Arzt, z.B. einen erweiterten Kundenkreis, einen Wettbewerbsvorteil (auch gegenüber Versorgungszentren), und könnte so dessen Motivation erhöhen. Mehr Hausärzte sollten sich auf das Klientel der älteren Patienten spezialisieren.

#### Exkurs: Motivationstheoretische Impulse

Da die Motivation der Hausärzte eine große Rolle spielt, ist es sinnvoll, Ergebnisse dieser Arbeit unter dem Gesichtspunkt motivationstheoretischer Fragestellungen zu untersuchen.

Die theoretischen Modelle, die im folgenden Abschnitt herangezogen werden, beziehen sich primär auf das Gesundheitsverhalten von Klienten bzw. Patienten, von denen angenommen wird, dass sie während ihrer Annäherung an das erwünschte gesundheitsbezogene Verhalten unterschiedliche Motivationsstadien durchlaufen. Hier werden sie aber nicht auf Patienten, sondern auf Hausärzte angewendet.

Die Hausärzte der Studie waren unterschiedlich motiviert: Eine große Gruppe konnte gar nicht zur Teilnahme an der Studie bewogen werden. Unter den Ärzten, die schließlich an der Studie teilgenommen haben, gab es Ärzte, die hoch motiviert waren und dementsprechend viele Patienten in die Studie eingeschlossen haben. Andere Ärzte schienen motiviert zu sein, rekrutierten aber trotzdem keine Patienten. Einige mögliche Beispiele für Hausärztegruppen mit unterschiedlichen Motivationen werden im Folgenden kurz motivationstheoretisch analysiert, um die Relevanz solcher Theorien für zukünftige Untersuchungen aufzuzeigen (der Fokus liegt hier auf selbst diagnostizierenden Hausärzten):

**(1) Mangelnde Kenntnisse der Hausärzte über die Vorteile einer frühzeitigen Demenzdiagnose gehen mit Desinteresse an der Einleitung einer Diagnose einher.**

Beim *Transtheoretischen Modell* (TTM; Prochaska & DiClemente, 1983), dem am häufigsten verwendeten Stadienmodell, wird angenommen, dass sich die Stufen des Modells qualitativ voneinander unterscheiden, d.h. Personen in einem Stadium unterscheiden sich in Gedanken, Gefühlen und Verhalten von denjenigen in anderen Stadien. Die Stadien werden nacheinander durchlaufen in Richtung auf das immer wahrscheinlicher werdende Zielverhalten.

Das erste Stadium wird als *Präkontemplation* (Sorglosigkeit) bezeichnet: Der Hausarzt führt das Zielverhalten (Durchführung der Diagnostik) nicht aus und denkt auch nicht darüber nach, es in Angriff zu nehmen. In diesem Stadium ist es erforderlich, den Hausärzten bewusst zu machen, dass die frühzeitige Demenzdiagnose für sie, den Patienten und seinen Angehörige von Vorteil ist, z.B. durch sensibilisierende Schulungsmaßnahmen.

**(2) Die Ärzte sind von den Vorteilen einer frühzeitigen Demenzdiagnostik überzeugt, bilden eine Intention für die Einleitung einer Diagnostik aus und verhalten sich anschließend entsprechend, d.h. sie engagieren sich langfristig für Demenzdiagnostik.**

Im TTM werden die nächsten Phasen *Kontemplation* (Abwägen der Vor- und Nachteile des Zielverhaltens), *Vorbereitung* (Intentionsbildung) und *Handlung* (intentionsgemäßes Handeln) erfolgreich durchlaufen, bis es schließlich zu einer *Aufrechterhaltung* und Stabilisierung der diagnostischen Maßnahmen durch den Hausarzt kommt.

**(3) Die Ärzte sind von den Vorteilen einer frühzeitigen Demenzdiagnostik überzeugt und bilden eine Intention für die Einleitung einer Diagnostik aus, verhalten sich aber nicht entsprechend, d.h. die Einleitung der Diagnostik findet nicht statt.**

In diesem Fall ist eine *Intentions-Verhaltens-Lücke* festzustellen. Knoll, Scholz und Rieckmann (2005) verweisen auf das *Rubikonmodell* von Heckhausen (1989), der alles, was bis zur Intentionsbildung geschieht, motivational nennt. Mit der Intentionsbildung überquert die Person den gedanklichen Rubikon (in Analogie zu Cäsars Überquerung des Flusses Rubikon und dem damit verbundenen Kriegsbeginn) und erreicht die Volitionsphase, die durch die Planung, Initiierung und Aufrechterhaltung von Verhalten gekennzeichnet ist. Wann kommt es nun nicht zu einem intentionsgemäßen Verhalten? Beispielsweise dann, wenn das Verhalten nicht konkret genug geplant wurde. Stärkt man dagegen die *Ausführungsplanung* durch Pläne, in denen genau festgelegt wird, wann, wo und wie ein Verhalten ausgeführt werden soll, wird das Verhalten an situationspezifische Hinweisreize geknüpft und kann häufiger und schneller ausgeführt werden als wenn nur eine Zielintention gebildet wurde. Es ist davon

auszugehen, dass die detaillierte Ausführungsplanung im Falle einer demenzdiagnostischen Untersuchung (z.B. mit Hilfe von Entscheidungsbäumen zur Festlegung der Entscheidung über und der Reihenfolge diagnostischer Untersuchungen) zu einer häufigeren intentionsgemäßen Handlung führt. Zusätzlich sollte noch die *Bewältigungsplanung* mit einbezogen werden, bei der es darauf ankommt, sich auf persönliche Schwierigkeiten bei der Durchführung der Diagnostik vorzubereiten und sich Bewältigungsstrategien zurechtzulegen (z.B. eine Reaktion auf Leugnung der Defizite durch Patienten).

**(4) Die Ärzte führen Demenzdiagnostik durch und erleben sich dabei als erfolgreich.**

Entsprechend der *Selbstwirksamkeitstheorie* von Bandura (1997) versteht man unter „Selbstwirksamkeit“ in diesem Fall die Beurteilung der eigenen Kompetenz des Hausarztes, die Diagnostik eigenständig durchführen zu können. Die erfolgreiche Durchführung einer Handlung fördert die Aufrechterhaltung des Verhaltens: Das als erfolgreich erlebte Diagnostizieren erhöht die Selbstwirksamkeit für die nächsten diagnostischen Bemühungen. Im TTM steigt die Selbstwirksamkeit über die verschiedenen Stadien hinweg an.

**(5) Die Ärzte führen Demenzdiagnostik durch, stoßen dabei aber auf affektive Hindernisse.**

Beispielsweise können widersprüchliche diagnostische Informationen (z.B. hohe MMST- und DemTect-Werte trotz deutlich herabgesetzter Alltagskompetenz) oder ablehnendes Verhalten des Patienten oder der Angehörigen bei Mitteilung der Demenzdiagnose als Hindernisse oder sogar als persönliche Misserfolge aufgefasst werden, so dass die Selbstwirksamkeit reduziert wird (Pentzek et al., 2005). Möglicherweise ist das eine Erklärung für die abnehmenden Rekrutierungszahlen innerhalb des Projekts bei den SD-Hausärzten. Die Selbstwirksamkeit kann auch auf Grund der von einigen Ärzten eingeschätzten mangelnden Behandlungsmöglichkeiten reduziert sein: „Diabetes oder Asthma zu versorgen verspricht wesentlich mehr Einflussnahme und Möglichkeiten externer Belohnungen (z.B. Anerkennung durch Patienten, Angehörige, Kollegen) durch richtiges Handeln zu erhalten“ (Pentzek et al., 2005, S. 502).

Hier reicht die bloße Informationsvermittlung durch Schulungsmaßnahmen nicht aus. Denkbar wäre eine Unterstützung der Hausärzte durch eine intensive individuell zugeschnittene Einzelberatung.

**Fazit**

Zukünftige Untersuchungen können von der Berücksichtigung motivationstheoretischer Modelle profitieren. Insbesondere die Erkenntnis, dass eine bloße Intentionsbildung nicht ausreicht, um eine Handlung zu initiieren (siehe Beispiel 3), sollte bei der Leitlinienimplementierung berücksichtigt werden.

### 6.3.3 Praxisbezogene Maßnahmen

Die bisherigen Verbesserungsvorschläge bezogen sich stets auf die Hausärzte selbst. Aber auch externe, von den Ärzten unabhängige Aspekte müssen berücksichtigt werden. Zum Beispiel kamen innerhalb des Projekts immer wieder zeitliche und finanzielle Aspekte zur Sprache, die im Rahmen der hausärztlichen Demenzdiagnostik und -therapie bedeutsam sind. Veränderungen solcher und anderer Rahmenbedingungen könnten helfen, die Versorgungslage von Frühbetroffenen zu verbessern.

**Verbesserungsvorschläge** (vgl. Abb. 6.3):

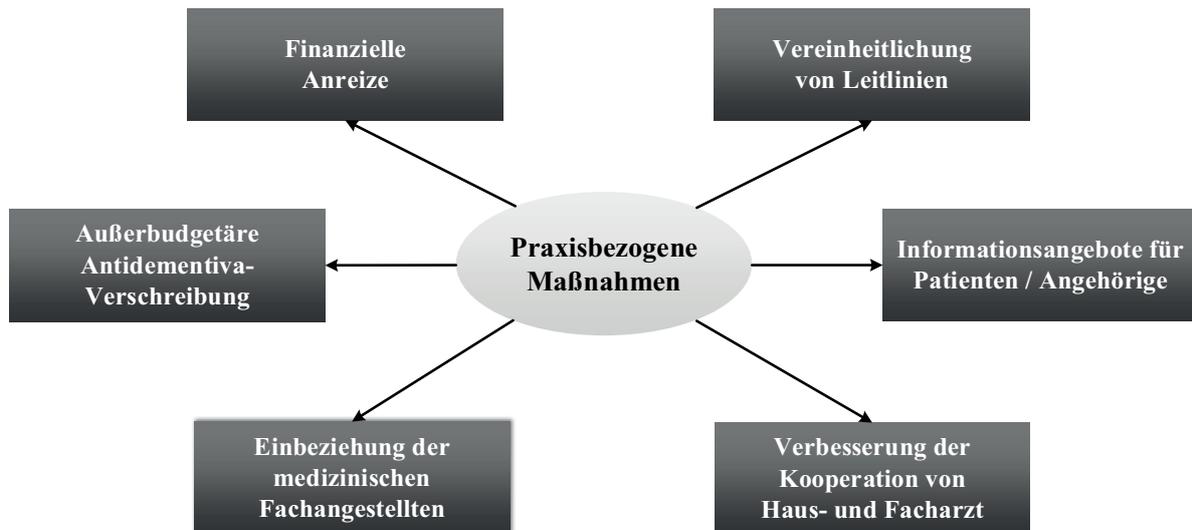


Abbildung 6.3

*Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz durch praxisbezogene Maßnahmen*

#### **a) Finanzielle Anreize**

Im Projekt gaben fast alle Ärzte an, die Vergütung für ihre Leistungen nicht für angemessen zu halten, und auch bei der Entscheidung für oder gegen eine bildgebende Untersuchung scheinen finanzielle Gründe mit ausschlaggebend zu sein. Zudem scheinen die Ärzte nur über eingeschränkte zeitliche Ressourcen zu verfügen. Diese wurden z.B. am häufigsten als Grund angegeben, nicht an der Studie teilzunehmen. Auch bei der Mitarbeit während der Teilnahme an der Studie könnten sie eine Rolle gespielt haben. Ein angemessenes Honorar für ihre Leistungen bei der Demenzdiagnostik könnte daher ein zusätzlicher Anreiz für Ärzte sein. Diesen Ansatzpunkt haben auch die „Wirtschaftlichkeits-Theorien“: Finanzielle Gesichtspunkte gelten als Motor für Veränderungen (Grol et al., 2005; Grol & Grimshaw, 1999, 2003).

#### **b) Außerbudgetäre Antidementiva-Verschreibungen**

Die Verschreibung von Antidementiva ist für Ärzte häufig mit Bedenken wegen Budgetüberschreitungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen verbunden (vgl. Abschnitt 5.6.2.1). Wären die Antidementiva-Verschreibungen außerhalb des normalen Budgets möglich (z.B. als Praxisbesonderheit), würden vermutlich mehr Patienten eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie erhalten. Im Projekt gaben viele Hausärzte an, dass das ihr Verschreibungsverhalten verändern würde. Es sollte selbstverständlich sein, dass jeder Patient nach der Diagnose einen Behandlungsversuch mit Antidementiva erhält.

Mittlerweile ist der Patentschutz für einige Antidementiva ausgelaufen und es gibt preisgünstigere Generika mit dem gleichen Wirkstoff auf dem Markt. Es bleibt abzuwarten, ob sich dadurch etwas am Verschreibungsverhalten der Ärzte ändern wird.

### **c) Vereinheitlichung von Leitlinien**

Die 2009 erschienene S3-Leitlinie „Demenzen“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie herausgegeben und entspricht einem Konsens von 28 Institutionen (vgl. Abschnitt 2.1). Diese Leitlinie wurde erst nach Abschluss des Modellprojekts veröffentlicht, empfiehlt aber im Wesentlichen dieselben Diagnostik- und Therapieschritte für den hausärztlichen Bereich, die den Ärzten durch das Schulungsprogramm BKD im Rahmen des Projekts vermittelt wurden. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stieg leider aus dem Konsensusprozess aus. Ihre eigene Leitlinie (2008) weist einige zur S3-Leitlinie diskrepante Empfehlungen auf. Unterschiedliche Leitlinien haben zur Folge, dass die Ärzte selbst entscheiden müssen, welcher Leitlinie sie folgen. Eine einzige einheitlich geltende Leitlinie hätte einen höheren Verbindlichkeitscharakter.

### **d) Informationsangebote für Patienten / Angehörige**

Innerhalb des Modellprojekts hatten Patienten und Angehörige oft schon viele Monate vor der Diagnosestellung Symptome beobachtet. Die Diagnose kam bei über der Hälfte der Demenzpatienten aufgrund der Initiative der Patienten bzw. der Angehörigen zustande, nicht aufgrund der Initiative des Hausarztes. Daraus folgt, dass nicht nur Ärzte, sondern auch Patienten und Angehörige stärker über die Erkrankung Demenz informiert werden sollten, damit noch mehr Personen noch besser auf mögliche Symptome achten und den Arzt darüber informieren können. Zudem könnten über Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten informierte Patienten und Angehörige sich Ärzten gegenüber besser durchsetzen: Sie könnten selbst auf eine frühzeitige und auch leitliniengerechte Diagnostik und ggf. Behandlung (ggf. nach Überweisung) bestehen, wenn der Arzt keine diagnostischen Untersuchungen in die Wege leitet. Dieser Ansatz entspricht den patientenbezogenen Implementierungstheorien, da er sich auf die Reaktion der Ärzte auf Erwartungen und Verhalten der Patienten bezieht (Grol et al., 2005; Grol & Grimshaw, 1999, 2003). Gezielte Information der Patienten können das Verhalten der Ärzte beeinflussen (vgl. Kirchner, Fiene & Ollenschläger, 2003). Auch die Angehörigen spielen bei der Arzt-Patient-Kommunikation gerade bei Demenzerkrankungen, die oft mit Nicht-Erkennung, Leugnung oder Bagatellisierung der kognitiven Defizite seitens der Patienten einhergehen, eine wichtige Rolle, da sie für die Patienten die Kommunikation mit den Ärzten übernehmen können.

Es sind verschiedene Maßnahmen denkbar, z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Angehörigen-schulungen, Leitlinienversionen für Patienten etc. Auch eine Unterstützung der Angehörigen durch Dritte wäre denkbar, z.B. könnte eine Beratungsstelle (oder ein Beratungstelefon) eingerichtet werden, die direkt Kontakt mit dem Hausarzt aufnimmt und ihn von der Notwendigkeit einer Diagnostik überzeugt oder die Kontaktdaten von einem für die Diagnostik auf-

geschlossenen und geschulten Haus- oder Facharzt oder einer Gedächtnisambulanz in der Nähe des Wohnortes weitergibt.

Insgesamt sollten die Wechselwirkungen zwischen Hausarzt, Patient und Angehörigen – auch im Hinblick auf affektive Faktoren seitens der Hausärzte im Hinblick auf die Arzt-Patient-(Angehörigen-)Beziehung (vgl. oben) – bei der Verbesserung der Frühversorgung von Demenzpatienten neben Aspekten wie Qualifikation der Hausärzte oder Rahmenbedingungen viel stärker Berücksichtigung finden.

#### **e) Einbeziehung der medizinischen Fachangestellten**

Die medizinischen Fachangestellten sollten in die Früherkennung von Demenzerkrankungen mit einbezogen werden, da sie in ihrer täglichen Arbeit mit den Patienten in einer guten Position sind, demenzielle Symptome zu bemerken und die Ärzte darauf aufmerksam zu machen. Solche Maßnahmen sollten in interne Praxisabläufe integriert werden. Weiterhin könnten demenzspezifische Schulungen auch für medizinische Fachangestellte angeboten werden. Vorstellbar wären auch interdisziplinäre Schulungskonzepte für Ärzte und Angestellte. Innerhalb des Projekts haben die Praxisangestellten zum Teil eine entscheidende Rolle übernommen, z.B. bei der Identifizierung von Patienten mit Verdacht auf Demenz.

Die Fachangestellten könnten den Arzt auch bei der späteren Versorgung von Demenzpatienten entlasten, z.B. im Rahmen des Modells der „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)“. VERAH ist eine medizinische Fachangestellte mit spezieller Ausbildung, die den Hausarzt bei der Betreuung von Patienten mit demenziellen, aber auch anderen Erkrankungen unterstützt. Sie übernimmt z.B. Hausbesuche, bei denen keine ärztliche Kompetenz erforderlich ist, oder organisiert im Sinne eines Fallmanagements weiterführende Hilfen.

#### **f) Verbesserung der Kooperation von Haus- und Facharzt**

Im Projekt wurde deutlich, dass die Hausärzte, die selbst diagnostizierten, – auch wenn sie sich bezüglich der Differenzialdiagnose der Demenz nicht sicher waren – ihre Patienten nur sehr selten zur weiteren Abklärung an Fachärzte überwiesen. Diejenigen Hausärzte, die ihre Patienten zur Diagnostik an Fachärzte überwiesen, setzten nur teilweise die Therapieempfehlungen der Fachärzte um. Eine wirkliche Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten war daher nicht anzunehmen. Dabei könnten die Hausärzte von dem Wissen der Fachärzte profitieren und deren Arbeit als Entlastung ihrer eigenen ansehen. Die Fachärzte dagegen hätten Vorteile durch die größere Zahl an Überweisungen und könnten sich darauf verlassen, dass die Patienten auch während der Weiterbetreuung durch die Hausärzte eine angemessene Therapie erhalten und dass ein „Drehtüreffekt“ und Klinikeinweisungen durch konsequente Therapie weitgehend vermieden werden. Nicht nur im Hinblick auf Diagnostik, sondern auch bei der Beurteilung des Therapieerfolgs und der medikamentösen Einstellung neuropsychiatrischer Symptome des Patienten wie Depression oder Aggressivität sollte die Einbeziehung von Fachärzten eine Option sein.

### 6.3.4 Gesellschaftliche Maßnahmen

Im Projekt wurde sowohl durch die Aussagen der Ärzte als auch durch die der Patienten und Angehörigen selbst deutlich, dass das Thema „Demenz“ nach wie vor ein Tabuthema ist: Im Schnitt bestanden nach Auskunft der Patienten und Angehörigen die Symptome schon fast zwei Jahre, ohne dass sie aktiv eine Abklärung anstrebt hätten. Nur etwas mehr als die Hälfte der Patienten und Angehörigen sind schließlich aufgrund der demenziellen Beschwerden gezielt zu ihrem Hausarzt gegangen, bei den anderen initiierte der Hausarzt eine Diagnostik. Nach Auskunft der Ärzte hatten über die Hälfte der Patienten bzw. Angehörigen als Grund für eine Studienablehnung „sonstige“ Gründe angegeben, worunter vor allem „Angst vor der Diagnose“ und ähnliches genannt wurde. Das zeigt, dass das Thema Demenz stark angstbesetzt ist und die Vorteile einer frühzeitigen Diagnose nicht ausreichend bekannt sind. Die Stigmatisierung der Erkrankung innerhalb der Gesellschaft hat zudem wahrscheinlich auch einen Einfluss auf die Einstellung und das Verhalten der Hausärzte.

Der Stellenwert der Versorgung von Menschen mit Demenz muss in Politik und Gesellschaft hoch genug sein, um z.B. einige der oben genannten strukturellen Aspekte wie bestimmte Rahmenbedingungen für Ärzte (z.B. Vergütung für diagnostische Leistungen) durchzusetzen. Zudem sollten einige Aspekte, die im Projektverlauf auffielen, in weiteren Studien untersucht werden.

Erfreulicherweise hat sich in den letzten Jahren in dieser Richtung viel getan, z.B. wurden die Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Demenz erhöht, es wurden zahlreiche Hilfsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen geschaffen, das öffentliche Bewusstsein hat zugenommen. Im hausärztlichen Bereich gilt es aber nach wie vor etliche Hindernisse zu überwinden.

**Verbesserungsvorschläge** (vgl. Abb. 6.4):

#### a) Entstigmatisierung durch neue Altersbilder

Demenz gilt trotz steigenden öffentlichen Bewusstseins noch immer als Tabuthema. Das Bild, das die Bevölkerung von Menschen mit Demenz hat, entspricht – besonders in frühen Phasen der Erkrankung – oft nicht der Realität. Die Vorteile einer frühen Diagnose sind nicht oder nur unzureichend bekannt. Das hat zur Folge, dass Symptome bagatellisiert, versteckt und noch nicht einmal dem Hausarzt gegenüber angesprochen werden und so eine Diagnose verzögert wird. Die Politik und die Gesellschaft müssen weiter daran arbeiten, die Erkrankung zu entstigmatisieren, z.B. durch Reportagen, Interviews, Spielfilme, öffentlich zugängliches Informationsmaterial, Verbesserung der Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Demenz, Angebote für Frühbetroffene, Schulung von im öffentlichen Leben tätigen Personen wie Polizisten, Busfahrern etc., Demenzkampagnen u.v.m.

Wie die Gesellschaft mit dem Thema Demenz als eine häufige Erkrankung im Alter umgeht, wird auch durch die vorherrschenden *Altersbilder* bestimmt. Unter dem Begriff „Altersbild“ versteht man „sowohl Meinungen und Überzeugungen (beliefs) über sich mit zu-

nehmendem Alter vermeintlich einstellende Veränderungen und für ältere Menschen vermeintlich charakteristische Attribute als auch Einstellungen (attitudes) gegenüber Alter und Altern“ (Schmitt, 2004, S. 135). Die Bilder von demenziell erkrankten Menschen beeinflussen die Bemühungen, deren Lebensqualität zu fördern und Versorgungskonzepte zu entwickeln und anzuwenden (Sachverständigenkommission Sechster Altenbericht, 2010). In diesem Sinne betont Schmitt die Bedeutung differenzierter Altersbilder:

Auch bei fortgeschrittener demenzieller Erkrankung sind Menschen noch in der Lage, an gemeinschaftlichen Aktivitäten teilzuhaben, Emotionen zu empfinden und anderen mitzuteilen. Durch eine angemessene Gestaltung der räumlichen Umwelt und durch angemessene Betreuungs- und Versorgungskonzepte kann zumindest in Teilen zu einer besseren räumlichen und zeitlichen Orientierung beigetragen werden. Demenzkranke müssen nicht unglücklich sein. All dies ist – wenn auch durch wissenschaftliche Befunde gut belegt – in der Öffentlichkeit viel zu wenig bekannt. Durch differenziertere Altersbilder könnten hier zum einen in der Bevölkerung weit verbreitete Ängste gelindert werden, zum anderen könnten die Möglichkeiten der Teilhabe schwerstkranker Menschen verbessert werden. (2008, S. 61)

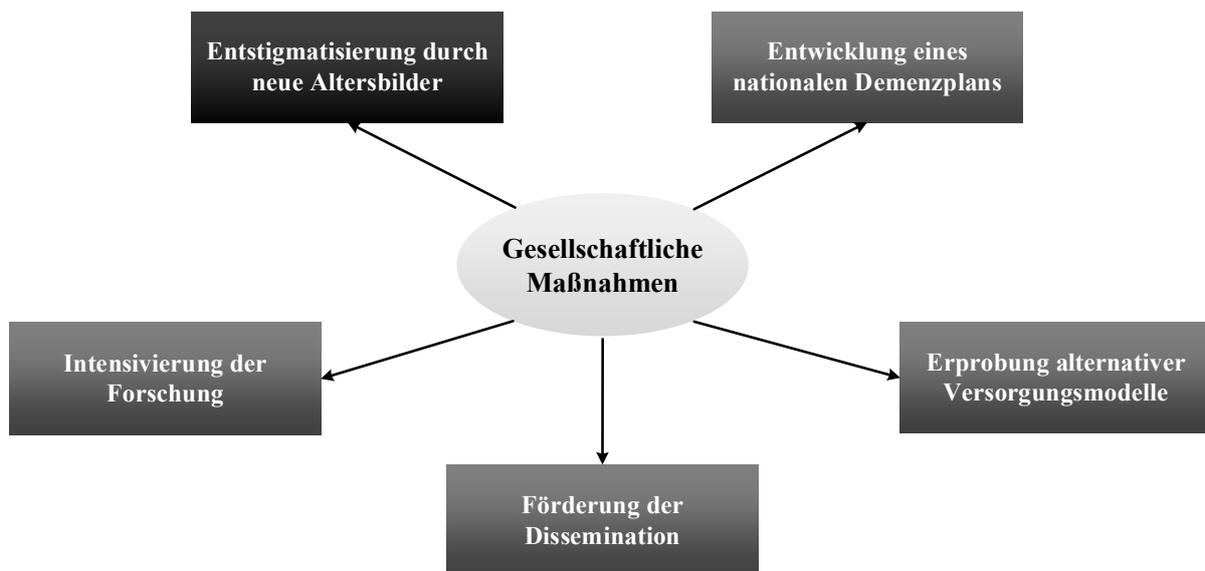


Abbildung 6.4

*Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz durch gesellschaftliche Maßnahmen*

### **b) Entwicklung eines Nationalen Demenzplans**

In einigen Ländern existieren bereits Nationale Aktionspläne Demenz. In Deutschland wäre ein solcher Aktionsplan auch gewinnbringend, um die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern. Es wurde vom BMFSFJ bereits eine Expertise zu diesem Thema in Auftrag gegeben: Das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft erstellte eine vergleichende Analyse Nationaler Aktionspläne zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für

Deutschland. Um die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern, sollten Energien und Kompetenzen gebündelt und Aktivitäten im Bereich der Demenz politisch koordiniert werden. Wiederum wurde die äußerst wichtige Rolle der Hausärzte bei der Demenzversorgung hervorgehoben: So „soll die Nationale Demenzstrategie Wege aufzeigen, die Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus sowie die Diagnostik und Behandlung in niedergelassenen Arztpraxen zu verbessern. . . . Ein wichtiges Thema, das alle Ebenen der Versorgungsoptimierung gleichermaßen betrifft, ist die Qualifizierung ‚der Professionellen‘, womit in erster Linie Pflegekräfte sowie Medizinerinnen und Mediziner . . . angesprochen sind“ (2012, S. 48).

### **c) Intensivierung der Forschung**

Wegen der Bedeutung von frühzeitiger Demenzdiagnostik und -therapie ist weitere Forschung dringend erforderlich. Es wäre u.a. sinnvoll, die finanziellen Einsparungen zu beziffern, die durch eine Senkung der Folgekosten von Demenzerkrankungen entstehen, z.B. durch

- Verringerung der körperlichen und v.a. psychischen Erkrankungen der Angehörigen aufgrund der Belastung der Pflege eines Menschen mit Demenz
- Verringerung von Pflegeheimkosten (der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe) durch Verzögerung des Umzugs ins Pflegeheim

Eine solche gesundheitsökonomische Evaluation könnte dazu beitragen, dass mehr Anstrengungen z.B. von den Krankenkassen unternommen werden, eine frühzeitige Demenzdiagnostik zu fördern.

### **d) Erprobung alternativer Versorgungsmodelle**

Im Modellprojekt wurden zwei mögliche Wege einer hausarztbasierten Demenzdiagnostik untersucht und auch für sinnvoll befunden. Dennoch gibt es auch andere Möglichkeiten: Zum Beispiel könnte man ausschließlich einen der beiden Wege favorisieren:

- Hausärzte ziehen sich aus der Demenzdiagnostik komplett zurück und überweisen Patienten mit Verdacht auf Demenz immer an Fachärzte.
- Hausärzte übernehmen generell die Demenzdiagnostik, nur in wirklichen Ausnahmefällen wird an Spezialisten überwiesen.

Es gibt aber auch ganz andere Alternativen, wie adäquate Versorgungsmodelle aussehen könnten:

- Hausärzte dürfen nur nach einer Prüfung Demenzdiagnostik und -therapie übernehmen. Die Erlaubnis dazu würde so zu einem Qualitätsmerkmal der Praxis werden (Motivation für Ärzte und Sicherstellung der Qualität).
- Jede Person ab einem bestimmten Alter unterzieht sich standardmäßig als Vorsorgeleistung in bestimmten Zeitabständen einem kognitiven Screening bei geschulten Ärzten. Die Vorteile wären, dass Screenings „normal“ werden und dass weder Ärzte noch Patienten die Initiative zur Diagnostik ergreifen müssen.

- Anstelle von Ärzten übernehmen Psychologen oder Gerontologen die neuropsychologische Demenzdiagnostik. Für die medizinischen Untersuchungen könnten Ärzte eingeschaltet werden.
- Demenzdiagnostik wird nur in Gedächtnisambulanzen angeboten. Das regionale Angebot sollte ausgebaut werden, so dass Gedächtnisambulanzen flächendeckend zu finden sind.
- Es werden flächendeckend medizinische Versorgungszentren aufgebaut, die die Versorgung z.B. für geriatrische Patienten übernehmen, darunter auch Demenzdiagnostik durchführen.

Solche möglichen Versorgungsmodelle könnten im Rahmen von Modellprojekten evaluiert werden, um die effektivsten weiterzuentwickeln.

#### e) Förderung der Dissemination

Ein relativ neuer Wissenschaftszweig, die Disseminations- und Implementierungswissenschaft, beschäftigt sich unter anderem mit der „Analyse von Einflussfaktoren, die die Dissemination und Implementierung von Innovationen fördern und hemmen“ (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft). Ziel ist es, die Lücke zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischer Umsetzung (knowledge-to-practice-gap) sowie die Lücke „zwischen gesundheitspolitischen Anforderungen und wissenschaftlichem Erkenntnisstand sowie der tatsächlichen Situation in der Praxis (gap-trias)“ zu schmälern (vgl. Abb. 6.5). Bezüglich der hausärztlichen Demenzversorgung fällt besonders die Lücke zwischen Wissenschaft und Praxis durch die geringen Früherkennungsraten und die zu seltene Leitlinienorientierung bei Diagnostik und Therapie auf. Die Politik fördert zwar die Forschung, kaum aber die Dissemination und Implementierung.

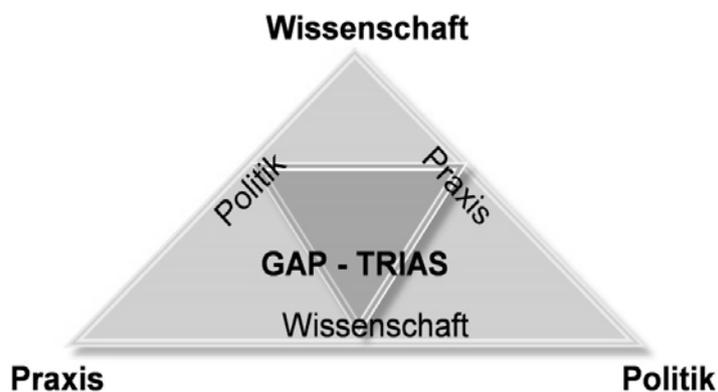


Abbildung 6.5

Gap-Trias zwischen Politik, Praxis und Wissenschaft (nach Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft)

Die Erkenntnisse dieser Wissenschaft sollten mit einbezogen werden, damit eine nachhaltige Implementierung von Demenzdiagnostik und -therapie in den hausärztlichen Bereich gelingen kann.

### 6.3.5 Übergeordnete Verbesserungsvorschläge

In den Punkten 6.3.1 bis 6.3.4 wurde eine Reihe von Verbesserungsmöglichkeiten vorgeschlagen, die die Versorgung von Menschen mit Demenz und insbesondere die Früherkennung von Demenzerkrankungen begünstigen können. Sie betreffen unterschiedliche Bereiche, die zum Teil durch den Arzt selbst, zum Teil durch das Gesundheitssystem oder die Gesellschaft beeinflussbar sind. Berücksichtigt man die zahlreichen Hindernisse, die einer adäquaten Diagnostik und Behandlung im Wege stehen und deren Wechselwirkungen untereinander, ist es fraglich, ob einzelne Verbesserungsmöglichkeiten Erfolg versprechend sind. Effektiver wären wahrscheinlich übergreifende Maßnahmen, die viele Hausärzte ansprechen (vgl. Abb. 6.6).

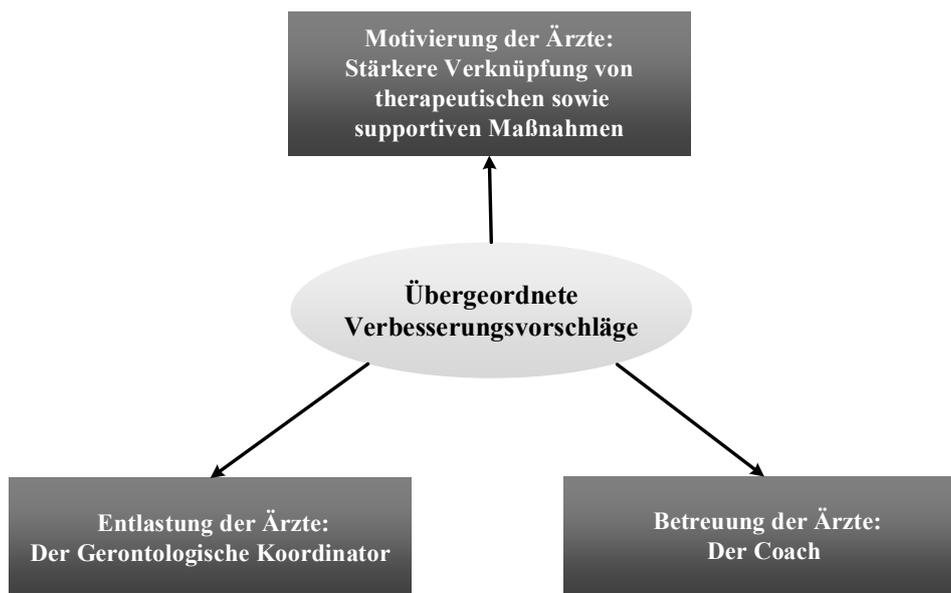


Abbildung 6.6

*Übergeordnete Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz*

#### a) Motivierung der Ärzte: Stärkere Verknüpfung von Diagnostik und therapeutischen sowie supportiven Maßnahmen

Grundlage für eine solche übergreifende Maßnahme kann eine stärkere Verknüpfung von Diagnostik und therapeutischen Möglichkeiten sein (Pentzek & Abholz, 2004): Die Hausärz-

te wären vermutlich eher bereit, eine Diagnose einzuleiten, wenn für sie die Diagnostik mit anschließenden therapeutischen Möglichkeiten verknüpft wäre, wenn sie also genau wissen, welche Vorteile sich aus der Diagnose ergeben könnten. Das heißt, den Hausärzten müssen Einflussmöglichkeiten offeriert werden, die sie den betroffenen Patienten und den Angehörigen anbieten können:

- *Medikamentöse Therapie*: Erstens sollte den Hausärzten der Nutzen eines frühzeitigen Einsatzes von Antidementiva und die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie nicht-kognitiver Symptome deutlich gemacht werden.
- *Kommunikation*: Zweitens sollten die Ärzte Unterstützung bei der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen erhalten, z.B. in Form von Seminaren und Supervision. Der Arzt betreut die Patienten und oft zusätzlich die Angehörigen vor, während und nach der Diagnostik. Seine Aufgabe ist es, sie vom Nutzen der Diagnostik zu überzeugen, sie über die Diagnose aufzuklären und sie während des Krankheitsverlaufs zu begleiten. Es muss den Hausärzten vermittelt werden, dass die Behandlung nicht nur die medikamentöse Therapie der Patienten umfasst, sondern dass der Arzt dauerhafter Ansprechpartner in einer sich verändernden gesundheitlichen Situation für Patienten und Angehörige ist, die davon nachhaltig profitieren können.
- *Supportive Maßnahmen*: Drittens sollte der Arzt über weitere supportive Maßnahmen in der Region wie ambulante Pflegedienste, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, Betreuungsgruppen, Gesprächskreise für Angehörige, Demenzberatungsstellen, Alzheimer Gesellschaften, Angehörigenschulungen etc. informiert sein bzw. zumindest wissen, an welche Beratungsstelle sich die Patienten und Angehörigen wenden können, um diese Informationen zu erhalten.
- *Zusammenarbeit mit Fachärzten*: Viertens sollte eine enge Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Hausärzten und den regionalen Fachärzten, Kliniken und Gedächtnisambulanzen gefördert werden, so dass die Hausärzte bei „schwierigen Fällen“ Unterstützung erhalten und die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessert wird.
- *Fallbesprechungen*: Fünftens sollten bei Bedarf Fallbesprechungen mit allen Beteiligten (Betroffener, Angehörige, Arzt, Gerontologe, Pflegedienst etc.) organisiert werden, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.
- *Menschenbild*: Die Grundlage für die Vermittlung der aufgeführten therapeutischen und supportiven Möglichkeiten sollte ein umfassenderes Menschenbild sein, das über die vorherrschende Konzentration auf die kognitive Beeinträchtigung des Patienten hinausgeht: „In dem Maße, wie der Mensch ausschließlich oder primär mit seiner kognitiver Leistungsfähigkeit gleichgesetzt wird, muss einem die Demenz als Prozess der zunehmenden Zerstörung des ganzen Menschen erscheinen“ (Kruse, 2010, S. xii). Eine solche Konzentration auf kognitive Defizite übersieht nach Kruse die verbliebenen Ressourcen der Person im Bereich emotionaler, empfindungsbezogener, sozial-kommunikativer und alltagspraktischer Qualitäten. Es könnte eine für den

Hausarzt motivierende Aufgabe sein, im Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen auf das Erkennen und Fördern solcher Qualitäten hinzuweisen.

Auf diese Weise stünde den Hausärzten eine breite Palette von therapeutischen und unterstützenden Maßnahmen zur Verfügung, die sie dem Patienten und seinen Angehörigen im Zusammenhang mit einer Früherkennung der Demenz anbieten können, und sie selbst hätten regelmäßige kompetente Unterstützung. Damit verschiebt sich der Schwerpunkt „von nihilistischen Ansichten der Hausärzte auf ein positiv geprägtes Bild ihrer ärztlichen Optionen“ (Pentzek & Abholz, 2004, S. 36).

### **b) Entlastung der Ärzte: Der gerontologische Koordinator**

Auch bei entsprechender Motivation der Hausärzte können sich in der Versorgung von Menschen mit Demenz Schwierigkeiten ergeben. Die Hausärzte haben mit Früherkennung, Diagnostik, medikamentöser und nicht medikamentöser Therapie, Kenntnis und Vermittlung von weiterführenden Hilfen, Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, Fachärzten, Krankenkassen, Pflegediensten etc. sowie Anpassung der gesamten Bandbreite an Maßnahmen an das jeweilige Krankheitsstadium zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung ihrer Patienten mit Demenz und das bei schwierigen Rahmenbedingungen wie eingeschränkten zeitlichen Ressourcen. Es kann von den Hausärzten nicht erwartet werden, die gesamte Versorgung allein zu übernehmen. Diese Aufgabe könnten nach Ansicht der Autorin *gerontologische Koordinatorinnen* leisten. Sie könnten die Versorgung der Patienten nach der Diagnose koordinieren und die Aufgaben auf unterschiedliche Funktionsträger verteilen:

- Beratung der Patienten und Angehörigen über die Erkrankung und weiterführende Hilfen
- Kenntnis und Vermittlung regionaler Unterstützungsangebote je nach individuellem Bedarf (z.B. Anpassung des Wohnraums an den pflegerischen Bedarf, Einsatz technischer Hilfen, Organisation stundenweiser Betreuung zu Hause, finanzielle Unterstützung)
- Verbesserung der Zusammenarbeit aller beteiligten Personen und Institutionen (z.B. Sicherstellung regelmäßiger Arztbesuche, Koordination von Hilfsangeboten, Entlassmanagement)

Der gerontologische Koordinator wäre also gleichzeitig Berater, Vermittler und Schnittstellenmanager. Somit wäre der Hausarzt entlastet, weiß seine Patienten trotzdem gut versorgt und könnte sich auf die originären ärztlichen Aufgaben konzentrieren: die frühzeitige Identifizierung möglicher Demenzpatienten, Diagnostik, medikamentöse Therapie und die unmittelbare Betreuung von Patient und seinen Angehörigen.

Zudem könnte der gerontologische Koordinator den Arzt hinsichtlich nicht-medizinischer Versorgungsmöglichkeiten und aktueller Entwicklungen im Demenzbereich beraten. Neben der Koordination der individuellen Versorgung des Patienten und der individuellen Beratung des Arztes bietet sich für den gerontologischen Koordinator auch ein brei-

teres Arbeitsfeld an: durch Durchführung von Seminaren für Angehörige, Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich der Notwendigkeit von Früherkennung von Demenzerkrankungen, Initiierung und Durchführung von Projekten der Versorgungsforschung usw.

Denkbar wäre eine Anbindung solcher Koordinatoren an gerontologische Institute der Universitäten, wodurch gleichzeitig ein Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis zustande käme. Andere mögliche Träger wären die Alzheimer Gesellschaft, Pflegestützpunkte oder freie Träger, sofern die Finanzierung gesichert wäre.

### **c) Betreuung der Ärzte: Der Coach**

Im Abschnitt Motivierung wurde bereits darauf hingewiesen, dass Hausärzte im Demenzbereich mit affektiven Belastungen konfrontiert werden wie z.B. mit der eigenen Angst vor der Erkrankung, der Angst vor Patientenverlust oder der mangelnden Selbstwirksamkeit. Es ist möglich, dass die Häufung derartiger Belastungen für einige Hausärzte zu einem Ausstieg aus der Behandlung von Patienten mit Demenz oder langfristig zu chronischen Stressreaktionen bis zu depressiven Erschöpfungszuständen (Burnout) führt. Die Mehrzahl der Hausärzte jedoch wird solche Belastungen bewältigen können. Zur Unterstützung der Ärzte – vor allem selbst diagnostizierender Ärzte – wäre nach Ansicht der Autorin der Einsatz eines speziell geschulten Coachs denkbar, idealerweise in Form eines Einzelcoachings.

Coaching ist ursprünglich eine professionelle Form der Beratung von Führungskräften, die sich in den letzten Jahren aber auf vielfältige Zielgruppen ausgeweitet hat. Inzwischen hat sich auch ein Gesundheitscoaching etabliert, das sich auf die Gesundheitsorientierung von Lebens- und Arbeitsstilen richtet (vgl. Ostermann, 2010) und als Rahmen für ein Hausärztecoaching in Frage kommt.

Allgemein wird Coaching definiert als „ein interaktiver, personenzentrierter Beratungs- und Betreuungsprozess, der berufliche und private Inhalte umfassen kann. Im Vordergrund steht die berufliche Rolle bzw. damit zusammenhängende Anliegen des Gecoachten“ (Rauen, 2003, S. 3). Ziel des Coachings ist es nicht, direkte Lösungsvorschläge zu liefern, sondern den Teilnehmer bei der Entwicklung eigener Lösungen zu begleiten und ihm auf diese Weise „Hilfe zur Selbsthilfe zu geben“. Ausgangspunkte der Arbeit im Ärztecoaching könnten die Anliegen und Themen sein, die für den einzelnen Arzt bedeutsam sind, so z. B. die Bewältigung von Konflikten im Umgang mit den Patienten und ihren Angehörigen oder die Optimierung von persönlichen Potenzialen des Arztes im Rahmen der Betreuung von Patient und seinen Angehörigen. Das Coaching kann also ganz auf die Bedürfnisse des einzelnen Hausarztes ausgerichtet werden. Als kostspielige Intervention kommt es sicherlich nicht als Standard in Frage. Es könnte aber zumindest bei besonders interessierten Hausärzten oder als vertiefende Maßnahme im Zusammenhang mit Supervisions- oder Interventionsverfahren für mehrere Hausärzte eingesetzt werden. Coaching lässt sich als übergeordnete Maßnahme verstehen, die Probleme und Optimierungsmöglichkeiten auf allen Ebenen hausärztlichen Handelns aufgreifen kann.

## 6.4 Persönliches Fazit

Das Modellprojekt untersuchte die Bereitschaft und die Kompetenz von Hausärzten, eine Schlüsselrolle in der Frühversorgung von Menschen mit Demenz zu übernehmen. Die Ergebnisse bestätigen die Existenz von Barrieren seitens der Hausärzte bezüglich Demenzdiagnostik und -therapie, zeigen aber auch die immensen Chancen einer hausarztbasierten Demenzversorgung.

Im Projekt wurde deutlich, welche Möglichkeiten in einer hausarztbasierten Demenzdiagnostik liegen: Hausärzte erreichen viele Menschen und können Demenzen in frühen Stadien erkennen. Sie sind damit in der idealen Position, zur frühzeitigen Demenzdiagnostik beizutragen. Sie können unter bestimmten Voraussetzungen eigenständig Demenzdiagnostik und -therapie durchführen, so dass nicht grundsätzlich die Konsultation von Fachärzten notwendig ist. Viele Hausärzte sehen sich selbst in der Verantwortung bezüglich der Versorgung von Menschen mit Demenz und glauben, dass sie zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen können.

Das aktive Vorgehen hinsichtlich der Früherkennung von Demenz muss eine selbstverständliche Aufgabe der Hausärzte werden und in den täglichen Praxisalltag integriert werden. Auch falls Hausärzte die Diagnostik nicht selbst durchführen können oder wollen, sollten sie zumindest insofern eine aktive Rolle übernehmen, indem sie auf Anzeichen einer möglichen beginnenden Demenz achten, ihre Patienten darauf ansprechen und sie ggf. zu einem Facharzt überweisen. Diese Rolle können nur die Hausärzte übernehmen, daher müssen sie sich dieser Verantwortung stellen.

Patienten haben das Recht, sich zu entscheiden, ob sie eine Diagnostik wünschen und ob sie die Diagnose wissen möchten. Entscheiden sie sich bewusst dagegen, ist dieser Wunsch zu respektieren. Aber die Betroffenen sollten die Möglichkeit haben, die Entscheidung für oder gegen eine Diagnostik überhaupt treffen zu können. Dazu gehört, dass man ihnen den Zugang zu einer Diagnostik ermöglicht. Bei der Entscheidung für oder gegen eine Diagnostik spielt die Haltung des Arztes eine große Rolle: Ist er selbst davon überzeugt, dass die Diagnose eher schadet als nützt, werden sich seine Patienten vielleicht auch eher gegen eine Diagnostik entscheiden, als die Patienten eines Arztes, der ihnen die Vorteile einer Diagnosestellung überzeugend erklären kann.

Das Projekt hat aber auch gezeigt, dass sogar Hausärzte, die sich für eine Studie zum Thema Demenzdiagnostik interessieren, zum Teil erschreckend wenig über diese Erkrankung wissen. An dieser Stelle muss nochmal darauf hingewiesen werden, dass es innerhalb des Projekts große Unterschiede bezüglich der Motivation und der Qualifikation der Ärzte gab: Es gab Ärzte, die sich von Anfang an sehr engagierten und professionelle Ansprechpartner für betroffene Patienten und Angehörige waren. Das Projekt zeigt somit die große Bandbreite des unterschiedlichen Ausmaßes hinsichtlich Qualifikation und Motivation – die Bandbreite ist in der Ärzteschaft im allgemeinen vermutlich noch größer. Es besteht also ein großer Handlungsbedarf, um die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern.

Dazu gehört nicht nur eine frühzeitige Diagnose, sondern auch eine adäquate Versorgung nach der Diagnose. Beispielhaft seien hier Anlaufstellen für Frühbetroffene, Unterstützung der Angehörigen, wohnortnahe interdisziplinäre Versorgung, Stärkung der ambulanten Versorgung, angemessene Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken und Vermeidung stationärer Aufenthalte genannt. Aber die Diagnose ist der erste Schritt. Im Rahmen dieser Arbeit wurden einige konkrete Verbesserungsvorschläge für die Frühversorgung von Menschen mit Demenz herausgearbeitet.

Es ist die Aufgabe der Gesellschaft und der Politik, solche Strukturen im Gesundheitssystem zu schaffen, die den Ärzten eine adäquate Versorgung ihrer Demenzpatienten ermöglichen. Die Maßstäbe für eine solche Versorgung können durch Leitlinien gesetzt werden. Es ist Aufgabe der Ärzte, innerhalb der bestehenden Strukturen eine bestmögliche Versorgung ihrer Patienten zu gewährleisten.

## Literaturverzeichnis

- Alzheimer Europe (2009). *Estimated number of people (2006) with dementia*. Zugriff am 14.04.2010 unter [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/echi/docs/dementia2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/docs/dementia2_en.pdf)
- Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. (2013). „Beipackzettel“ *Demenzdiagnose. Eine Handreichung für Haus- und Fachärzte*. Stuttgart.
- Alzheimer Info (2005). Zitat Lynn Jackson, 2/2005. Zugriff am 07.04.2012 unter [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Fruhe\\_Phase/Interview\\_Lynn\\_Jackson\\_AlzInfo\\_0205.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Fruhe_Phase/Interview_Lynn_Jackson_AlzInfo_0205.pdf)
- Alzheimer's Disease International (Ed.). (2011). *Weltalzheimerbericht 2011. Die Vorteile von frühzeitiger Diagnose und Intervention. Zusammenfassung*. Zugriff am 08.04.2012 unter <http://www.alz.co.uk/research/Weltalzheimerbericht2011.pdf>
- Alzheimer's Disease International (Hrsg.). (2009). *Weltalzheimerbericht 2009. Kurzfassung*. Zugriff am 31.03.2012 unter <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Deutsch.pdf>
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (2013a). *AWMF-Regelwerk Leitlinien. Einführung: Was sind Leitlinien?* Zugriff am 31.08.2013 unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/einfuehrung.html>
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (2013b). *AWMF-Regelwerk Leitlinien: Stufenklassifikation*. Zugriff am 31.08.2013 unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/postufenklassifikation.html>
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (Hrsg.). (2004). *Arzneiverordnung in der Praxis. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Demenz*. Zugriff am 14.04.2010 unter <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/A-Z/PDF/Demenz.pdf#page=1&view=fitB>
- Baltissen, R. (2000). Psychische Veränderungen im Alter. In I. Füsgen (Hrsg.), *Der ältere Patient. Problemorientierte Diagnostik und Therapie* (3., neubearbeitete und erweiterte Aufl., S. 8-12). München, Jena: Urban & Fischer.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1987). *Manual of the revised Beck Depression Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Benkert, O. & Hippus, H. (2011). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Beyermann, S., Trippe, R.H., Bähr, A.A. & Püllen, R. (2013). Mini-Mental-Status-Test im stationären geriatrischen Bereich [online publiziert]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Zugriff am 31.03.2013 unter <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-013-0488-6>
- Bischof-Köhler, D. (2011). *Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede* (4., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohlken, J. (2007). Ambulante Demenzversorgung. *Psychoneuro*, 33 (7+8), 319.
- Boise, L., Neal, M.B. & Kaye, J. (2004). Dementia assessment in primary care: results from a study in three managed care systems. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59 (6), M621-M626.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4., vollst. überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.

- Bortz, J., Lienert, G.A. & Boehnke, K. (2008). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik* (3., korrigierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Boustani, M., Callahan, C.M., Unverzagt, F.W., Austrom, M.G. Perkins, A.J., Fultz, B.A. et al. (2005). Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (7), 572-577.
- Bühl, A. (2008). *SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse* (11., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bühl, A. (2010). *PASW 18. Einführung in die moderne Datenanalyse* (12., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 43 (3), 190-197.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998): *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997). Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 94, A2154-2155.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2002). *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Zugriff am 09.04.2012 unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=5362.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2007). *Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Rahmen der Ressortforschung zum „Leuchtturmprojekt Demenz“*. Zugriff am 22.05.2013 unter [http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/dokumente/Gesundheitsforschung/Bekanntmachung\\_LT\\_Demenz\\_final.pdf](http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/dokumente/Gesundheitsforschung/Bekanntmachung_LT_Demenz_final.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2010). *Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber: von der Diagnose bis zur Betreuung* (3. Aufl.). Zugriff am 09.04.2012 unter [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_broschueren/BMG-P-G504-Wenn-das-Gedaechtnis-nachlaesst.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/BMG-P-G504-Wenn-das-Gedaechtnis-nachlaesst.pdf)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände. *Datenbank*. Eschborn: ABDATA Pharma-Daten-Service. Stand: 08.02.2013.
- Bussche, H. van den (2006). *Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit Demenz*. Presseworkshop „Demenzen“ am 19. September 2006 in Berlin.
- Bussche, H. van den & Kaduszkiewicz, H. (2005). Verschreibungsmuster und Wirksamkeitsvermutung von Antidementiva. *Nervenheilkunde*, 34, 485-92.
- Bussche, H. van den, Kuduszkiewicz, H., Koller, D., Eisele, M., Steinmann, S., Glaeske G. et al. (2011). Antidementia drug prescription sources and patterns after the diagnosis of dementia in Germany: results of a claims data-based 1-year follow-up. *International Clinical Psychopharmacology*, 26 (4), 225-231.
- Bussche, H. van den (2006). *Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit Demenz*. Presseworkshop „Demenzen“ am 19. September 2006 in Berlin.

- Cahill S., Clark, M., O'Connell, H., Lawlor, B., Coen, R.F. & Walsh, C. (2008). The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 663-669.
- Callahan, C.M., Boustani, M.A., Unverzagt, F.W., Austrom, M.G., Damush. T.M., Perkins, A.J. et al. (2006). Controlled Trial With Alzheimer Disease in Primary Care: A Randomized Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults. *Journal of the American Medical Association*, 295 (18), 2148-2157.
- Carrière, I., Fourrier-Reglat, A., Dartigues, J.F., Rouaud, O., Pasquier, F., Ritchie, K. et al. (2009). Drugs with anticholinergic properties, cognitive decline, and dementia in an elderly general population: the 3-city study. *Archives of Internal Medicine*, 169, 1317-1324.
- Clark, C.M., Sheppard, L., Fillenbaum, G.G., Galasko, D., Morris, J.C., Koss, E. et al. (1999). Variability in Annual Mini-Mental State Examination Score in Patients With Probable Alzheimer Disease: A Clinical Perspective of Data From the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. *Archives of Neurology*, 56 (7), 857-862.
- Connell, C.M., Boise, L., Stuckey, J.C., Holmes, S.B. & Hudson, M.L. (2004). Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians. *Gerontologist*, 44 (4), 500-507.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44 (12), 2308.
- Cummings, J.L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory. Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48 (suppl. 6), 10-16.
- Damian, M., Kreis, M., Krumm, B., Syren, M. & Hentschel, F. (2003). Unterscheiden sich die Diagnosen der Patienten einer Gedächtnisambulanz nach dem Überweisungsmodus? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36 (3), 197-203.
- Danek, A. (2011). Pick-Komplex: frontotemporale Lobärdegeneration. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (3., aktualisierte und überarbeitete Aufl., S.155-172). Heidelberg: Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.). (2008). *Demenz. DEGAM – Leitlinie Nr. 12*. Zugriff am 12.09.2013 unter [http://www.degam.de/uploads/media/LL-12\\_Langfassung\\_TJ\\_03\\_korr.pdf](http://www.degam.de/uploads/media/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (2004). *Empfehlungen zur Therapie dementieller Erkrankungen*. Zugriff am 14.04.2010 unter [http://www.dggpp.de/documents/DGGPP\\_EmpfehlungenZurTherapieDementiellerErkrankungenMaerz2004.pdf](http://www.dggpp.de/documents/DGGPP_EmpfehlungenZurTherapieDementiellerErkrankungenMaerz2004.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. *Dissemination und Implementierung – SDI*. Zugriff am 20.10.2013 unter <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/sektionen/pflege-und-gesellschaft/disseminations-und-implementierungswissenschaft-diw>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). (2009a). *S3-Leitlinie „Demenzen“*. *Kurzversion*. Zugriff am 22.10.2011 unter [http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/ll\\_demenz/ll-demenz-kurz-170210.pdf](http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/ll_demenz/ll-demenz-kurz-170210.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). (2009b). *S3-Leitlinie „Demenzen“*. *Langversion*. Zugriff am 11.11.2012 unter [http://www.dgn.org/images/stories/dgn/pdf/s3\\_leitlinie\\_demenzen.pdf](http://www.dgn.org/images/stories/dgn/pdf/s3_leitlinie_demenzen.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2000). *Behandlungsleitlinie Demenz*. In *Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie*

- und -psychotherapie sowie dem Bundesverband Deutscher Nervenärzte (BVDN). Darmstadt: Steinkopff.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Hrsg.). (2007). *Richtlinie zur Manuskriptgestaltung* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Donath, C., Grässel, E., Grossfeld-Schmitz, M., Menn, P., Lauterberg, J., Wunder, S. et al. (2010). Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients – results of a controlled cluster-randomized study. *BMC Health Services Research*, 10, 314.
- Ebert, T. (2011). *Psychiatrie systematisch*. (8. Aufl.). Bremen: UNI-MED.
- Eisele, M., Bussche, H. van den, Koller, D., Wiese, B., Kaduszkiewicz, H., Maier, W. et al. (2010). Utilization Patterns of Ambulatory Medical Care before and after the Diagnosis of Dementia in Germany – Results of a Case-Control Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 475-483.
- Fellgiebel, A. (2008). *Antrag an das Bundesministerium für Gesundheit zur Förderung eines Vorhabens zum „Leuchtturmprojekt Demenz“ – Themenfeld 3 „Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung“*. Hausarztbasiertes Modellprojekt Demenzversorgung. Mainz.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London: Sage.
- Förstl, H. (2011). *Demenzen in Theorie und Praxis*. (3., aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Förstl, H., Kurz, A. & Hartmann, T. (2011). Alzheimer-Demenz. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (3., aktualisierte und überarbeitete Aufl., S. 47-72). Heidelberg: Springer.
- Förstl, H. & Lang, Ch. (2011). Was ist „Demenz“. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (3., aktualisierte und überarbeitete Aufl., S. 3-9). Heidelberg: Springer.
- Förtsch, B., Förstl, H. & Grazi-Pabst, E. (2011). Sozialpädagogische Hilfen. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (3., aktualisierte und überarbeitete Aufl., S. 503-540). Heidelberg: Springer.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975) "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Friedrich, M. (2005). *Qualitätsverbesserung in der allgemeinmedizinischen Depressionsbehandlung durch die Förderung von Leitlinienorientierung und Patientenbeteiligung*. Dissertation. Zugriff am 18.10.2013 unter <http://d-nb.info/978096371/34>
- Fritze, J. (2011). Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2011. *Psychopharmakotherapie*, 18, 245-256.
- Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 18-27.
- Ganguli, M., Rodriguez, E., Mulsant, B., Richards, S., Pandav, R., Bilt, J.V. et al. (2004). Detection and management of cognitive impairment in primary care: The Steel Valley Seniors Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1668-1675.
- Gaul, C., Malcherczyk, A., Schmidt, T., Helm, J. & Haerting, J. (2010, Februar). Motivation of patients to participate in clinical trials. An explorative survey. *Medizinische Klinik*, 105 (2), 73-79.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie / AM-RL). Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie. Gesetzliche Verordnungsentschlüsse in der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen. Zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsentschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V (OTC-Übersicht)*. Zugriff am 09.11.13 unter <http://www.g-ba.de/downloads/83-691-257/AM-RL-I-OTC-2011-06-09.pdf>
- Geschke, K., Scheurich, A., Schermuly, I., Laux, N., Böttcher, A. & Fellgiebel, A. (2012). Effectivity of early psychosocial counselling for family caregivers in general practitioner based dementia care. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137 (43), 2201-2206.
- Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W.H.L. & Oude-Rikkert, M.G.M. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333 (7580), 1196.
- Grass-Kapanke, B., Kunczik, T. & Gutzmann, H. (2008). *Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor – DIAS*. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (Bd. 7). Berlin.
- Gray, C.D. & Kinnear, P.R. (2012). *IBM SPSS Statistics 19 Made Simple*. Hove and New York: Psychology Press.
- Grol R., Grimshaw J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 25, 503-13.
- Grol R., Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225-30.
- Grol R., Wensing M., Eccles M. (2005). *Improving Patient Care. The implementation of change in clinical practice*. Toronto: Elsevier.
- Gunzelmann, T. & Oswald, W.D. (2005). *Gerontologische Diagnostik und Assessment*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haberl, R.L. (2011). Morbus Binswanger und andere vaskuläre Demenzen. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (3., aktualisierte und überarbeitete Aufl., S. 93-112). Heidelberg: Springer.
- Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U. & Rönsch, H. (2005). *SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heuser, I. (2010). *Alzheimer und Demenz. Wissen, was stimmt*. Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.
- Hindmarch, I., Lehfeld, H., Jong, P. de, Erzigkeit, H. (1998). The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 9 (suppl. 2), 20-26.
- Hindmarch, I., Lehfeld, H., de Jong P., Erzigkeit, H. (1999). Die Bayer ADL Skala (B-ADL): Ein Instrument zur Beurteilung der frühen Demenz. In B. Vellas & L.J. Fitten (Hrsg.), *Demenz vom Alzheimer Typ. Forschung und Praxis 2. Deutsche Fassung* (S. 146-154). New York: Springer.
- Hinton, L., Franz, C.E., Reddy, G., Flores, Y., Kravitz, R.L. & Barker, J.C. (2007). Practice Constraints, Behavioral Problems, and Dementia Care: Primary Care Physicians' Perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (11), 1487-1492.

- Höppner, K. & Maarse, J.A.M. (2003). Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. *Gesellschaft und Gesundheit Wissenschaftsforum*, 3 (3. Jg.).
- Hoffmann, F., Bussche, H. van den, Glaeske, G. & Kaduszkiewicz, H. (2010). Eight-year prescription trends of memantine and cholinesterase inhibitors among persons 65 year old and older in Germany. *International Clinical Psychopharmacology*, 25, 29-36.
- Holle, R., Gräbel, E., Ruckdäschel, S., Wunder, S., Mehlig, H., Marx, P. et al. (2009). Dementia care initiative in primary practice – study protocol of a cluster randomized trial on dementia management in a general practice setting. *BMC Health Services Research*, 9, 91.
- Holt, H., Schmiedl, S. & Thürmann, P.A. (2011). *Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste*. Zugriff am 01.04.2012 unter [http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste\\_PRISCUS-TP3\\_2011.pdf](http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)
- Hout, H. van, Vernooij-Dassen, M.J. & Stalman, W.A. (2007). Diagnosing dementia with confidence by GPs. *Family Practice*, 24, 616-621.
- Hout, H. van, Vernooij-Dassen, M. J., Bakker, K., Blom, M. & Grol, R. (2000). General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient education and counseling*, 39 (2-3), 219-225.
- Illiffe, I., Robinson, L., Brayne, C., Goodman, C., Rait, G., Manthorpe, J. et al. (2009). Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 895-901.
- Illiffe, S., Manthorpe, J. & Eden, A. (2003). Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. *Family Practice*, 20 (4), 376-381.
- Illiffe, S., Walters, K. & Rait, G. (2000). Shortcomings in the diagnosis and management of dementia in primary care: towards an educational strategy. *Aging & Mental Health*, 4 (4), 286-291.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2007). *Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht*. Zugriff am 24.09.2011 unter [https://www.iqwig.de/download/A0519A\\_Abschlussbericht\\_Cholinesterasehemmer\\_bei\\_Alzheimer\\_Demenz.pdf](https://www.iqwig.de/download/A0519A_Abschlussbericht_Cholinesterasehemmer_bei_Alzheimer_Demenz.pdf)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2008). *Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Vorbericht*. Zugriff am 10.11.2008 unter [http://www.iwig.de/download/A0519D\\_Vorbericht\\_Nichtmedikamentose\\_Behandlung\\_der\\_Alzheimer\\_Demenz\\_Vorbericht\\_V\\_1\\_0.pdf](http://www.iwig.de/download/A0519D_Vorbericht_Nichtmedikamentose_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz_Vorbericht_V_1_0.pdf)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2009a). *Memantin bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht*. Zugriff am 31.03.2012 unter [https://www.iqwig.de/download/A0519C\\_Abschlussbericht\\_Memantin\\_bei\\_Alzheimer\\_Demenz.pdf](https://www.iqwig.de/download/A0519C_Abschlussbericht_Memantin_bei_Alzheimer_Demenz.pdf)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2009b). *Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz*. Zugriff am 02.02.13 unter [https://www.iqwig.de/download/A0519D\\_Abschlussbericht\\_Nichtmedikamentose\\_Behandlung\\_der\\_Alzheimer\\_Demenz.pdf](https://www.iqwig.de/download/A0519D_Abschlussbericht_Nichtmedikamentose_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz.pdf)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2011). *Langes Ringen um angemessen aufbereitete Hersteller-Daten führt zu Neu-Bewertung von Memantin. Änderung des IQWiG-Abschlussberichts von 2009: Belege für Nutzen bei Kognition, Hinweise bei Alltagskompetenz. Pressemitteilung 26.04.2011*. Zugriff am 31.03.2012 unter <https://www.iqwig.de/sidfe3c32f9a47cb936ba1adb00611231df/langes-ringen-um-angemessen-aufbereitete-1283.html?random=a1cf98>
- Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (2012). *Expertise „Nationale Demenzstrategien“*. Vergleichende Analyse zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Deutschland.

Zugriff am 07.07.2013 unter [http://iso-institut.de/download/Nationale\\_Demenzstrategien\\_Endbericht\\_BMFSFJ.pdf](http://iso-institut.de/download/Nationale_Demenzstrategien_Endbericht_BMFSFJ.pdf)

- Kaduszkiewicz, H., Bachmann, C. & Bussche, H. van den (2008). Telling “the truth” in dementia – do attitude and approach of general practitioners and specialists differ? *Patient Education and Counseling*, 70, 220-226.
- Kaduszkiewicz, H., Röntgen, I., Mossakowski, K. & Bussche, H. van den (2009). 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*, 42, 155-162.
- Kaduszkiewicz, H., Wiese, B. & Bussche, H. van den (2007). Die Versorgung Demenzkranker aus Sicht niedergelassener Haus- und Gebietsärzte – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 101, 15-20.
- Kaduszkiewicz, H., Wiese, B. & Bussche, H. van den (2008). Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: Results of a postal survey. *BMC Health Services Research*, 8 (54), 1-10.
- Kalbe, E., Brand, M., Kessler, J. & Calabrese, P. (2005). Der DemTect in der klinischen Anwendung. Sensitivität und Spezifität eines kognitiven Screeninginstruments. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18, 121-130.
- Kaplanek, M. & Wilken, A. (2008). *Forschungsbericht. Bedarfe von dementiell Frühbetroffenen in ihren Lebenswelten. Leitfadeninterviews mit Menschen mit Gedächtnisstörungen*. Zugriff am 07.04.2012 unter [http://demenz-sh.de/images/pdf/bedarfe\\_fruhehbetroffene.pdf](http://demenz-sh.de/images/pdf/bedarfe_fruhehbetroffene.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010). *Honorar. Honorarverteilung und -berechnung: Wie kommt das Geld zum Arzt?* Zugriff am 02.02.2013 unter <http://www.kbv.de/37903.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012). *Honorar. Vom Honorarumsatz zum Nettoeinkommen*. Zugriff am 03.02.2013 unter <http://www.kbv.de/24851.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2013. Arztgruppen-EBM. Hausarzt*. Zugriff am 02.02.2013 unter <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=c0fa579d19d004843b5733694fb4b43c&DocId=003751341&Page=1>
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2013). *Übersicht der Euro-EBM-Werte*. Zugriff am 02.02.2013 unter [http://www.kvrlp.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Meldungen/Honorar/Euro-EBM-Tabelle.pdf](http://www.kvrlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Meldungen/Honorar/Euro-EBM-Tabelle.pdf)
- Kessler, J., Calabrese, P., Kalbe, E. & Berger, F. (2000). DemTect: Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. *Psycho*, 26, 343-347.
- Kessler, J., Markowitsch, H.J. & Denzler, P.E. (1990). *MMST: Mini-Mental-Status-Test*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Kessler, H. & Supprian, T. (2003). Zum Problem der Krankheitseinsicht bei Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 71, 541-548.
- Kirchner, H., Fiene, M. & Ollenschläger, G. (2003). Bewertung und Implementierung von Leitlinien. *Rehabilitation*, 42, 74-82.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Koch, T. & Iliffe, S. for the EVIDEM-ED project (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*, 11, 52.

- Koller, D., Eisele, M., Kaduszkiewicz, H., Schön, G., Steinmann, S., Wiese, B. et al. (2010). Ambulatory health services utilization in patients with dementia – Is there an urban-rural difference? *International Journal of Health Geographics*, 9, 59.
- Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). (2005). *Leitlinien Diagnostik und Therapie degenerativer Demenzen*. Stuttgart: Thieme.
- Kopetsch, T. (2010). *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung* (5., aktualisierte und komplett überarbeitete Aufl.). Zugriff am 09.11.2013 unter [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie\\_03092010.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf)
- Kopp, I.B. (2011). Von Leitlinien zur Qualitätssicherung. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 160-165.
- Krohne, H.W. & Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2010). Einführung. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zur Bewältigung einer Grenzsituation menschlichen Lebens* (S. xi-xvi). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (Hrsg.). (2006). *Demenz-Info. Rat und Hilfe für pflegende Angehörige*. Materialien zur Gesundheitsförderung. LZG-Schriftenreihe (Nr. 124). Mainz.
- Laux, N., Melchinger, H., Scheurich, A., Schermuly, I., Germann, I., Hilgert S. et al. (2010). Improving general practitioners guided dementia care: the pilot project start-modem in Rheinland-Pfalz, Germany. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135, 2175-2180.
- Lehfeld, H. & Niklewski, G. (2008). Psychometrische 1-Jahres-Verlaufsdaten bei Patienten mit leichter Demenz, *Nervenheilkunde*, 27 (suppl. 1), 10-11.
- Löppönen, M., Räihä, I., Isoaho, R., Vahlberg, T. & Kivela, S.-L. (2003). Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care – a more active approach is needed. *Age and Ageing*, 32 (6), 606-612.
- Löppönen, M.K., Isoaho, R.E., Räihä, I.J., Vahlberg, T.J., Loikas, S.M., Takala, T.I. et al. (2004). Undiagnosed Diseases in Patients with Dementia – A Potential Target Group for Intervention. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18, 321- 329.
- Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M. & Teri, L. (2002). Assessing Quality of Life in Older Adults With Cognitive Impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64, 510-519.
- Lyketsos, C.G, Carrillo, M.C., Ryan, J.M., Khachaturian, A.S., Trzepacz, P., Amatniek, J. et al. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7 (5), 532-539.
- Lyketsos, C.G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A.L., Breitner, J. & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Journal of the American Medical Association*, 288 (12), 1475-1483.
- Maeck, L., Haak, S., Knoblauch, A. & Stoppe, G. (2007). Early diagnosis of dementia in primary care: a representative eight-year follow-up study in Lower Saxony, Germany. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 22-31.
- Maeck L., Haak S., Knoblauch A. & Stoppe G. (2008). Dementia Diagnostics in Primary Care: A Representative 8-Year Follow-Up study in Lower Saxony, Germany. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25, 127-134.

- Majic, T., Pluta, J.-P., Mell, T., Aichberger, M.C., Treusch, Y., Gutzmann, H. et al. (2010). The Pharmacotherapy of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia: A Cross-Sectional Study in 18 Homes for the Elderly in Berlin. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107 (18), 320-327.
- Medizinisches Wissensnetzwerk „evidence.de“ der Universität Witten / Herdecke (2005). *Demenz-Leitlinie Haupttext*. Zugriff am 14.04.2010 unter <http://www.evidence.de>
- Melchinger, H. (2007a). *BKD. Behandlungskompetenz Demenz. Ein innovatives Fortbildungsprogramm für niedergelassene Ärzte. Manual und Folien*. Medizinische Hochschule Hannover.
- Melchinger, H. (2007b). Demenzerkrankungen: Chronische Versorgungsdefizite. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (47), A 3236-3237.
- Melchinger, H. (2009). Alzheimer-Demenz. Fortschritte in der Forschung, aber Stagnation in der Versorgung? *NeuroTransmitter*, 5, 10-20.
- Melchinger, H. (2010a). Die aktuelle Versorgungslage muss verbessert werden. In I. Füsgen (Hrsg.), *Herausforderungen für die Pflege Demenzkranker: Stürze, Fixierungen, Schluckstörungen und Desorientierung*, 33. *Workshop des Zukunftsforum Demenz*, 29, 17-24.
- Melchinger, H. (2010b). Medizinische Versorgung von Demenzkranken. *Geriatric Journal*, 3.
- Melchinger, H. & Machleidt, W. (2005a). Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. Analysen zur Versorgungssituation und Ansätze für Qualifizierungsmaßnahmen. *Nervenheilkunde*, 24, 493-498.
- Melchinger, H. & Machleidt, W. (2005b). Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? Ergebnisse einer Interviewstudie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81, 191-196.
- Millard, F. (2008). GP management of dementia. A consumer perspective. *Australian Family Physician*, 37 (1-2), 89-92.
- Mitchell, A.J. (2009) A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (4), 411-431.
- Morris, J.C., Heyman, A., Mohs, R.C., Hughes, J.P., Belle, G. van, Fillenbaum, G. et al. (1989). The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, 39, 1159-1165.
- Natale, B., Wohlrab, D., Förtsch, B., Förstl, H., Kurz, A. & Diehl-Schmid, J. (2011). Alzheimer-Demenz mit präsenilem Beginn – Besonderheiten in Diagnostik, Therapie und Management. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (3., aktualisierte und überarbeitete Aufl., S. 73-92). Heidelberg: Springer.
- Olafsdottir, M., Skoog, I. & Marcusson, J. (2000). Detection of dementia in primary care: the Linköping study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 11, 223-229.
- Ostermann, D. (2010). *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden: Springer.
- Pentzek, M. & Abholz, H.-H. (2004). Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis – Der Stand der Forschung zu möglichen Einflussfaktoren. In M. Essers, T. Gerliner, M. Herrmann, L. Hinricher, U. Lenhardt, A. Seidler et al. (2004), *Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin* (Bd. 40, S. 22-39). Berlin: Argument-Verlag.
- Pentzek, M., Fuchs, A., & Abholz, H.H. (2005). Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. Kognitive, affektive und externe Komponenten. *Nervenheilkunde*, 24, 499-506.

- Pentzek, M., Fuchs, A., Wiese, B. & Abholz, H. H. (2010). Welche Informationen nutzen Hausärzte zur Einschätzung des kognitiven Status älterer nicht dementer Patienten? *Psychiatrische Praxis*, 37 (8), 377-383.
- Pentzek, M., Wollny, A., Wiese, B., Jessen, F., Haller, F., Maier, W. et al. (2009). Apart From Nihilism and Stigma: What Influences General Practitioners' Accuracy in Identifying Incident Dementia? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (11), 965-975.
- Perneczky, R.G. (2004). *Kurze kognitive Tests: Validierung dreier neuropsychologischer Werkzeuge in der Diagnostik der leichten kognitiven Beeinträchtigung und der leicht- bis mittelgradigen Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Dissertation.* Zugriff am 11.08.2013 unter <http://dnb.info/972057870/34>
- Pimlott, N.J., Persaud, M., Drummond, N., Cohen, C.A., Silvius, J.L., Seigel, K. et al. (2009). Family physicians and dementia in Canada: Part 1. Clinical practice guidelines: awareness, attitudes, and opinions. *Canadian Family Physician*, 55 (5), 506-507.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Ramakers, I., Visser, P.J., Aalten, P., Boesten, J., Metsemakers, J.F.M., Jolles, J. et al. (2007). Symptoms of Preclinical Dementia in General Practice up Five Years before Dementia Diagnosis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24, 300-306.
- Rauen, C. (2003). *Coaching*. Göttingen: Hogrefe.
- Reese, J.P., Hessmann, P., Seeberg, G., Henkel, D., Hirzmann, P., Rieke, J. et al. (2011). Cost and care of patients with Alzheimer's disease: clinical predictors in German health care settings. *Journal of Alzheimer's disease*, 27 (4), 723-736.
- Riedel-Heller, S.G., Schork, A., Fromm, N. & Angermeyer, M.C. (2000). Demenzkranke in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Befragung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 300-306.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Altersdemenz*, Heft 28. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Romero, B. & Wenz, M. (2002). Konzept und Wirksamkeit eines Behandlungsprogrammes für Demenzkranke und deren Angehörige. Ergebnisse aus dem Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35 (2), 118-128.
- Rouf, J., Mittendorf, T., Pirk, O. & Schulenburg, J.M. Graf von (2002). Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer' disease in Germany. *Health Policy*, 60 (1), 59-66.
- Rychlik, R. (2007). *Gutachten über die Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. Addendum.* Zugriff am 14.04.2010 unter <http://www.vfa.de/de/presse/pressemitteilungen/pm-020-2007-attachments/>
- Sachverständigenkommission Sechster Altenbericht (2010). *Sechster Bericht zu Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft.* Zugriff am 20.10.2013 unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Schmitt, E. (2004). Altersbild – Begriff, Befunde und politische Implikationen. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Geriatrie* (S. 135-148). Bern: Huber.
- Schmitt, E. (2008). Altersbilder und die Verwirklichung von Potenzialen des Alters. In A. Kruse (Hrsg.), *Weiterbildung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 48-65). Bielefeld: Bertelsmann.

- Schneekloth, U. & Müller, U. (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung. In Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg., Bd. 127).
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66 (2), 191-200.
- Schröder, J., Haberstroh, J. & Pantel, J. (2010). Früherkennung und Diagnostik demenzieller Erkrankungen. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zur Bewältigung einer Grenzsituation menschlichen Lebens* (S. 297-315). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson Studium.
- Selwood, A., Johnston, K., Lyketsos, C. & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75-89.
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung. Zugriff am 02.01.2013 unter [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5)
- Spaar, A., Frey, M., Turk, A., Karrer, W. & Puhan, M.A. (2009). Recruitment barriers in a randomized controlled trial from the physicians perspective – A postal survey. *BMC Medical research Methodology*, 9, 14.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Gesundheit. Krankheitskosten. 2002, 2004, 2006 und 2008. Fachserie 12, Reihe 7.2*. Zugriff am 31.03.2012 unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004?__blob=publicationFile)
- Stoppe, G., Bergmann, F., Bohlken, J., Damerau-Dambrowski, V. von der, Roth-Sackenheim, C. & Wächtler, C. (2004). Ambulante Versorgung von Demenzkranken. Ein Vorschlag zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Hausärzten und Ärzten für Psychiatrie und Neurologie in Deutschland. *Psychoneuro*, 30 (9), 489-496.
- Stoppe, G., Haak, S., Knoblauch, A. & Maeck, L. (2007). Diagnosis of Dementia in Primary Care: A Representative Survey of Family Physicians and Neuropsychiatrists in Germany. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 23, 207-214.
- Stoppe, G., Knoblauch, A., Haak, S. & Maeck, L. (2007). Die Frühdiagnose der Demenz in der Praxis niedergelassener Ärzte: Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34 (3), 134-138.
- Stoppe, G., Pirk, O. & Haupt, M. (2005). Therapie der Alzheimer-Demenz mit der besten verfügbaren Evidenz: eine Utopie? *Das Gesundheitswesen*, 67 (1), 20-26.
- Takahashi, M., Tanaka, K. & Miyaoka, H. (2005). Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 473-480.
- Teri, L., McCurry, S.M., Logsdon, R. & Gibbons, L.E. (2005). Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial. *Gerontologist*, 45, 802-811.
- Tsolaki M., Papaliagkas V., Anogianakis G., Bernabei R., Emre M., Fröhlich L. et al. (2010). Consensus statement on dementia education and training in Europe. *The Journal of Nutrition, Health & Ageing*, 14 (2), 131-135.
- Turner, S., Iliffe, S., Downs, M., Wilcock, J., Bryans, M., Levin, E. et al. (2004). General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing*, 33, 461-467.

- Valcour, V.G., Masaki, K.H., Curb, J.D. & Blanchette, P.L. (2000). The detection of dementia in the primary care setting. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2964-2968.
- Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Moniz-Cook, E.D., Woods, R.T., De Lepeleire, J., Leuschner, A., Zanetti, O. et al. (2005). Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 377-386.
- Voigt-Radloff, S., Graff, M., Leonhart, R., Schornstein, K., Vernooij-Dassen, M., Olde-Rikkert, M. et al. (2009). Study protocol. WHEDA study: Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers – the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatrics*, 9, 44.
- Vollmar, H.C., Gräßel, E., Lauterberg, J., Neubauer, S., Großfeld-Schmitz, M., Koneczny, N. et al. (2007). Multimodale Schulung von Hausärzten – Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA). *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 101, 27-34.
- Wahl, H.W., Oswald, F., Claßen, K., Voss, E. & Igl, G. (2010). Technik und kognitive Beeinträchtigung im Alter). In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zur Bewältigung einer Grenzsituation menschlichen Lebens* (S. 99-115). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. *Grundriss Gerontologie* (Bd. 14). Stuttgart: Kohlhammer.
- Winblad, B., Wimo, A., Engedal, K., Soininen, H., Verhey, F., Waldemar, G. et al. for the Donepezil Nordic Study Group (2006). 3-year study of donepezil therapy in Alzheimer's disease: effects of early and continuous therapy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21, 353-363.
- World Health Organisation (Hrsg.). (2012). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Zugriff am 25.06.2011 unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/>
- Yaffe, M.J., Orzeck, P. & Barylak, L. (2008). Family physicians' perspectives on care of dementia patients and family caregivers. *Canadian Family Physician*, 54, 1008-1015.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M et al. (1983). Development and validation of Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Stufenklassifikation von Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2013b)
Tabelle 2.2	Formen der Demenz mit ungefähren Häufigkeiten (nach neueren Untersuchungen sind die Mischformen häufiger; nach Ebert, 2011)
Tabelle 3.1	Zielkriterien und zugehörige Variablen
Tabelle 4.1	Überblick über studienspezifische Begriffe und Verantwortliche
Tabelle 4.2	Übersicht über den gleichartigen Aufbau der Abschnitte 4 und 5
Tabelle 4.3	Leitliniengerechte Untersuchungen im Rahmen der Demenzdiagnostik
Tabelle 4.4	Psychologische Untersuchung durch die Projektmitarbeiter
Tabelle 4.5	Interpretation der Effektstärken (Sedlmeier & Renkewicz, 2008)
Tabelle 5.1	Charakteristika aller teilnehmenden Hausärzte
Tabelle 5.2	Angaben der Hausärzte ( $n = 77$ ): Gründe für die Nicht-Teilnahme von Patienten und Angehörigen – vergleichend in beiden Ärzteguppen
Tabelle 5.3	Angaben der Hausärzte ( $n = 48$ ): Gründe für die Ablehnung der Studienteilnahme durch Patienten und Angehörigen – vergleichend in beiden Ärzteguppen
Tabelle 5.4	Patienten- und Angehörigencharakteristika – vergleichend in beiden Ärzteguppen
Tabelle 5.5	Patienten gesamt: Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten sowie zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten bezüglich der durchgeführten Diagnostik und Therapie
Tabelle 5.6	Patienten ohne Demenzdiagnose: Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten sowie zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten bezüglich der durchgeführten Diagnostik und Therapie
Tabelle 5.7	Patienten mit Demenzdiagnose: Vergleich zwischen SD-Hausärzten und ZW-Hausärzten sowie zwischen SD-Hausärzten und Fachärzten bezüglich der durchgeführten Diagnostik und Therapie
Tabelle 5.8	Häufigkeitsverteilung der MMST-Werte bei Patienten mit Demenzdiagnose – vergleichend in beiden Ärzteguppen
Tabelle 5.9	Häufigkeitsverteilung der DemTect-Werte bei Patienten mit Demenzdiagnose – vergleichend in beiden Ärzteguppen
Tabelle 5.10	Mittelwerte MMST und DemTect der Patienten mit Demenzdiagnose im Zeitverlauf – vergleichend in beiden Ärzteguppen
Tabelle 5.11	Einzelne MMST- und DemTect-Werte der Patienten mit Demenz im Zeitverlauf (SD-Hausärzte)
Tabelle 5.12	Einzelne MMST- und DemTect-Werte der Patienten mit Demenz im Zeitverlauf (Fachärzte)
Tabelle 5.13	Nicht-kognitive Symptome der Patienten mit Demenzdiagnose zu t0 (SD-Hausärzte)
Tabelle 5.14	Nicht-kognitive Symptome der Patienten mit Demenzdiagnose im Zeitverlauf (SD-Hausärzte)
Tabelle 5.15	Modellzusammenfassung für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (SD-Hausärzte)

---

Tabelle 5.16	Klassifikation für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (SD-Hausärzte)
Tabelle 5.17	Variablen in der Gleichung – Koeffizienten für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (SD-Hausärzte)
Tabelle 5.18	Variablen in der Gleichung – Koeffizienten für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom MMST und DemTect (SD-Hausärzte)
Tabelle 5.19	Modellzusammenfassung für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (Fachärzte)
Tabelle 5.20	Klassifikation für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (Fachärzte)
Tabelle 5.21	Variablen in der Gleichung – Koeffizienten für die Diagnoseentscheidung in Abhängigkeit vom DemTect (Fachärzte)
Tabelle 5.22	Leitlinienreue der einzelnen Hausärzte – vergleichend in beiden Ärztgruppen
Tabelle 5.23	MMST- und DemTect-Mittelwerte der Patienten mit Demenz im Quartalsverlauf – vergleichend in beiden Ärztgruppen
Tabelle 5.24	Positive und negative Demenzdiagnosen im Zeitverlauf – vergleichend in beiden Ärztgruppen
Tabelle 5.25	Häufigkeit der Untersuchungen im Quartalsverlauf – vergleichend in beiden Ärztgruppen
Tabelle 5.26	Spezifische und unspezifische Demenzdiagnosen der SD-Hausärzte im Quartalsverlauf
Tabelle 5.27	Ergebnisse des Baseline-Fragebogens der Hausärzte (vor Beginn der Studie beantwortet, $n = 98$ ) – vergleichend in beiden Ärztgruppen
Tabelle 5.28	Ergebnisse des Follow-Up-Fragebogens der Hausärzte (nach der Studie beantwortet, $n = 75$ ) – vergleichend in beiden Ärztgruppen
Tabelle 5.29	Mittelwerte einiger Fragen aus den Fragebögen zum Vorher-Nachher-Vergleich – vergleichend in beiden Ärztgruppen
Tabelle 5.30	Fragen an SD-Hausärzte aus dem Follow-Up-Fragebogen, die Schulung betreffend
Tabelle 6.1	Überblick über die Höhe der Akzeptanz der Hausärzte in verschiedenen Bereichen
Tabelle 6.2	Überblick über das Ausmaß der Qualität der von den Hausärzten durchgeführten Diagnostik und Therapie in verschiedenen Bereichen

## Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 2.1 Verlauf der Alzheimer-Demenz (nach Förstl, Kurz & Hartmann, 2011, S. 54)
- Abbildung 2.2 Ablaufschema des Modellprojekts start-modem
- Abbildung 4.1 Grafische Darstellung der Datenerhebung beim einzelnen Patienten
- Abbildung 4.2 Grafische Darstellung der Datenerhebung beim einzelnen Hausarzt
- Abbildung 5.1 Übersicht über den Ergebnisteil mit Zuordnung der Abschnitte zu den Zielkriterien
- Abbildung 5.2 Einordnung des Abschnitts 5.1 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien
- Abbildung 5.3 Flussdiagramm teilnehmende Hausärzte
- Abbildung 5.4 Einordnung des Abschnitts 5.2 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien
- Abbildung 5.5 Flussdiagramm teilnehmende Patienten
- Abbildung 5.6 Aktivität der Hausärzte bezüglich der Patientenrekrutierung
- Abbildung 5.7 Einordnung des Abschnitts 5.3 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien
- Abbildung 5.8 Verteilung der gestellten positiven und negativen Diagnosen – vergleichend in beiden Ärztegruppen
- Abbildung 5.9 Verteilung der diagnostizierten Demenzformen – vergleichend in beiden Hausarztgruppen
- Abbildung 5.10 Angabe nicht-kognitiver Symptome der Patienten der SD-Hausärzte durch Angehörige im Neuropsychiatrischen Inventar (n = 40 - 41)
- Abbildung 5.11 MMST- Werte der Patienten bei positiven und negativen Diagnosen – vergleichend in beiden Hausarztgruppen
- Abbildung 5.12 DemTect-Werte der Patienten bei positiven und negativen Diagnosen – vergleichend in beiden Hausarztgruppen
- Abbildung 5.13 Einordnung des Abschnitts 5.4 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien
- Abbildung 5.14 Rekrutierungszahlen der Hausärzte im Zeitverlauf – vergleichend in beiden Ärztegruppen
- Abbildung 5.15 Einordnung des Abschnitts 5.5 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien
- Abbildung 5.16 Initiative zur Demenzdiagnostik durch Arzt oder Patienten / Angehörige – vergleichend in beiden Ärztegruppen
- Abbildung 5.17 Einordnung des Abschnitts 5.6 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien
- Abbildung 5.18 Einordnung des Abschnitts 5.7 in den Ergebnisteil mit Zuordnung zu den Zielkriterien
- Abbildung 6.1 Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz durch Qualifizierung der Ärzte

- 
- Abbildung 6.2      Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz durch Motivierung der Ärzte
- Abbildung 6.3      Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz durch praxisbezogene Maßnahmen
- Abbildung 6.4      Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz durch gesellschaftliche Maßnahmen
- Abbildung 6.5      Gap-Trias zwischen Politik, Praxis und Wissenschaft (nach Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft)
- Abbildung 6.6      Übergeordnete Vorschläge zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz

## Abkürzungsverzeichnis

AChEH	Acetylcholinesterasehemmer
Bayer-ADL	Activities of Daily Living
BDI	Beck-Depressions-Inventar
Beko	Beratungs- und Koordinierungsstelle, neuer Name: Pflegestützpunkt
BL	Baseline
BKD	Schulungsprogramm "Behandlungskompetenz Demenz"
CADASIL	Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy
cCT	craniale Computertomografie.
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
cMRT	craniale Magnetresonanztomografie
CT	Computertomografie
EEG	Elektroenzephalographie
EP	Einzelpraxis
FDG-PET	Fluor-deoxyglukose-Positronenemissionstomographie
FU	Follow-Up
GP	Gemeinschaftspraxis oder Versorgungszentrum.
GDS	Geriatric Depression Scale
M	Mittelwert
MCI	Mild cognitive impairment
MMST	Mini-Mental Status Test
MRT	Magnetresonanztomografie
n	Anzahl
N	Gesamtanzahl
NPI	Neuropsychiatrisches Inventar
Nr.	Nummer
QoL-AD	Quality of Life – Alzheimer's Disease
s	Standardabweichung
SD-Hausärzte	selbst diagnostizierende Hausärzte
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
start-modem	Akronym für „Hausarztbasiertes Modellprojekt Demenzversorgung“
Q	Quartal
t0	erster Messzeitpunkt
t2	zweiter Messzeitpunkt
V.a.	Verdacht auf
vs.	versus
ZW-Hausärzte	an Facharztzentren zuweisende Hausärzte

## Anhang

- Anhang 1 Überblick Fortbildung der Hausärzte (SD-Hausärzte)
- Anhang 2 Ärztliche Protokollbögen (getrennt für SD- und ZW-Hausärzte und Fachärzte)
- Anhang 3 Screeningverfahren MMST und DemTect
- Anhang 4 Anamnesebögen für Patienten und Angehörige

Anhang 1: Überblick Fortbildung der Hausärzte (SD-Hausärzte)

**Leuchtturm Demenz-start-modern-Übersicht Diagnostik und DD der Demenzsyndrome**

<p><b>ICD-10 Definition Demenz:</b> (alltagsrelevante)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abnahme des Gedächtnisses sowie</li> <li>2. anderer kognitiver Fähigkeiten z.B. Sprache, Psychomotorik, Konzentration</li> <li>3. nicht-kognitive Störungen wie Affektlabilität, Reizbarkeit, Apathie</li> <li>4. Dauer mind. 6 Monate</li> </ol>	<p><b>Wichtige ICD-10 Nummern:</b></p> <p>F00.1 Alzheimer - Demenz F00.0 Alzheimer, Beginn vor 65. LJ</p> <p>F01.9 Vaskuläre Demenz</p> <p>F00.2 Gemischte Demenz</p> <p>F03 Demenz, nicht näher bezeichnet</p>
--	---

**Notwendige und optionale Demenzdiagnostik**

Notwendig	Optional
<b>Neuropsychologie</b>	
Neuropsychologische Kurztests: MMST, DemTect, Uhrentest, Syndrom-Kurztest	Ausführliche Neuropsychologie: Bei unklaren od. leichtem Syndrom, komorbider Störung oder hohem prämorbidem intellektuellen Niveau
<b>Labor</b>	
TSH, BB, CRP, Na <sup>+</sup> , K <sup>+</sup> , Ca <sup>++</sup> , GOT, GPT, Krea, Harnstoff, Vit. B <sub>12</sub> , Folsäure	Lues-, Borrelien-Serologie etc. (entsprechend dem klinischen Verdacht) Liquor: Ausschluss Entzündung, Biomarker Tau, Phospho-Tau, β- Amyloid (1-42, 1-40)
<b>Bildgebung, EEG</b>	
Strukturelle Bildgebung cMRT oder CCT	EEG, FDG-PET, SPECT

**DD Depression**

<b>Tab.2: Klinisches Bild bei neurodegenerativ* vs. depressiv bedingten kognitiven Störungen</b>		
	<b>Neurodegenerativ*</b>	<b>Depressiv</b>
Beschreibung der Ausfälle	Eher vage, dissimulierend	Präzise, auch generalisierend
Defizitbewusstsein (Fremdanamnese)	Eher herabgesetzt	Übersteigert
Leistungsfähigkeit Beginn	Konstant schlecht Schleichend (Monate/Jahre)	Fluktuierend Rasch (Tage/Wochen)
Alltagsaktivitäten (ADLs)	Eher eingeschränkt	Eher erhalten
Neuropsychologie: > Primäre kognitive Defizite > Freier verzögerter Wiederabruf > Wiedererkennen	Gedächtnis, Wortfindung Gestört Gestört	Planen, Problemlösen, Aufmerksamkeit (Gedächtnis) Evtl. gestört Nicht gestört

\*Hier: bei beginnender Alzheimerdemenz

Aus: Peters J und Felgibel A: Differenzialdiagnostik der Demenzsyndrome –  
Diagnosestrategien für die Praxis, Der Neurologe & Psychiater, DGPPN Sonderheft 2007

### Wichtige Differenzialdiagnosen zu den häufigen Demenzformen

Differenzialdiagnose		Screening	Klinischer Hinweis	Diagnostik bei Verdacht
		Zentrale Prozesse		
Normaldruckhydrozephalus (NPH)		Klinik, cMRT od. cCT	Trias: kognitive Störung, parkinsonoide Gangstörung, Inkontinenz	Intrakranielle Druckentlastung durch Entnahme von ca. 30 ml Liquor, Liquordruckmessung
Intrakranielle Raumforderung (wie Tumor, subdurales Hämatom)		cMRT od. CT	Fokal-neurologische Symptomatik, Gesichtsfeld einschränkung, zerebrale Krampfanfälle, Vigilanzminderung, Kopfschmerz	Folgt dem Befund der strukturellen Bildgebung
Zerebrale Vaskulitis		CRP, BSG, cMRT	Fokal-neurologische Symptomatik, Kopfschmerz, bekannte Autoimmunerkrankung	Zerebrale Angiografie, Liquordiagnostik, Immunsérologie, Biopsie
Chronische Meningo-Enzephalitis (Lues, Borreliose, HIV)		Anamnese, CRP, Serologie, cMRT	Kopfschmerz, zentrale (ZNS, Myelon) oder peripher-neurologische Symptomatik	Serologie, Liquordiagnostik
Multisystemerkrankungen		Neurostatus, cMRT	Ataxie, Parkinsonsyndrom, Dysarthrie, Okulo-motorikstörung, autonome Funktionsstörung, frühe (Hemi-)Apraxie, infratentorielle Atrophie	
<b>Metabolische Störung</b>				
Hypothyreose		TSH	Psychomotorische Verlangsamung, Apathie, Depression, Myxödem	Schilddrüsen-sonografie, -szintigrafie, differenzieller Hormonstatus, Schilddrüsen-AK
Hyper-, Hypoparathyreoidismus		Ca <sup>2+</sup>	Apathie, Depression, gastrointestinale Beschwerden, Muskelkrämpfe, Osteoporose, Katarakt	Hormonstatus, internistische Ursachensuche
Leber-, Nierensuffizienz		Anamnese, GOT, GPT, Kreatinin, Harnstoff	Stammganglienverkalkungen (cCT)	Leber-, Nieren-sonografie, internistische Abklärung
Vitamin-B <sub>12</sub> -, Folsäuremangel		Vit.-B <sub>12</sub> - und Folsäure-spiegel, Blutbild	Klinisch-internistische Zeichen wie Ikterus etc.	
Substanzabhängigkeit, Medikamente		Anamnese	Funkuläre Myelose, megalyäre Anämie, hohes Homozystein im Serum	
NPH-Normaldruck-Hydrozephalus, cMRT-kranielle Magnetsonananz-Tomografie, cCT-kranielle Computertomografie			Benzodiazepine, anticholinerge Substanzen	

Anhang 2: Ärztliche Protokollbögen (getrennt für SD- und ZW-Hausärzte und Fachärzte)

**Bitte am Einschlusstag an die Studienkoordination  
(Faxnr. 06131-176690 z.Hd. Fr. Laux) faxen und  
das Original nach Fertigstellung schicken! Danke!**

**SD**

Start-Modem Nr. \_\_\_\_ : \_\_\_\_ :0

**Formular Einschluss eines Studienpatienten (2 Seiten)**

Praxisstempel (bitte auf Lesbarkeit achten):

Datum: \_\_ : \_\_ : 2 0 0 \_\_

**Patient:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

**Betreuender Angehöriger:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

Verwandtschaftsgrad (z.B. Ehefrau): \_\_\_\_\_

Tel. Patient/Angehöriger: \_\_\_\_\_

Es liegt bereits vor:

eine rechtliche Betreuung  eine Vorsorgevollmacht

Sollten Betreuung oder Vorsorgevollmacht vorliegen, ist der o.g. Angehörige der

rechtliche Betreuer/ Bevollmächtigte? ja  nein  Falls nein,

wie lauten Name und Tel. des Betreuers: \_\_\_\_\_

**Einschlusskriterien (müssen mit „ja“ zu beantworten sein):**

Schriftliche Einwilligungen von Patient und Angehörigem liegen vor? ja

Erfolgt die Versorgung im häuslichen Umfeld? ja

(erlaubt: betreuender Angehöriger wohnt in der Nähe bis max. 5 km oder Besuch einer Tagesstätte)

Besteht ausreichende Mobilität zur Teilnahme? ja

**Ausschlusskriterien (müssen mit „nein“ zu beantworten sein):**

Besteht eine vordiagnostizierte Demenz? nein

Fehlende Mobilität zur Teilnahme? nein

Lebt der Patient in einer Pflegeinstitution (Altenheim)? nein

Bestehen unzureichende Deutschkenntnisse (Patient und Angehöriger)? nein

Bei Nachfragen: Tel. 06131-172474 (Frau Laux, Frau Ratke, Studiensekretariat)

- 1 -

Johannes Gutenberg-Universität Mainz Klinikum, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
z.Hd. Frau Laux, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz

MMSE: DemTect:

Liegen die relevanten Laborparameter vor? ja  / nein

(TSH, GPT, GOT, Krea, Na+, Ca++, K+, BB, CRP, B12, Folsäure – nicht alter als ½ Jahr)

Liegt eine strukturelle Bildgebung vor (CCT od. MRT – nicht alter als 1 Jahr)? ja  / nein

Demenzdiagnose (ICD-10): \_\_\_\_\_

Alzheimer - Demenz	F00.1 (Beginn vor 65. LJ: F00.0)
Vaskuläre Demenz	F01.9
Gemischte Demenz	F00.2
Demenz, nicht näher bezeichnet	F03

**Falls die Demenzdiagnose nicht gestellt wurde, bitte das weitere Procedere angeben:**

Pat. hat altersentsprechende geistige Leistungsfähigkeit, evtl. Verlaufskontrolle

Pat. hat nur geringe Einschränkung (z.B. MCI), Verlaufskontrolle geplant

Pat. klinisch oder anamnestisch unklar, Weiterleitung an Facharzt

Die Beschwerden sind begründet in

einer metabolischen/sonstigen Erkrankung (z.B. Hypothyreose): \_\_\_\_\_

einer Depression / V.a. Depression

Sonstige Diagnosen (ICD-10):


Medikation (bitte Präparat mit Tagesdosis – ggf. als Anhang):


Wurde nach Diagnosestellung Medikation angesetzt / abgesetzt? ja  / nein

Falls ja, angesetzt: \_\_\_\_\_

abgesetzt: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Der Patient wurde in die Wartegruppe randomisiert.**

Frau Laux (für Mainz/Alzey) bzw. Herr Gilcher (für Andernach) werden sich wegen der Terminabsprache für die psychologische Untersuchung mit dem Patienten und dem Angehörigen in Verbindung setzen.

Bitte melden Sie den Patienten beim Facharztzentrum Mainz  
(Tel.nr. 06131-177340) an,  
faxen Sie das Zuweisungsformular an die Studienkoordination  
(Faxnr. 06131-176690 z.Hd. Fr. Laux) und  
geben das Original dem Patienten mit! Danke!

ZW

Pat.-ID = Start-Modem Nr. \_\_\_\_ : \_\_\_\_ :

### Zuweisungsformular eines Studienpatienten (2 Seiten)

Praxisstempel (bitte auf Lesbarkeit achten):

Datum: \_\_ : \_\_ : 2 0 0 \_\_

#### Patient:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

#### Betreuender Angehöriger:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

Verwandtschaftsgrad (z.B. Ehefrau): \_\_\_\_\_

Tel. Patient/Angehöriger: \_\_\_\_\_

Es liegt bereits vor:

eine rechtliche Betreuung  eine Vorsorgevollmacht

Sollten Betreuung oder Vorsorgevollmacht vorliegen, ist der o.g. Angehörige der  
rechtliche Betreuer/ Bevollmächtigte? ja  nein  Falls nein,  
wie lauten Name und Tel. des Betreuers? \_\_\_\_\_

#### Einschlusskriterien (müssen mit „ja“ zu beantworten sein):

Schriftliche Einwilligungen von Patient und Angehörigem liegen vor? ja

Erfolgt die Versorgung im häuslichen Umfeld? ja

(erlaubt: betreuender Angehöriger wohnt in der Nähe bis max. 5 km oder Besuch einer Tagesstätte)

Besteht ausreichende Mobilität zur Teilnahme? ja

#### Ausschlusskriterien (müssen mit „nein“ zu beantworten sein):

Besteht eine vordiagnostizierte Demenz? nein

Fehlende Mobilität zur Teilnahme? nein

Lebt der Patient in einer Pflegeinstitution (Altenheim)? nein

Bestehen unzureichende Deutschkenntnisse (Patient und Angehöriger)? nein

Bei Nachfragen: Tel. 06131-172474 (Frau Laux, Frau Ratke, Studiensekretariat)

- 1 -



**Bitte am Untersuchungstag an die Studienkoordination  
(Faxnr. 06131-176690 z.Hd. Fr. Laux) faxen und  
das Original nach Fertigstellung schicken! Danke!**

FAZ

Pat.-ID (siehe Zuweisungsformular) = Start-Modem Nr. \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Formular Einschluss eines Studienpatienten (2 Seiten)**

Zentrum:

- Alzey   
Andernach   
Mainz

Datum: \_\_ : \_\_ : 200\_\_

**Patient:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

**Betreuender Angehöriger:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

Verwandtschaftsgrad (z.B. Ehefrau): \_\_\_\_\_

Tel. Patient/Angehöriger: \_\_\_\_\_

Es liegt bereits vor:

eine rechtliche Betreuung  eine Vorsorgevollmacht

Sollten Betreuung oder Vorsorgevollmacht vorliegen, ist der o.g. Angehörige der  
rechtliche Betreuer/ Bevollmächtigte? ja  nein  Falls nein,

wie lauten Name und Tel. des Betreuers: \_\_\_\_\_

**Einschlusskriterien (müssen mit „ja“ zu beantworten sein):**

Schriftliche Einwilligungen von Patient und Angehörigem liegen vor? ja

Erfolgt die Versorgung im häuslichen Umfeld? ja

(erlaubt: betreuender Angehöriger wohnt in der Nähe bis max. 5 km oder Besuch einer Tagesstätte)

Besteht ausreichende Mobilität zur Teilnahme? ja

**Ausschlusskriterien (müssen mit „nein“ zu beantworten sein):**

Besteht eine vordiagnostizierte Demenz? nein

Fehlende Mobilität zur Teilnahme? nein

Lebt der Patient in einer Pflegeinstitution (Altenheim)? nein

Bestehen unzureichende Deutschkenntnisse (Patient und Angehöriger)? nein

Bei Nachfragen: Tel. 06131-172474 (Frau Laux, Frau Ratke, Studiensekretariat)

- 1 -

Johannes Gutenberg-Universität Mainz Klinikum, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
z.Hd. Frau Laux, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz

MMSE:

DemTect:

- Durchgeführtes diagnostisches Modul: 1  (ist notwendig) 2
- Das hausärztliche Zuweisungsformular befindet sich in Kopie anbei ja  / nein
- Liegen die relevanten Laborparameter vor? ja  / nein
- (TSH, GPT, GOT, Krea, Na+, Ca++, K+, BB, CRP, B12, Folsäure – nicht alter als ½ Jahr)
- Liegt eine strukturelle Bildgebung vor (CCT od. MRT – nicht alter als 1 Jahr)? ja  / nein
- Sonstige durchgeführte Diagnostik (z.B. EEG): \_\_\_\_\_

Demenzdiagnose-Schlüssel (ICD-10): \_\_\_\_\_

Freitextdiagnose: \_\_\_\_\_

**Falls die Demenzdiagnose nicht gestellt wurde, bitte das weitere Procedere angeben:**

- Pat. hat altersentsprechende geistige Leistungsfähigkeit, evtl. Verlaufskontrolle
- Pat. hat nur geringe Einschränkung (z.B. MCI), Verlaufskontrolle geplant
- Die Beschwerden sind begründet in
- einer metabolischen/sonstigen Erkrankung (z.B. Hypothyreose): \_\_\_\_\_
- einer Depression / V.a. Depression
- Ätiologie des demenziellen Syndromes bleibt unklar

Sonstige Diagnosen (ICD-10):


Medikation (bitte Präparat mit Tagesdosis – ggf. als Anhang):


Wurde nach Diagnosestellung empfohlen, Medikation anzusetzen / absetzen? ja  / nein

Falls ja, angesetzt (Empfehlung): \_\_\_\_\_

Abgesetzt (Empfehlung): \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Der Patient wurde randomisiert**

**in die Beratungsgruppe (= Start-Modem Nr. xxx:xxx:1)**

Zuständige Beratungsstelle: \_\_\_\_\_

Die zuständige Beratungsstelle wird sich wegen der Terminabsprache für die Beratung mit dem Patienten und dem Angehörigen in Verbindung setzen.

**oder in die Wartegruppe (= Start-Modem Nr. xxx:xxx:0)**

Frau Laux (für Mainz/Alzey) bzw. Herr Gilcher (für Andernach) werden sich wegen der Terminabsprache für die psychologische Untersuchung mit dem Patienten und dem Angehörigen in Verbindung setzen.

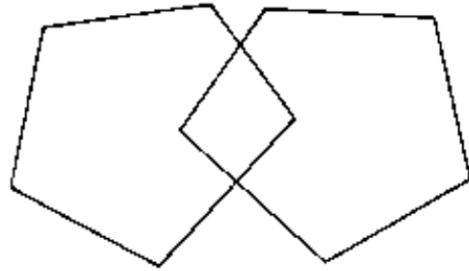
Bei Nachfragen: Tel. 06131-172474 (Frau Laux, Frau Ratke, Studiensekretariat)

- 2 -

## Anhang 3: Screeningverfahren MMST und DemTect

<b>Mini-Mental Status Test (MMST)</b>		
Name _____	Datum _____	Score _____
<b>A. Orientierung</b>		
<b>Zeit</b> (z. B. Welchen Tag haben wir heute?)	1. Jahr	<input type="checkbox"/>
	2. Jahreszeit	<input type="checkbox"/>
	3. Datum	<input type="checkbox"/>
	4. Wochentag	<input type="checkbox"/>
	5. Monat	<input type="checkbox"/>
<b>Ort</b> (z. B. Wo sind wir?)	6. Land/Staat	<input type="checkbox"/>
	7. Bundesland	<input type="checkbox"/>
	8. Stadt/Ortschaft	<input type="checkbox"/>
	9. Klinik/Praxis/Altersheim	<input type="checkbox"/>
	10. Stockwerk	<input type="checkbox"/>
	Summe (max. 10):	
<b>B. Merkfähigkeit</b>		
Der Untersucher nennt folgende drei Gegenstände und fordert den Patienten auf, die Begriffe zu wiederholen (1 Punkt für jede richtige Antwort). Der Untersucher wiederholt die Wörter so lange, bis der Patient alle drei gelernt hat (höchstens 6 Wiederholungen).	1. >Auto<	<input type="checkbox"/>
	2. >Blume<	<input type="checkbox"/>
	3. >Kerze<	<input type="checkbox"/>
	Summe (max. 3):	
<b>C. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit</b>		
Von 100 an sind jeweils 7 abzuziehen. Falls ein Rechenfehler gemacht wird und die darauf folgenden Ergebnisse "verschoben" sind, so wird nur ein Fehler gegeben.	1. >93<	<input type="checkbox"/>
ODER	2. >86<	<input type="checkbox"/>
Falls der Patient die Aufgabe nicht durchführen kann oder will, "RADIO" rückwärts buchstabieren lassen: O-I-D-A-R	3. >79<	<input type="checkbox"/>
	4. >72<	<input type="checkbox"/>
	5. >85<	<input type="checkbox"/>
	1. 0	<input type="checkbox"/>
	2. 1	<input type="checkbox"/>
	3. D	<input type="checkbox"/>
	4. A	<input type="checkbox"/>
	5. R	<input type="checkbox"/>
	Summe (max. 5):	
<b>D. Erinnerungsfähigkeit</b>		
Der Untersucher fragt nach den drei zuvor genannten Wörtern.	1. >Auto<	<input type="checkbox"/>
	2. >Blume<	<input type="checkbox"/>
	3. >Kerze<	<input type="checkbox"/>
	Summe (max. 3):	
<b>E. Sprache</b>		
Der Untersucher zeigt zwei Gegenstände und fordert den Patienten auf, sie zu benennen.	1. Armbanduhr	<input type="checkbox"/>
	2. Bleistift	<input type="checkbox"/>
Der Untersucher fordert den Patienten auf, nachzusprechen	3. "Sie leiht ihm kein Geld mehr"	<input type="checkbox"/>
Der Untersucher läßt den Patienten folgendes Kommando befolgen.	4. "Nehmen Sie dieses Blatt in die rechte Hand"	<input type="checkbox"/>
	5. "Falten Sie es in der Mitte"	<input type="checkbox"/>
	6. "Legen Sie es auf den Boden"	<input type="checkbox"/>
Der Untersucher bittet den Patienten,	7. die Anweisung auf der Rückseite zu befolgen	<input type="checkbox"/>
Der Untersucher dreht das Blatt um und fordert den Patienten auf,	8. einen vollständigen Satz zu schreiben (Rückseite).	<input type="checkbox"/>
Der Untersucher läßt den Patienten die auf der Rückseite vorgegebene Figur malen (1 Punkt, wenn alle Seiten und Winkel stimmen und die sich überschneidenden Linien ein Viereck bilden).	9. Nachzeichnen (Rückseite)	<input type="checkbox"/>
	Summe (max. 9):	
Gesamtsumme bitte oben eintragen		

Bitte schließen Sie die Augen!



---

---

## DemTect

Name: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_  
 Schulbildung: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Beruf (evtl. vor Rente): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 1) Wortliste

1.	Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
	<input type="checkbox"/>									
2.	Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
	<input type="checkbox"/>									

Richtig erinnerte Begriffe (max. 20)

### 2) Zahlen umwandeln (siehe Rückseite)

Richtige Umwandlungen (max. 4)

### 3) Supermarktaufgabe (1 Minute)

Genannte Begriffe (max. 30)

### 4) Zahlenfolge rückwärts

1. Versuch	2. Versuch		
7-2	8-8	<input type="checkbox"/>	2
4-7-9	3-1-5	<input type="checkbox"/>	3
5-4-9-8	1-9-7-4	<input type="checkbox"/>	4
2-7-5-3-8	1-3-5-4-8	<input type="checkbox"/>	5
8-1-3-5-4-2	4-1-2-7-9-5	<input type="checkbox"/>	6

Längste richtig rückwärts wiederholte Zahlenfolge (max. 6)

### 5) Erneute Abfrage der Wortliste

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
<input type="checkbox"/>									

Genannte Begriffe (max. 10)

## 2) Zahlen umwandeln

Beispiel 5 -> fünf	drei -> 3
--------------------	-----------

209 = \_\_\_\_\_

4054 = \_\_\_\_\_

sechshunderteinundachtzig = \_\_\_\_\_

zweitausendsiebenundzwanzig = \_\_\_\_\_

-----

**Auswertung**
**Umrechnung:**

Aufgabe	Einzelresultat (bitte übertragen)	Punkte laut Umrechnungstabelle
1. Wortliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zahlen-Umwandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Supermarktaufgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zahlenfolge rückwärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erneute Abfrage der Wortliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtsumme</b>		<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

**Gesamtergebnis DemTect:**

Punktzahl	Diagnose	Handlungsempfehlung
13 – 18	altersgemäße kognitive Leistung	nach 12 Monaten bzw. bei Auftreten von Problemen erneut testen
9 – 12	leichte kognitive Beeinträchtigung	nach 6 Monaten erneut testen – Verlauf beobachten
≤ 8	Demenzverdacht	weitere diagnostische Abklärung, Therapie einleiten

## Anhang 4: Anamnesebögen für Patienten und Angehörige

**Anamnesebogen – start-modern:**

(wird vom Untersucher zusammen mit Patient und Angehörigem bearbeitet)

Pat.-ID: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Ang.-ID: \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: m  w   
 Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet   
 Kinder: ja , wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_ nein   
 Wohnsituation: allein in eigener Wohnung  mit Partner in Wohnung  bei/mit Kindern  Pflegeheim   
 Sozialstatus: berufstätig  Hausfrau  berentet  arbeitslos   
 Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
 Ausbildung / erlernter Beruf: \_\_\_\_\_  
 Ausbildungsjahre: \_\_\_\_\_  
 Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
 Händigkeit: re  li

Vaskuläre Risikofaktoren: ja  nein   
 z.B. Diabetes mellitus, Art. Hypertonie, Nikotin (falls jemals geraucht wurde, ist „ja“ anzukreuzen),  
 Hyperlipoproteinämie, pAVK

Herzinfarkt: ja  nein   
 Schlaganfall: ja  nein

Zerebrale Vorerkrankungen: ja  nein   
 z.B. SHT, M. Parkinson, Epilepsie, sonstige zerebrale Läsionen (TU, Enzephalitis, Hirnblutung)

Sonstige psychiatrische Vorerkrankungen: ja, Depression  ja, sonstige , nämlich \_\_\_\_\_ nein

Sonstige somatische Vorerkrankungen: ja , wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ nein   
 z.B. Krebserkrankungen, größere Operationen, chronische Erkrankungen

Alkoholmissbrauch / -abhängigkeit: ja  nein

Demenz in der Familie: ja , wenn ja: wer? \_\_\_\_\_ nein

Wie zufrieden sind Sie generell mit der bisherigen ärztlichen Betreuung?  
 Gar nicht  einigermaßen  ziemlich  sehr

Wie zufrieden sind Sie mit der bisherigen ärztlichen Betreuung speziell in Bezug auf Ihre Beschwerden?  
 Gar nicht  einigermaßen  ziemlich  sehr

Beginn der Beschwerden: Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ (= \_\_\_\_\_ Monate)

Wahrnehmung der Beschwerden durch:  
 Patient ja  nein   
 Angehörige ja  nein   
 Sonstige (Arbeit/Freizeit etc.) ja  nein

Wer hat die Beschwerden zuerst wahrgenommen? \_\_\_\_\_

Pat.-ID: \_\_\_\_\_  
 Ang.-ID: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Untersucher: \_\_\_\_\_

*Verlauf der Beschwerden seit Auftreten:*

Gleichbleibend   
 Fluktuierend   
 Progredient   
 Weiß nicht

*Welche Beschwerden stehen im Vordergrund (Mehrfachnennungen möglich)?*

Für den Patienten:	Für den Angehörigen:
Ich habe keine Beschwerden <input type="checkbox"/>	Pat. hat keine objektiven Beschwerden <input type="checkbox"/>
Gedächtnis <input type="checkbox"/>	Gedächtnis <input type="checkbox"/>
Wortfindung <input type="checkbox"/>	Wortfindung <input type="checkbox"/>
Sonstige kognitive (Orientierung, Apraxie etc.) <input type="checkbox"/>	Sonstige kognitive (Orientierung, Apraxie etc.) <input type="checkbox"/>
Nicht kognitive (Verhalten, ADL) <input type="checkbox"/>	Nicht kognitive (Verhalten, ADL) <input type="checkbox"/>

*Wird die familiäre Situation durch die Beschwerden belastet?*

*Aus der Sicht des Patienten:*

Nein   
 Geringfügig   
 Deutlich   
 Massiv

*Aus der Sicht des Angehörigen:*

Nein   
 Geringfügig   
 Deutlich   
 Massiv

*Sind Sie aufgrund der Beschwerden gezielt zum Arzt gegangen?* Ja  Nein

*Wurden selbstständige Therapieversuche unternommen?*

Ja, medikamentös (z.B. Ginko, Tai Ginseng, Vit. E)  ( \_\_\_\_\_ )  
 Ja, nicht-medikamentös (Gedächtnistraining, körperl. Fitness, diätisch)  ( \_\_\_\_\_ )  
 Nein

*Wurden sonstige Hilfeinrichtungen konsultiert?*

Nein   
 Beratungsstelle   
 Selbsthilfegruppe   
 Pflegedienst   
 Tagesstätte   
 Sonstige  ( \_\_\_\_\_ )

*Wurde aufgrund der Beschwerden eine Pflegestufe beantragt?*

Ja   
 Nein   
 Nein, aber aufgrund anderer Beschwerden

*Besteht aufgrund der Beschwerden eine Pflegestufe?*

Ja  wenn ja, welche (1-3): \_\_\_\_  
 Nein   
 Nein, aber aufgrund anderer Beschwerden  gegebenenfalls, welche (1-3): \_\_\_\_

Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) und c) der Promotionsordnung  
der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg  
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

**Declaration in accordance to § 8 (1) b) and § 8 (1) c) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University, Faculty of Behavioural and Cultural Studies**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

I declare that I have made the submitted dissertation independently, using only the specified tools and have correctly marked all quotations.

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung  
der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

I declare that I did not use the submitted dissertation in this or any other form as an examination paper until now and that I did not submit it in another faculty.

Vorname Nachname  
First name Family name

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift  
Date, Signature

\_\_\_\_\_