

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hausärztliche Perspektiven auf Umgang und Versorgung von Patienten
mit Demenzsymptomen im ländlichen Raum

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

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

vorgelegt von Julia Cheyre
aus Quedlinburg
Magdeburg 2022

Dokumentationsblatt

Bibliographische Beschreibung

Cheyre, Julia:

Hausärztliche Perspektiven auf Umgang und Versorgung von Patienten mit Demenzsymptomen im ländlichen Raum - 2022. -, 122 Blatt, 2 Abb., 8 Tab., 6 Anl.

Kurzreferat:

Ziel: Es soll erforscht werden, wie Hausärzte in einer ländlichen Region Demenzsymptome ihrer Patienten erkennen, auf welche Ressourcen sie dabei zugreifen, ob sie Screeningverfahren auf Demenz einsetzen, wie sie die Therapie gestalten und wie sich die Versorgungssituation von Demenzpatienten darstellt. Speziell von Interesse ist dabei, wie sie gegenüber der Früherkennung von Demenzsymptomen eingestellt sind.

Methodik: Um die hausärztliche Sicht auf die Entdeckung und Behandlung einer Demenz zu erforschen, erfolgte nach einer systematischen Literaturrecherche die Erstellung eines Interview-Leitfadens. Auf dessen Grundlage wurden neun Interviews mit Hausärzten durchgeführt, die mit dem Diktiergerät aufgenommen, transkribiert und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden.

Ergebnisse: Unter den Hausärzten besteht eine mangelnde Akzeptanz und Anwendung von den aktuell vorgeschlagenen Tests zur Früherkennung einer Demenz. Es sind große Unterschiede bei der Behandlungsqualität von Demenzpatienten zu verzeichnen. Ein wichtiger Einflussfaktor auf die Einstellung und das Engagement der Hausärzte ist der Ausbildungsstand bzw. das Weiterbildungsinteresse im geriatrischen Bereich, hervorgehend aus der Einschätzung des Stellenwerts von Demenzpatienten in der eigenen Praxis und dem eigenen Rollenverständnis. Die Versorgung von Demenzpatienten in der ländlichen Region Sachsen-Anhalts stellt sich noch als inadäquat dar. Demenzpatienten wird oft nicht die nötige Aufmerksamkeit und speziellen Betreuung zuteil, die sie benötigen.

Schlussfolgerung: Eine konkrete Förderung der Vernetzung von Hausärzten untereinander sowie mit anderen Spezialisten, Fortbildungsangebote zur Hinterfragung hausärztlicher Handlungsweisen und Rollenbilder und Implementierung von Demenzberatungsstellen sind konkrete Möglichkeiten, um die Versorgung von Demenzpatienten in dieser Region zu verbessern.

0 Formalia

0.1 Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 0 | Formalia | 3 |
| 0.1 | Inhaltsverzeichnis..... | 3 |
| 0.2 | Abkürzungsverzeichnis..... | 6 |
| 1 | Einleitung | 7 |
| 1.1 | Die Demenzerkrankungen..... | 8 |
| 1.1.1 | Definition und Klassifikation..... | 8 |
| 1.1.2 | Ätiologie und Epidemiologie..... | 10 |
| 1.1.3 | Krankheitserleben..... | 11 |
| 1.2 | Aufgaben und Strukturen der medizinischen Versorgung bei Demenz..... | 12 |
| 1.2.1 | Hausärztliche Versorgung..... | 12 |
| 1.2.2 | Leitlinien..... | 13 |
| 1.2.3 | Früherkennung und Diagnostik..... | 14 |
| 1.2.4 | Screening..... | 16 |
| 1.2.5 | Anwendung von Screening-Tests bei der Früherkennung von Demenz..... | 17 |
| 1.2.6 | Therapie..... | 18 |
| 1.3 | Versorgungsforschung Demenz..... | 18 |
| 1.3.1 | Hausärztliche Versorgungsforschung..... | 19 |
| 1.3.2 | Wissensstand und Handlungsmotive der Hausärzte..... | 20 |
| 1.3.3 | Versorgungsnetzwerke..... | 22 |
| 1.4 | Forschungsfrage..... | 22 |
| 1.4.1 | Inhalte und Ziele..... | 23 |
| 1.4.2 | Weiteres Vorgehen und Gliederung..... | 23 |
| 2 | Material und Methoden | 24 |
| 2.1 | systematische Literaturrecherche..... | 25 |
| 2.2 | Datenerhebung..... | 25 |
| 2.2.1 | Das leitfadengestützte Interview..... | 26 |
| 2.2.2 | Anpassung der Erhebungsmethode an den Untersuchungsgegenstand..... | 26 |
| 2.2.3 | Prätest..... | 27 |
| 2.2.4 | Herausforderungen der Interviewführung mit Hausärzten..... | 27 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.3 | Feldzugang und Sample..... | 28 |
| 2.3.1 | Feldzugang..... | 28 |
| 2.3.2 | Sample..... | 29 |
| 2.3.3 | Umfang..... | 29 |
| 2.3.4 | Ablauf des Interviews..... | 30 |
| 2.3.5 | Aufklärung, Einwilligung und Datenspeicherung..... | 30 |
| 2.3.6 | Zustimmung der Ethikkommission..... | 31 |
| 2.4 | Datenauswertung..... | 31 |
| 2.4.1 | Aufbereitungsmethode..... | 31 |
| 2.4.2 | Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Mayring)..... | 31 |
| 3 | Ergebnisse..... | 33 |
| 3.1 | Fallberichte..... | 34 |
| 3.1.1 | Frau Dr. Bick – die engagierte Spezialistin..... | 34 |
| | a) Stellenwert der Demenzkranken in der Hausarztpraxis..... | 35 |
| | b) Wahrnehmung kognitiver Veränderungen durch den Hausarzt..... | 36 |
| | c) Aufgaben, die sich der Hausarzt zuschreibt – professionelles Selbstverständnis..... | 38 |
| | d) Diagnostischer Weg zur Erhärtung eines Verdachts auf Demenz/Therapie/Leitlinien/MCI..... | 40 |
| | e) Die Versorgung von Demenzpatienten..... | 41 |
| 3.1.2 | Herr Dr. Schnabel – der erfahrene Pragmatiker..... | 43 |
| | a) Stellenwert der Demenzkranken in der Hausarztpraxis..... | 43 |
| | b) Wahrnehmung kognitiver Veränderungen durch den Hausarzt..... | 44 |
| | c) Aufgaben, die sich der Hausarzt zuschreibt – professionelles Selbstverständnis..... | 45 |
| | d) Diagnostischer Weg zur Erhärtung eines Verdachts auf Demenz/Therapie/Leitlinien/MCI..... | 47 |
| | e) Die Versorgung von Demenzpatienten..... | 49 |
| 3.1.3 | Frau Dr. Flint – die desintegrierte Quereinsteigerin..... | 51 |
| | a) Stellenwert der Demenzkranken in der Hausarztpraxis..... | 51 |
| | b) Wahrnehmung kognitiver Veränderungen durch den Hausarzt..... | 51 |
| | c) Diagnostischer Weg zur Erhärtung eines Verdachts auf Demenz/Therapie/Leitlinien/MCI..... | 53 |
| | d) Die Versorgung von Demenzpatienten..... | 54 |
| 3.2 | Ergebnisdarstellung anhand des Kategoriensystems..... | 58 |
| 3.2.1 | Erkennen von Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis..... | 58 |
| | a) Früherkennung demenzieller Symptome..... | 59 |
| | b) Einsatz von Wissen und Erfahrungen..... | 65 |

| | |
|---|------------|
| c) Leitlinien..... | 69 |
| 3.2.2 Therapie..... | 71 |
| Therapieoptionen..... | 71 |
| 3.2.3 Aufgaben des Hausarztes / professionelles Selbstverständnis..... | 75 |
| a) medizinischer Experte..... | 76 |
| b) Heiler und Versorger..... | 77 |
| c) Vermittler..... | 79 |
| 3.2.4 Versorgungssituation von Patienten mit Demenz..... | 82 |
| a) Chancen/gute Ansätze bei der Versorgung von Patienten mit Demenz..... | 82 |
| b) Barrieren bei der Versorgung von Patienten mit Demenz..... | 84 |
| c) Gesellschaft und soziales Umfeld..... | 87 |
| 3.3 Ergebnisse des Kategoriensystems im Vergleich mit den Fallberichten..... | 88 |
| 4 Diskussion..... | 89 |
| 4.1 Diskussion der Ergebnisse..... | 89 |
| 4.1.1 Zusammenfassung und Entwicklung des theoretischen Modells..... | 89 |
| 4.1.2 Literaturvergleich mit den Ergebnissen der Forschungsfragen..... | 94 |
| a) Akzeptanz von Früherkennungsprogrammen von Demenz in der Hausarztpraxis..... | 94 |
| b) Einflussfaktoren der Einstellung von Hausärzten gegenüber dem Krankheitsbild Demenz..... | 95 |
| c) Untersuchungsmethoden zur Detektion einer Demenz und Nutzung der Therapieoptionen... | 96 |
| d) Rollenkonzepte der Hausärzte..... | 97 |
| e) Versorgungssituation und Netzwerke im ländlichen hausärztlichen Setting..... | 99 |
| 4.2 Diskussion der Methode..... | 100 |
| 4.2.1 Diskussion der Datenerhebung und -analyse..... | 100 |
| 4.2.2 Diskussion der Stichprobe..... | 101 |
| 4.2.3 Grenzen der Generalisierbarkeit der Befunde..... | 101 |
| 4.2.4 Offene Fragen aufgrund des Studiendesigns..... | 101 |
| 4.3 Fazit..... | 102 |
| 4.4 Ausblick..... | 103 |
| 4.4.1 Praktische Konsequenzen und Implikationen..... | 103 |
| 4.4.2 Anregungen für weitere Untersuchungen..... | 104 |
| 5 Zusammenfassung..... | 105 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 6 | Literaturverzeichnis..... | 106 |
| 7 | Danksagung..... | 113 |
| 8 | Ehrenerklärung..... | 114 |
| 9 | Darstellung de Bildungswegs..... | 115 |
| 10 | Anhang..... | 116 |
| 10.1 | Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung..... | 116 |
| 10.2 | Votum der Ethikkommission..... | 118 |
| 10.3 | Struktur des Interviewleitfadens..... | 119 |
| 10.4 | Interviewprotokoll..... | 120 |
| 10.5 | Transkriptionsregeln..... | 121 |
| 10.6 | Codiertabellen und Interviewtranskripte..... | 122 |

0.2 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------------|--|
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BPSD | behavioural and psychological symptoms of dementia |
| DAIzG | Deutsche Alzheimer Gesellschaft |
| DEGAM | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin |
| DELCODE-Studie | DZNE - Longitudinale Studie zu Kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz |
| DGN | Deutsche Gesellschaft für Neurologie |
| DGPPN | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DZNE | Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen |
| GBA | Geriatrisches Basisassessment |
| HIV | Humanes Immundefizienz-Virus |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| KNDD | Kompetenznetz Degenerative Demenzen |
| MCI | Mild cognitive Impairment |
| MFA | Medizinische Fachangestellte |
| MMST | Minimental-Status-Test |
| MRT | Magnetresonanztherapie |
| NMDA | N-Methyl-D-Aspartat |
| NSAR | nichtsteroidale Antirheumatika |
| RKI | Robert-Koch-Institut |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |
| ZNS | Zentrales Nervensystem |

1 Einleitung

Ohne Geist, Unvernunft – diese Übersetzungen kann man von dem lateinischen Wort "dementia" ableiten. Sie deuten an, warum das Krankheitsbild der Demenz bis heute nicht an seiner Bedrohung verloren hat, denn mit der Demenz verändert sich genau das, was den Menschen in seinem Innersten ausmacht – sein Geist, sein Verstand, die Persönlichkeit (Abholz & Pentzek 2007). In vielerlei Hinsicht gestaltet sich der Umgang mit dieser Erkrankung schwierig, denn der Wunsch nach Gesundheit und Integrität steht scheinbar der frühen Diagnostik einer unheilbaren Krankheit gegenüber und oft wird ein Verleugnen, Diminuieren und Kaschieren der Symptome als Hauptstrategie vonseiten des Betroffenen, aber auch der Angehörigen und der behandelnden Hausärzte erkannt, um die Autonomie des Patienten wenigstens für einen Zeitraum nach außen hin zu wahren (Pearce et al. 2002). Es zeigt sich jedoch, dass ein offener Umgang mit der Erkrankung, gerade im Anfangsstadium, die Lebensqualität der Betroffenen verbessern kann, da so die Möglichkeit eröffnet wird, die weitere Versorgung zu planen, Symptome besser zu beherrschen und die Erkrankung zu verstehen (Vickrey et al. 2006). In der wissenschaftlichen Forschung gibt es viele verschiedene Ansätze, um neue Informationen über die Erkrankung und eine mögliche Therapie zu erhalten, bspw. versuchen Grundlagen - und klinische Forschung Gehirnveränderungen an Modellen und am Menschen nachzuvollziehen. Der für diese Arbeit interessante Forschungsansatz der Versorgungsforschung besteht darin, diagnostische Verfahren zur Früherkennung von Demenzen zu verbessern, bspw. durch die am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) deutschlandweit durchgeführte, mutizentrische DELCODE-Studie (Jessen et al. 2018), die über einen längeren Zeitraum immer wieder Betroffene, Angehörige und gesunde Personen Befragungen und Tests unterzieht und so Marker für eine frühe Alzheimer-Diagnose generieren möchte. Des Weiteren ist das Neurotrans-Projekt (Herrmann et al. 2016) zu nennen, welches als Mutterprojekt dieser Doktorarbeit unter der Leitung von Prof. Dr. Markus Herrmann (Institut für Allgemeinmedizin, Magdeburg), Prof. Dr. Bernt-Peter Robra (Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Magdeburg) und Dr. Astrid Eich-Krohm (Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Magdeburg) der Fragestellung nachging, wie ein Wissensaustausch zwischen neurowissenschaftlicher Forschung und hausärztlicher Versorgungspraxis gelingen kann, um eine bessere Versorgung von Demenzpatienten zu ermöglichen. Die Ergebnisse dieses Projektes zeigten, dass aufgrund sehr unterschiedlicher Handlungsfelder und Forschungsansätze und der daraus folgenden spezialisierten Wissensproduktion wenig Kommunikation zwischen Neurowissenschaftlern und Allgemeinmedizinern stattfindet. Der Zugang zum Expertenwissen der jeweils anderen Berufsgruppe kann daher nicht allein über einen Wissensaustausch erfolgen, sondern muss über gemeinsame Handlungsfelder erschlossen werden. In diesem Forschungskontext interessieren auch die aktuelle Versorgungspraxis der Hausärzte in der ländlichen Region Sachsen-Anhalts sowie deren Einstellungen zu Früherkennungsprogrammen, die Ressourcen und die Bedürfnisse bei der Behandlung von Demenzpatienten. Deshalb möchte diese qualitative Studie individuelle Handlungsmotive und subjektive Einstellungen von Hausärzten im ländlichen

Raum sichtbar machen, um ein ganzheitliches Verständnis der Versorgung der chronisch fortschreitenden Demenzkrankheit zu erreichen und somit zu einer Wissenszirkulation zwischen Primärversorgern und neurowissenschaftlichen Forschern beizutragen.

Dieses einleitende Kapitel umfasst die Darstellung der Relevanz des Forschungsthemas und des Standes der Forschung anhand allgemeiner Erläuterungen zu den Demenzerkrankungen (vgl. 1.1) sowie Ausführungen zu den Aufgaben und Strukturen der medizinischen Versorgung (vgl. 1.2) und zur Versorgungsforschung bezüglich Demenz (vgl. 1.3). Diese Unterkapitel leiten die Darlegung meiner Forschungsfrage (vgl. 1.4) ein.

1.1 Die Demenzerkrankungen

1.1.1 Definition und Klassifikation

Das Wort „Demenz“ weckt verschiedene Assoziationen, wie Vergesslichkeit, Persönlichkeitsveränderungen, Abhängigkeit bis hin zu Kontrollverlust und schwerer Pflegebedürftigkeit. Jeder Betroffene definiert, bewertet und bewältigt schließlich die Diagnose individuell. Dabei ist das Krankheitserleben häufig von Verdrängungs- und Verleugnungsmechanismen geprägt, was allerdings nicht auf eine mangelnde Krankheitseinsicht, sondern vielmehr als emotionszentrierte Bewältigungsstrategie auf eine Bewertung der Krankheit als Bedrohung und den damit einhergehenden Leidensdruck zurückzuführen ist (Stechl et al. 2007). Subjektive Krankheitstheorien, bspw. geprägt durch Erfahrungen mit gesellschaftlichen Vorstellungen von Demenz oder defizitorientierter Aufklärung über die Diagnose, spielen bei der Einschätzung der Kontrollierbarkeit der Einschränkungen eine große Rolle. Bedrohlich wirkt die Erkrankung auf den Betroffenen vor allem durch den Verlust von Autonomie und eine zunehmend empfundene Entmündigung, weshalb aus dem Bedürfnis nach sozialer Akzeptanz und Anerkennung der Drang nach positiver Selbstdarstellung und Negieren von Defiziten groß ist, auch, um einer Stigmatisierung zu entkommen (ebd.). Wenn man im medizinischen Sinne von Demenz spricht, meint man nicht eine einzelne Erkrankung. Es handelt sich vielmehr um ein Syndrom, also um eine Ansammlung von bestimmten Symptomen, die aus dem pathologischen Abbau von kortikalen und subkortikalen Strukturen des Gehirns resultieren und auf unterschiedlichen pathologischen Prozessen beruhen (Masuhr et al. 2013, S.184). Die Symptome, die das Syndrom Demenz definieren, sind für in Deutschland tätige Ärzte und Psychotherapeuten in einem internationalen Klassifikationssystem festgelegt (internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, abgekürzt ICD). Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegeben und in der aktuellen Version von 2022 als ICD-11 bezeichnet. Aktuell dauert in Deutschland die Evaluierung und Einführung des ICD-11-Systems noch an, weshalb aktuell noch weiterhin die ICD-10-Kodierung, in der deutschen Version mit GM gekennzeichnet, verwendet wird (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2020). Laut dieses Klassifikationssystems (ICD-10-Code F00-F03) müssen Störungen vieler kortikaler Funktionen vorhanden sein, um von einer Demenz auszugehen.

Diese sind Störungen des Gedächtnisses, der Lernfähigkeit, des Denkens, der Sprache, der Orientierung und der Entscheidungsfähigkeit, wobei das Bewusstsein nicht betroffen ist. Neben kognitiven Beeinträchtigungen treten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, der Affektlage, der Motivation und des Sozialverhaltens auf. Je nachdem, welcher Symptomkomplex auftritt, werden Demenzen ätiologisch zugeordnet. Beispielsweise kommt es bei der Alzheimer-Demenz vornehmlich zu langsam progredienten Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, im weiteren Verlauf folgen Aphasie und Apraxie. Dagegen steht bei der frontotemporalen Demenz eine euphorische Enthemmung mit Störung der Affektkontrolle und des Verhaltens im Vordergrund. Vaskuläre Demenzen äußern sich eher durch kognitive Beeinträchtigungen und neurologische Herdsymptome nach Hirninfarkten (Masuhr et al. 2013, S.185-193). Der Hausarzt sieht sich in seiner Praxis mit der Demenz als multifaktorielle Erkrankung konfrontiert, bei der die Betroffenen mit unterschiedlichsten Beschwerden und Behandlungsanliegen an ihn herantreten bzw. ihm selbst Symptome durch die personen-zentrierte Wahrnehmung bereits früh auffallen können. Im Folgenden werden einige relevante Aufgreifkriterien genannt. Eine Amnesie kann bspw. durch das Vergessen eines neu verschriebenen Medikaments bemerkt werden, an Arzttermine, die in der nahen Vergangenheit liegen, kann sich der Patient evtl. nicht erinnern. Wenn einfache Aufforderungen zu Irritationen führen, bspw. das Hinlegen auf die Liege oder Aus- und Anziehen Probleme bereiten, sind dies Hinweise auf eine mögliche Apraxie. Sonst gewohnte Handlungen, wie z.B. Brustkorb abhören oder der Einsatz eigentlich bekannter Untersuchungsinstrumente stellen für den Patienten auf einmal eine Bedrohung dar, Zeichen für eine Wahrnehmungsstörung. Störungen der zeitlichen, örtlichen und personalen Orientierung fallen ebenfalls durch Beobachten und im Gespräch auf, genauso wie Sprachstörungen, Störungen des logischen Denkens und allgemeine Verlangsamung der Reaktion auf Handlungsanweisungen (Landesinitiative Demenz Sachsen e.V., 2019).

Der Demenzbegriff ist aufgrund intensiver Forschung im Wandel. Dies zeigt sich in den aktuellen Veränderungen in dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association für psychische Erkrankungen, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), in deutscher Version: Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen. In der aktuellen Ausgabe DSM-V von 2018 (Falkai und Wittchen) wird der Begriff Demenz nicht mehr verwendet, sondern von neurokognitiven Störungen gesprochen. Wie dieser neue Begriff schon sagt, stehen hier als Kernsymptomatik kognitive Störungen im Vordergrund, die auch stärker ausdifferenziert werden. Es werden sechs wichtige kognitive Bereiche genannt: Komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Lernen und Gedächtnis, Sprache, perzeptuell-motorische Fähigkeiten und soziale Kognitionen. Die Forderung eines neuen Begriffs ergibt sich daraus, dass die alte, auch im ICD verwendete Definition eher auf die Alzheimer-Demenz zugeschnitten ist. Demenzerkrankungen anderer Ätiologien werden nicht ausreichend berücksichtigt (Maier & Barnikol 2013). Der kognitive Bereich der komplexen Aufmerksamkeit spielt beispielsweise beim Erkennen der vaskulären Demenz eine wichtige Rolle. Auch wurde erforscht, dass je nach Ursache spezifische frühe Veränderungen

mit den ausdifferenzierten, kognitiven Symptombeschreibungen besser erkannt werden, da die Vorstadien späterer Demenzsyndrome ein ätiologiespezifisches Gepräge haben (Klein et al. 2011). Mit der alten Definition von Demenz ist die diagnostische Schwelle höher. Auch erhofft man sich von einer neuen Krankheitsbezeichnung eine Verringerung der Stigmatisierung und der Vorurteile, die dem Begriff Demenz anhaften. Aktuell spielt dieses Klassifikationssystem in Deutschland noch keine Rolle, zeigt aber die Richtung an, in die sich die Forschung entwickelt.

In der Praxis wird der Demenzbegriff oft unscharf verwendet, d.h. je nach Symptomatik und Kontext kann der Begriff unterschiedlich definiert und angewendet werden. Spricht man von Demenz im Singular, ist das psychologische Bild der Erkrankung gemeint, welchem eine organische Ursache zugrunde liegt, gekennzeichnet durch kognitive, emotionale und auch wahnhaftige Symptome. Demenzen im Plural meinen eher eine Gruppe verschiedener neurologisch organischer Erkrankungen. Demenz wird als irreversible Störung des Gedächtnisses von reversiblen Deliren abgegrenzt. Es ergibt sich die Problematik, dass Begriffe wie Aphasie oder Apraxie als generalisierte Begriffe zur Beschreibung der Demenz verwendet werden und nicht als die spezifischen fokalen Störungen des Gehirns, die sie eigentlich implizieren. Das hat zur Folge, dass Demenzsymptome im Rahmen der allgemeinen kognitiven Einbußen unprägnant dargestellt werden (Dick 2005).

1.1.2 Ätiologie und Epidemiologie

Die Ursachen der fortschreitenden Atrophie des Hirnparenchyms sind teilweise bekannt, bspw. im Rahmen einer Parkinson-Erkrankung, eines Schädel-Hirn-Traumas, einer HIV-Infektion oder pathologisch vaskulärer Ereignisse. Die Entstehung einer Alzheimer-Demenz ist noch weitgehend ungeklärt. Es werden verschiedene potentielle Risikofaktoren für demenzielle Krankheitsbilder diskutiert. Dazu gehören z.B. vaskuläre Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Nikotinabusus, Adipositas und leichte kognitive Störungen (Mild Cognitive Impairment, MCI). MCI ist definiert als subjektive, objektivierbare kognitive Einbuße bei erhaltener Alltagskompetenz (Gauthier et al. 2006). Man geht davon aus, dass die gehirndegenerativen Prozesse schleichend beginnen und somit auch die Symptome einen zunächst unscheinbaren Anfang nehmen. Menschen mit Verdacht auf MCI bedürfen einer Objektivierung ihrer Symptome und besonderer Aufmerksamkeit, da sie ein erhöhtes Risiko besitzen, an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken (Petersen & Morris 2003). Das subjektive Empfinden des Patienten, Gedächtniseinbußen zu haben, spielt dabei eine wichtige Rolle (Waldorff, 2012). Bei einem Teil der Betroffenen ist MCI reversibel (Gauthier et al. 2006). In einer deutschen Studie (Kaduszkiewicz et al. 2014) wurde die Progression eines MCI zu einer Demenz untersucht. Das Resultat war, dass nur ein Viertel der untersuchten Patienten im Alter von 75 Jahren oder älter diese Progression in einem Untersuchungszeitraum von drei Jahren aufwiesen. Auch wurde herausgefunden, dass Patienten mit MCI und zusätzlichen Risikofaktoren wie Depression oder hohem Alter besonders gefährdet waren, eine Progression zur Demenz zu erleiden. Fazit der Studie ist, dass die Diagnose

einer MCI vorsichtig gestellt werden sollte, da ein großer Teil der Patienten keine Progression erfahre und somit unnötigerweise mit einer solchen Diagnose belastet würde.

Laut der Demenz - Leitlinie, die von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) speziell zum Gebrauch für Hausärzte entwickelt wurde, handelt es sich in zwei Dritteln der Fälle um eine degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ, gefolgt von vaskulären Demenzformen. In nicht unerheblichem Maße spielen Mischtypen zwischen diesen beiden Demenzformen eine Rolle. Wesentlich seltener handelt es sich um sekundäre Demenzen, die als Folgeerscheinungen anderer Grunderkrankungen auftreten, z.B. infolge von Stoffwechselerkrankungen, infektiösen Genesen, Traumata, Vitaminmangelzuständen oder chronischen Vergiftungserscheinungen. Da diese Formen reversibel bzw. einer spezifischen Therapie zugänglich sind, ist bei der Demenzdiagnostik immer auch eine sehr genaue, körperliche Untersuchung durchzuführen, um eben solche gefährlichen Verläufe abzuwenden. Jedoch ist der Großteil demenzieller Syndrome irreversibel, chronisch fortschreitend und nach heutigem Wissensstand nicht heilbar. Daher ist die Verzögerung des Krankheitsverlaufs und der Erhalt der Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen das Ziel der jetzigen Behandlungsstrategien (DEGAM-Leitlinie Demenz 2008).

Von Demenz sind heute in Deutschland 1,6 Millionen Menschen betroffen, jährlich kommen 300 000 Neuerkrankte hinzu (Bickel & Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2015) und die Tendenz steigt. Weltweit sollen sich die Fallzahlen bis 2050 laut neusten Vorhersagen verdreifachen (Global Burden of Disease Study 2019). Mehr als die Hälfte der Bewohner in Pflegeheimen leiden an Demenz (Hoffmann et al. 2014). Ihre Versorgung stellt vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine immer größere Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen dar. Die Erforschung von demenziellen Veränderungen in der Bevölkerung hat gesellschaftspolitische Wichtigkeit.

1.1.3 Krankheitserleben

Ohne Zweifel geht eine Demenz als Syndrom mit einer Vielzahl von Symptomen einher, die den Betroffenen selbst in seiner Persönlichkeit verändern und die Menschen in seinem Umfeld vor die Herausforderung stellen, die Beziehung zum Erkrankten neu zu definieren und zu gestalten. Dadurch, dass Demenz in der Öffentlichkeit immer noch als Krankheit wahrgenommen wird, die dem Menschen seine Selbstbestimmung und Würde nimmt, kann sich das Risiko erhöhen, dass Betroffene von Teilen des gesellschaftlichen Lebens ausgeschlossen werden (Kaduszkiewicz et al. 2009). Die Ärzte sind angesichts einer unheilbaren Krankheit ebenfalls verunsichert und scheuen den konfrontativen Umgang mit dem Leiden, nicht zuletzt weil sie Angst haben, den Patienten zu beschämen und sein Vertrauen zu verlieren (Kaduszkiewicz et al. 2008). Demenz beeinträchtigt nicht nur das Gedächtnis, sondern das gesamte Sein des Menschen, sein Erleben und sein Verhalten. Jedoch haben Menschen im Frühstadium der Demenz weiterhin das starke Bedürfnis, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und sich in eine Gemeinschaft einzufügen (Milton 2012). Dabei spielt

das Gefühl des Gebraucht-Werdens und eines selbstbestimmten Lebens, so wie im Leben vor der Krankheit, weiterhin eine wichtige Rolle, wobei eine anregende, schützende und motivierende Umwelt Voraussetzung ist (Brandenburg & Günther 2013).

1.2 Aufgaben und Strukturen der medizinischen Versorgung bei Demenz

1.2.1 Hausärztliche Versorgung

Die medizinische Versorgung von Demenzpatienten wird in Deutschland von unterschiedlichen Akteuren in verschiedenen Sektoren wahrgenommen. Dazu zählen ärztliche Spezialgebiete, wie Allgemeinmediziner, Psychiater, Neurologen und Gerontologen, genauso wie in der ambulanten wie stationären Versorgung tätige Altenpflege- und Krankenpflegekräfte oder Sozialarbeiter, Psychologen und Ergotherapeuten. Der Hausarzt nimmt jedoch eine zentrale Rolle bei der Erkennung und Versorgung von Demenzpatienten und deren Angehörigen ein (Vollmar et al. 2007). 90% aller Demenzkranken werden von Allgemeinmediziner betreut (Weyerer 2005, S.19). Die DEGAM-Leitlinie Demenz (2008) bezeichnet das Krankheitsbild als typisch allgemeinmedizinisch.

Die Aufgaben des Hausarztes, Demenz betreffend, gestalten sich sehr umfassend. Zunächst ist er in den meisten Fällen der erste Ansprechpartner von Menschen, denen an sich selbst oder an ihren Angehörigen Verhaltensauffälligkeiten oder Gedächtnisstörungen auffallen. Er ist aber auch derjenige, der aufgrund oft langjähriger Kenntnis der Lebens- und Krankengeschichte seiner Patienten kognitive Veränderungen bemerkt. Der Hausarzt ist somit für die Erhärtung einer Diagnose und die Therapiestaltung des demenziell erkrankten Patienten verantwortlich. Es kommt zu einem Perspektivenwechsel von der therapeutischen zur begleitenden ärztlichen Tätigkeit. Unter Umständen kann das für den Hausarzt schwierig und psychisch belastend sein, da der fortschreitende, nicht heilbare Verlauf der Erkrankung einen palliativen Behandlungsansatz nötig macht. Es gibt Studien, die sich mit den Gefühlen von Hausärzten gegenüber kognitiv eingeschränkten Patienten befassen. Zwei qualitative Studien aus den USA von Adams et al. (2002, 2005) wurden in diesem Kontext durchgeführt. Ein interessanter Aspekt waren die Schwierigkeiten einiger Hausärzte von der kurativen Behandlungsstrategie ihrer Tätigkeit („curing“) zu einer begleitenden, fürsorglichen Behandlungsweise („caring“) überzugehen (Apesoa-Varano et al. 2011). Sie empfanden es als frustrierend, mit ihrem therapeutischen Wissen an Grenzen zu stoßen und fühlten Sinnlosigkeit in einer weiteren therapeutischen Behandlung. Dies hatte einen störenden Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Auch mit Hilflosigkeit und Traurigkeit fühlen sich Hausärzte konfrontiert, besonders bei langjährig bekannten Patienten.

Es konnte gezeigt werden, dass ein Patient bereits fünf Jahre vor der klinischen Manifestation einer Demenz häufiger den Allgemeinarzt aufsucht (Ramakers et al. 2007). Frühsymptome sind dabei Gangstörungen und kognitive Einbußen. Eine schwierige aber wichtige Aufgabe des Hausarztes in diesem Zusammenhang ist die „Enthüllung der Nachricht“, also das Erklären der für den Patienten neuen Erkrankung (Connell et al. 2004).

Auch nach der Diagnose sind von Demenz betroffene Patienten häufiger auf die Betreuung durch den Hausarzt angewiesen (Chen et al. 2014). Hausärzte sind stark in die Beurteilung und regelmäßige Sicherstellung der Pflege von Demenzerkrankten miteinbezogen (Stewart et al. 2014). Konkrete Aufgaben sind dabei auch Komplikationen der Demenz vorzubeugen, zu erkennen und zu behandeln (Villars et al. 2010). Des Weiteren eröffnet sich ein großes Aufgabenfeld des Hausarztes bei der Beratung der Angehörigen (O'Connor 2011). Wichtig ist dabei die Vermittlung von Unterstützungsangeboten für die Angehörigen (Pont et al. 2011). Dabei sind Empfehlungen von Unterstützungsangeboten für Betreuungspersonen durch den Hausarzt besonders erfolgreich. Sie führen zu einer deutlichen Erhöhung der Nutzungsrate für die empfohlenen Leistungen im Vergleich zu den Angeboten, die nicht durch den Hausarzt empfohlen werden (Donath et al. 2010). Hier wird die zentrale Rolle und das umfangreiche Aufgabenspektrum des Hausarztes bei der Betreuung von Demenzpatienten erneut deutlich, sei es bereits vor der Stellung der eigentlichen Diagnose, bei der Behandlung von Komplikationen oder der Betreuung der Angehörigen.

1.2.2 Leitlinien

Unter einer Leitlinie versteht man laut der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine Zusammenstellung systematisch entwickelter Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderer im Gesundheitssystem tätiger Personen und Patienten. Als Entscheidungshilfen sind sie rechtlich nicht bindend. Je nach methodischem Hintergrund werden Leitlinien in drei Entwicklungsstufen kategorisiert (S-Klassifikation), wobei das Spektrum von S1 (Handlungsempfehlungen von Expertengruppen) bis S3 (evidenz- und konsensbasierte Leitlinie) reicht. Die aktuelle S3-Leitlinie Demenzen (herausgegeben durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN] und Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN] 2016) bietet eine umfassende Hilfestellung in den Bereichen der Diagnostik, Therapie, Betreuung und Beratung für viele verschiedene medizinische Berufsgruppen sowie für Patienten, Angehörige und Personen, die mit Demenzkranken umgehen. Neben der fachlichen Demenzversorgung durch den neurologischen Spezialisten wird in einem gesonderten Kapitel auf die hausärztliche Versorgung von Demenzpatienten eingegangen. Dabei werden auch die unterschiedlichen Perspektiven und Arbeitswelten von Spezialisten und Allgemeinärzten dargelegt, welche Anpassungen und Ergänzungen der S3- Leitlinie Demenzen für Allgemeinmediziner nötig machen. Während sich der Spezialist einem vorselektierten und für die Diagnostik aufgeschlossenen Patientengut mit Wunsch auf erweiterte Diagnostik und Beratung gegenüber sieht, suchen Patienten mit unterschiedlichsten Erkrankungen und Symptomen die hausärztliche Praxis auf, wobei der Hausarzt eine ganzheitliche Sicht wahren und im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung einzelne Gesundheitsprobleme nach Wichtigkeit einteilen und versorgen muss. Des Weiteren ist es aufgrund der vielfältigen und ungefilterten Patientenklientel sowie der begrenzten zeitlichen und

finanziellen Ressourcen für den Hausarzt wichtig, über bereits praxiserprobte Leitlinien zu verfügen, die Nutzen und Aufwand in eine praktikable Relation setzen. Daher hat sich die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) das Ziel gesetzt, speziell für die Hausarztpraxis zugeschnittene Leitlinien zu entwickeln. In der DEGAM-Leitlinie Demenz von 2008 wird im Unterschied zur o.g. Leitlinie hier in einer kompakten Kapitelstruktur die Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapie und Versorgung abgehandelt und gesondert auf allgemeinärztlich relevante Themen, wie bspw. Gesprächsführung, Schnittstellen zu Spezialisten, Angehörigenversorgung oder den Umgang von nicht-kognitiven Störungen im Rahmen der Demenz eingegangen. So ist in im hausärztlichen Setting abzuwägen, ob eine spezielle Demenz-Diagnostik überhaupt im Sinne einer ganzheitlichen Beurteilung der gesundheitlichen Situation sinnvoll und vom Betroffenen erwünscht ist. Der Hausarzt kann dann selbstständig die Demenzdiagnostik und -therapie durchführen, wobei jedoch Empfehlungen für einige spezielle diagnostischen Verfahren, wie die Liquorpunktion, aufgrund der großen Seltenheit von reversiblen, entzündlichen Demenzursachen in der Hausarztpraxis weniger wichtig erscheinen. Auch die starke Empfehlung für bildgebende Verfahren zur Diagnostik ist für den Hausarzt im Sinne des Patientenwunschs nach Abklärung seiner Symptome, seines gesundheitlichen Zustandes und der sich daraus ergebenden Konsequenz für den Betroffenen zu bewerten. Im Fokus des Hausarztes steht immer ein ganzheitliches Konzept, welches sich aus der langjährigen Kenntnis der Person und des Umfelds des Patienten ergibt und welches auch die vulnerable Gruppe der An- und Zugehörigen mit einschließt. Die Evidenz für ein bestimmtes medizinisches Vorgehen kann deshalb anhand des unterschiedlichen Patientenkollektivs neurologischer und allgemeinmedizinischer Spezialisten auf verschiedene Weise umgesetzt werden, was sich in den unterschiedlichen Wichtungen in den jeweiligen Leitlinien widerspiegelt.

1.2.3 Früherkennung und Diagnostik

Die S-3-Leitlinie Demenzen sieht eine frühzeitige Diagnostik als Grundlage für die Versorgung und Behandlung von demenziell erkrankten Patienten, die allen Betroffenen ermöglicht werden sollte. Die DEGAM-Leitlinie, die für die hausärztliche Versorgung relevant ist, verweist auf eine Studie von Kaduszkiewicz und van den Bussche (2003), in der Hausärzte sowie Neurologen und Psychiater eine frühzeitige Demenzdiagnose subjektiv als positiv bewerten. Durch eine frühzeitige Erkennung von demenziellen Veränderungen soll dem Patienten so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in gewohnter Umgebung ermöglicht werden. Dies ist, laut geriatrisch tätiger Ärzte, ein häufig geäußerter Wunsch ihrer Patienten. Als weitere Gründe, einem Verdacht auf Demenz nachzugehen, werden das rasche Einleiten therapeutischer Maßnahmen, die Vermeidung von Überforderung von Pflegenden und Bezugspersonen und die Ermöglichung einer Lebensplanung bei erhöhtem Sterberisiko im Vergleich zur Altersgruppe genannt. Ein offener Umgang mit der Demenzerkrankung und eine genaue (Differential-)Diagnostik sind wichtig. Patienten und pflegende Angehörige profitieren von einem

demenzspezifischen Behandlungsplan und besonders psychische Begleitsymptome werden besser behandelt (Thyrian et al. 2017). Allerdings werden in der Leitlinie von 2008 auch Argumente benannt, einem Demenzverdacht nicht nachzugehen. Dazu gehört z.B. die Ablehnung des Patienten und der Angehörigen von therapeutischen Maßnahmen, Multimorbidität des Betroffenen oder eine befürchtete Stigmatisierung der Familie.

Eine frühe Erkennung und Therapie von Demenzerkrankungen kann Relevanz für alle Beteiligten haben. Der Patient spürt in der Regel schon länger die Veränderungen und überspielt die Defizite (Pearce et al. 2002). Folgen sind depressive Verstimmungen, Angst und sozialer Rückzug. Die Angehörigen nehmen genauso die Verhaltensauffälligkeiten, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen wahr, sie können möglicherweise vorwurfsvoll, ängstlich oder verständnislos reagieren. Eine frühe Aufklärung der Symptome durch eine Diagnosefindung schafft Klarheit und die Möglichkeit, die neue Lebenssituation aktiv anzugehen. Ein konfrontativer Umgang mit der Erkrankung, also eine angemessene Anwendung der vorhandenen Therapien, ein effektives Management der begleitenden Lebensbedingungen, die Planung einer koordinierten Pflege, die Ermöglichung eines Kennenlernens von Angehörigengruppen und anderen Unterstützungsangeboten sowie die Weiterbildung über die Erkrankung selbst, können die Lebensqualität von Betroffenen und pflegenden Angehörigen verbessern (Vickrey et al. 2006). Aber auch der Hausarzt kann dadurch profitieren, dass er die Symptome in ein Krankheitsbild einordnen kann und die Möglichkeit hat, eine komplexe Therapie einzuleiten. Richtig kommuniziert, kann eine frühe Diagnosefindung somit eine Entlastung für Patienten, Angehörige und Hausarzt sein (Meiser 2008).

Seit dem Oktober 2013 ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, das hausärztlich-geriatrische Basisassessment für Patienten ab 70 Jahren aufgenommen wurden. Hierbei werden obligate und fakultative Leistungsinhalte festgelegt, wobei die Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z.B. Minimal Status Test) zu den fakultativen Leistungen gehört. Die Beurteilung, ob der Patient einen geriatrischen Versorgungsbedarf hat und somit für das Assessment infrage kommt, obliegt dem Hausarzt. Allerdings muss vorher bereits mindestens eins der folgenden Symptome, nämlich Mobilitätsstörungen, Frailty-Syndrom, Dysphagie, Inkontinenz, chronische Schmerzen oder komplexe Beeinträchtigungen kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art dokumentiert worden sein. Auch wenn bereits eine Alzheimer-Demenz oder ein Parkinson-Syndrom diagnostiziert wurde, kann das Assessment abgerechnet werden.

Seit dem März 2017 gibt es eine DEGAM-Leitlinie Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis. Die Befragungen der hier vorliegenden Arbeit, die bereits 2014 stattfanden, waren zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen. Daher fließt die Erfahrung mit der praktischen Anwendung dieser Leitlinie nicht in das Ergebnis mit ein. Trotzdem zeigt die Entwicklung dieser Leitlinie mit dem Ziel Patienten ab 70 Jahren mit beginnenden funktionellen Einschränkungen mit Screeningverfahren frühzeitig zu identifizieren, um dann

präventive und rehabilitative Maßnahmen für diese Patientengruppe gezielt einzusetzen, dass der Bedarf nach einer systematischen Aufdeckung und Versorgung der gesundheitlichen Einschränkungen älterer Menschen in der Hausarztpraxis groß ist. In dieser Leitlinie wird neben der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Alltag, des Sehens, des Hörens, von Stürzen, Harninkontinenz, Depressivität, des sozialen Umfeldes und des Impfschutzes auch ein Uhrentest als Orientierungstest zur kognitiven Leistung verlangt, mit dem Ziel ein umfassendes Bild über den gesundheitlichen Stand des älteren Menschen zu erlangen.

1.2.4 Screening

Zur frühzeitigen Erkennung von in der Bevölkerung häufig vorkommenden Krankheiten werden in der Medizin Screening-Verfahren angewendet. Bei einem Screening wird eine bestimmte Bevölkerungsgruppe auf eine konkrete Krankheit hin getestet, wobei bei Auffälligkeiten weitere diagnostische Maßnahmen ergriffen werden. Außerdem können spezifische Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden, da durch das Screening bis dato unentdeckte, aber schon vorhandene Erkrankungen erkannt und somit im Anfangsstadium behandelt werden. Das Screening greift in der sogenannten präklinischen Phase, also der Zeit vom Beginn der Erkrankung bis zur klinischen Manifestation (Spix & Blettner 2012). Die Implementierung eines Screenings setzt voraus, dass es sich um eine häufige und progredient fortschreitende Erkrankung handelt, die eine ausreichend lange präklinische Phase besitzt (ebd.). Außerdem muss der Patient einen therapeutischen Vorteil aus der frühzeitigen Erkennung der Erkrankung durch das Screening ziehen (ebd.). Ein Screeningverfahren umfasst das Untersuchungsverfahren, die einzuschließende Personengruppe und einen Zeitplan (ebd.). In dieser Arbeit wird häufig der Begriff des Screenings auf kognitive Veränderungen im Patientengut des Allgemeinarztes verwendet. Dabei ist es wichtig, diesen Screening-Begriff vom oben erläuterten Screening-Verfahren abzugrenzen. Bei der Demenz ist es derzeit schwierig, ein Screening-Verfahren im oben beschriebenen Sinne zu implementieren, da viele Voraussetzungen dafür, bspw. ausreichende therapeutische Optionen, eine definierte Personengruppe und Wissen über ein progredientes Fortschreiten der präklinischen zur klinischen Manifestation (Schwartz & Robra 1991), nicht vorliegen. Ein generelles Screening auf Demenz ohne konkrete Verdachtsmomente wird auch in der DEGAM-Leitlinie nicht empfohlen (Hensler 2006). Wenn in dieser Arbeit von einem Screening auf Demenz gesprochen wird, handelt es sich um sogenannte Assessments (= Einschätzungen), hier konkret das Geriatrische Basisassessment (GBA), welches eine Ansammlung verschiedener Tests, die die kognitiven und motorischen Fähigkeiten, sowie die Fähigkeit zur Selbsthilfe älterer Menschen beurteilen, beinhaltet. Dabei sollen Veränderungen frühzeitig erkannt und behandelt sowie Kriterien identifiziert werden, dass die alten Menschen in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben oder auf andere Betreuungsmöglichkeiten vorbereitet werden können, wenn der Verbleib in der Häuslichkeit gefährdet ist. Hier wird der Begriff des Screenings für eine viele Aspekte umfassende Untersuchung benutzt, wobei verschiedene Organsysteme

betrachtet werden, um ggf. eine Diagnose zu erhärten. In der DEGAM-Leitlinie zum GBA wird allerdings auch empfohlen, zunächst eine geeignete Zielgruppe für dieses Screening zu identifizieren. Hierin besteht also ein weiterer Unterschied zum klassischen Screening-Begriff, da die Hausärzte das GBA an einer vorselektierten Gruppe vornehmen sollen, welche sie selbst aufgrund bestimmter Aufgreifkriterien festlegen. Die Identifikation dieser Aufgreifkriterien ist auch Ziel dieser Arbeit.

1.2.5 Anwendung von Screening-Tests bei der Früherkennung von Demenz

Mild Cognitive Impairment (MCI), also leichte kognitive Störungen, kommen häufig im Patientengut der Allgemeinmediziner vor und somit spielen die Hausärzte eine wichtige Rolle bei der Betreuung von Patienten mit MCI bis zum Vollbild Demenz (Luck et al. 2007). Momentan ist es schwierig zwischen Nutzen und Schaden eines Screenings auf MCI zu unterscheiden (Moyer & U.S. Preventive Services Task Force 2014). Einerseits eröffnet das Erkennen eines MCI ein Zeitfenster für psychische und medikamentöse Prophylaxe einer Demenz sowie Rehabilitation (Förstl et al. 2008). Auch erkennen Allgemeinärzte eine geringe Anzahl an MCI in ihren Patienten, wenn die Diagnose nur auf dem klinischen Eindruck beruht, weshalb die Empfehlung, Screeningtests zu erproben, ausgesprochen wird (Kaduszkiewicz et al. 2010). Frühe Demenzen und auch reversible Demenzformen sind von Allgemeinärzten ohne Screening unterdiagnostiziert (van den Dungen et al. 2012). Andererseits ist die Wahrscheinlichkeit falsch-positiver Diagnosen in frühen Demenzstadien hoch (Pond et al. 2013) und tatsächlich entwickelt nur ca. ein Viertel des allgemeinärztlichen Patientenguts mit MCI das Vollbild einer Demenz (Kaduszkiewicz et al. 2014). Das führt zu einer unnötigen Beunruhigung vieler Patienten und sollte vermieden werden (ebd.). Es zeigt sich, dass ein Screening-Testverfahren noch kontrovers diskutiert wird. In der aktuellen S3-Leitlinie „Demenzen“ wird ein systematisches Screening beschwerdefreier Personen nicht empfohlen, da die Anzahl an Falschdiagnosen zu hoch sei (S-3-Leitlinien Demenzen, DGPPN, DGN, 2016). Auch wurde noch nicht nachgewiesen, ob eine frühe Demenzaufdeckung kognitiv, psychisch oder sozial für die Lebensplanung des Betroffenen gewinnbringend ist (Lin et al. 2013). Wenn allerdings Symptome auffallen, die auf eine Demenz hinweisen können, sehen Hausärzte einen Nutzen in Screeningtests, um im Falle einer positiven Demenzdiagnose tätig zu werden (Martin et al. 2015). Die Bundesärztekammer veröffentlichte vor kurzem eine „Stellungnahme zum Umgang mit prädikativen Tests auf das Risiko für die Alzheimer-Krankheit“ (dt. Ärzteblatt 03/2018). Sie reagiert dabei auf das zunehmende Bedürfnis in der Bevölkerung, frühzeitig das genaue Risiko für die Erkrankung an Alzheimer vorherzusagen. Prädikative, genetische Tests werden bereits kommerziell angeboten, sind aber für den Großteil der Alzheimer-Patienten nicht geeignet, da 99% der Krankheit sporadisch auftreten und mit diesen Tests nicht erfasst werden können (ebd.). Stattdessen wird die Empfehlung ausgesprochen, bei subjektiven Beschwerden eher neuropsychologische Tests zur Objektivierung zu nutzen. Diese Tests kommen auch bei dem Screening auf Demenz in der Hausarztpraxis zum Einsatz.

1.2.6 Therapie

Obwohl die Therapie von Demenzerkrankungen Gegenstand intensiver Forschung ist, sind noch keine heilenden Ansätze bekannt. Wenn von einer Therapie der Demenz gesprochen wird, ist eigentlich die Verlangsamung des chronisch fortschreitenden Prozesses mit dem Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität für den Betroffenen gemeint. In Deutschland sind laut der neuen S-3-Leitlinie, (S-3-Leitlinien Demenzen, DGPPN, DGN 2016) zur medikamentösen Behandlung einer Alzheimer-Demenz die Acetylcholinesterase-Hemmer Donepezil, Galantamin und Rivastigmin und der NMDA-Antagonist Memantin zugelassen. Die Acetylcholinesterase-Hemmer werden bei leichten und mittelschweren Formen der Alzheimer-Demenz empfohlen, während Memantin nur bei schweren Formen eingesetzt werden soll (ebd.). Diese Medikamente können den Krankheitsverlauf verzögern, halten ihn aber nicht auf. Alle anderen Therapeutika, wie z.B. Ginkgo Biloba, Vitamin E oder NSAR, haben keine wissenschaftliche Evidenz (ebd.). Zur Therapie der vaskulären Demenz existiert keine symptomatische Therapie, allenfalls die Behandlung vaskulärer Grunderkrankungen und die Vermeidung der Risikofaktoren wird zur Verhütung weiterer vaskulärer Schäden empfohlen (ebd.).

Auch die Linderung der psychischen- und Verhaltenssymptome wie Depression, Angst, Hyperaktivität und Aggressivität macht einen großen Teil der Behandlung bei Demenzpatienten aus. Dabei ist zunächst wichtig, die Auslöser des jeweiligen Verhaltens zu identifizieren. Oftmals können dann Symptome abklingen, wenn z.B. bestimmte körperliche oder umweltbedingte Faktoren verändert werden (S-3-Leitlinien Demenzen, DGPPN, DGN 2016). Auch sollten psychosoziale Interventionen vor der medikamentösen Therapie bevorzugt werden. Solche Interventionen können z.B. Ergotherapie, körperliche Aktivität oder Musiktherapie sein (ebd.). Es gibt in diesem Bereich viele kreative, individuelle Ansätze, die dem Patienten helfen können. Ein sich neu öffnendes, therapeutisches Feld ist bspw. die sogenannte kognitive Rehabilitation, wobei es nicht so sehr um die Verbesserung der Gedächtnisleistung, sondern vielmehr um die Optimierung der jeweiligen Lebensqualität des Betroffenen durch das Erlernen oder Üben von wichtigen alltäglichen Funktionen (z.B. Ankleiden), geht, je nachdem, was der Patient aktuell am meisten benötigt, um ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im Rahmen der individuellen Möglichkeiten zu führen (Clare, 2017). Wenn psychosoziale Interventionen keine ausreichende Wirkung zeigen, kommt es zum Einsatz psychotroper Medikamente (z.B. Antipsychotika, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Tranquilizer). Allerdings ist bei Demenzkranken besondere Vorsicht geboten, da viele dieser Medikamente die Symptomatik verschlechtern können. Deshalb sollten sie nur kurzfristig und engmaschig kontrolliert verabreicht werden (S-3-Leitlinien Demenzen, DGPPN, DGN 2016).

1.3 Versorgungsforschung Demenz

Rund um das Erkrankungsbild der Demenz haben sich große Forschungsgebiete implementiert. Das

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) beispielsweise führt viele Projekte im Bereich der Grundlagen-, klinischen-, Versorgungs- und Populationsforschung durch. Die Rheinland-Studie ist bspw. ein Projekt im Bereich der epidemiologischen Forschung, bei der von 30000 Menschen Daten zur kognitiven Leistung, Gedächtnisfunktion und Exekutivfunktionen gesammelt und im Drei-Jahres-Rhythmus neu erhoben werden. Ziel der Versorgungsforschung ist es, die Lebenssituation und Bedürfnisse von Demenzpatienten, aber auch von Akteuren der Versorgung, wie Hausärzten, zu erkennen, um eine Verbesserung der Versorgung zu erlangen.

1.3.1 Hausärztliche Versorgungsforschung

Der hausärztliche Umgang mit neu auftretenden kognitiven Einschränkungen bei Patienten ist bis jetzt, besonders im deutschen Sprachraum, wenig erforscht. Oft wird postuliert, dass es Defizite und Hindernisse in der hausärztlichen Versorgung von Demenzkranken gibt. Dazu gehören diagnostische Unsicherheiten durch unzureichendes Wissen von ärztlicher Seite (Kaduszkiewicz et al. 2009), Zeitdruck im ärztlichen Alltag, Negieren der Symptome durch Betroffene und Angehörige (Kaduszkiewicz et al. 2008), mangelnde Offenheit der Hausärzte für interdisziplinäre Zusammenarbeit (Iliffe et al. 2006) und finanzielle Hindernisse (Hausner et al. 2012). Auch besteht weiterhin Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung gegenüber Demenz (Hudson et al. 2012), es herrscht immer noch ein negativ geprägtes Image der Demenz vor, was zur Stigmatisierung Betroffener führen kann (Lahjibi-Paulet et al. 2012).

In Deutschland existiert seit 2012 die Allianz für Menschen mit Demenz, die sich unter der Führung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DAIzG), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Ziel gesetzt hat, die Inklusion und Lebensqualität von Demenzkranken und deren Angehörigen zu sichern sowie das Verständnis und die Sensibilität für die Betroffenen zu fördern (siehe Bericht zur Umsetzung der Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz 2014–2018). In diesem Rahmen wurden auch Projekte im Bereich der Versorgungsforschung gefördert, mit dem Ziel, die Situation zu Hause lebender Demenzkranker zu verbessern. Zu nennen ist die DelpHi-Studie, in der in vielen Hausarztpraxen die Anwendung eines speziellen „Dementia-Care-Management“ mit dem Ziel einer besseren Versorgung zu Hause lebender Demenzpatienten erprobt wurde (Thyrian et al. 2012). Resultate waren u.a., dass die teilnehmenden Ärzte positive Einstellungen gegenüber dem in der Studie durchgeführten Screeningverfahren zeigten und dass das „Dementia-Care-Management“ einen positiven Einfluss auf deren hausärztliche Tätigkeit und Qualifikation hatte (Thyrian et al. 2016).

Eine weitere Studie auf diesem Feld ist die vom Kompetenznetz Degenerative Demenzen (KNDD) 2013 initiierte und bis 2020 durchgeführte, multizentrische German Study of Aging, Cognition and Dementia (AgeCoDe-Studie), die die Früherkennung, den natürlichen Verlauf und den Versorgungsaufwand von Demenzen in der hausärztlichen Versorgung analysiert. Neben der Entwicklung eines Risikoscores für

Demenz, geeignet für Patienten in der Hausarztpraxis (Jessen et al. 2011), und der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen MCI und Demenz (Jessen et al. 2014), wurde in dieser Studie auch die Perspektive des behandelnden Hausarztes erforscht. Es zeigt sich, dass neben den diagnostischen Verfahren auch andere Variablen einen Einfluss auf das Urteil des Hausarztes über den kognitiven Zustand seiner Patienten haben. Patienten mit Schwerhörigkeit, eingeschränkter Mobilität oder vielen Co-Morbiditäten wurden von den Hausärzten wahrscheinlicher auch als kognitiv beeinträchtigt beurteilt (Pentzek et al. 2009).

Zu nennen ist weiterhin die Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin, kurz IDA-Studie, in der in einer cluster-randomisierten Untersuchung 180 Hausärzte über drei Jahre speziell in der Diagnostik und Therapie der Demenz geschult wurden (Lauterberg et al. 2007). Der positive Effekt dieser Intervention wurde deutlich, indem die Hausärzte selbst angaben, von den Schulungen zu profitieren (Vollmar et al. 2007), eine leitliniengerechte Behandlung der Patienten erreicht wurde und die Empfehlungen für Angehörigenberatungen stark anstiegen (Donath et al. 2010).

In einem Teilprojekt des KNDD wurde in einer intensiven Literaturrecherche die Einstellung des Hausarztes gegenüber Demenz genauer untersucht, mit dem Ergebnis, dass nicht allein Wissensdefizite der Hausärzte die Probleme einer demenzadaptierten Versorgung hervorrufen, sondern vielmehr auch externe und affektive Faktoren eine Rolle spielen, die nicht einfach mit Weiterbildungsprogrammen gelöst werden können. Als externen Komponenten waren z.B. Kostenfragen bei Antidementiva-Verschreibung oder Zeitknappheit in der Sprechstunde genannt. Affektive Faktoren können eigene empfundene Hilflosigkeit, Verdrängung oder Scham vor Testung und Aufklärung einer Demenz sein (Pentzek et al. 2005). Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang eine Studie von Van Hout et al. (2000), die sich in Fokusgruppen über Aufgaben und Hindernisse des Allgemeinmediziners gegenüber Demenz austauschten. Als Aufgaben wurden eine möglichst frühe Diagnosestellung und Aufklärung der Patienten und Angehörigen genannt, um eine gute häusliche Betreuung zu ermöglichen. Trotzdem gaben die Ärzte an, die Diagnose eher in späten Stadien zu stellen, einerseits aus diagnostischer Unsicherheit, andererseits aus Scham, am Patienten eine Demenztestung und eine Diagnosestellung durchzuführen. Es bestand also ein Paradoxon zwischen den wahrgenommenen Aufgaben und der gelebten Realität der Hausärzte gegenüber Demenz (ebd.).

1.3.2 Wissensstand und Handlungsmotive der Hausärzte

Einige Studien haben sich mit dem Wissensstand von Allgemeinärzten zum Thema Demenz befasst. Es stellt sich heraus, dass es einen großen Qualitätsunterschied zwischen den Hausärzten gibt, was ihr Urteil über Patienten mit kognitiven Einschränkungen betrifft (Björkstén et al. 2014). Hausärzte, die regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, handeln in der Regel in Übereinstimmung mit den Richtlinien bezüglich der Demenzdiagnostik und teilweise in Übereinstimmung mit den Richtlinien in Bezug auf die

empfohlene medikamentöse Therapie (Donath et al. 2010). Ein Bildungsprogramm zum Thema Demenz wurde in den meisten europäischen Ländern entwickelt und es existieren relevante Bildungsprojekte für Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung (Tsolaki et al. 2010). Trotzdem zeigte eine italienische Studie, dass mehr als die Hälfte der Hausärzte von sich denkt, ungenügend vorbereitet zu sein, um eine frühe Demenzdiagnose zu stellen und Demenzsymptome zu erkennen (Veneziani et al. 2016). Die Behandlung von Demenzsymptomen, die nicht das Gedächtnis, sondern das Verhalten und die Psyche betreffen (behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD) empfinden Hausärzte als unbefriedigend. Aus Mangel an spezifischen Leitlinien, fehlenden therapeutischen Möglichkeiten und Verschreibungsdruck sieht der Hausarzt zum Verordnen einer Beruhigungsmedikation oft keine andere Alternative (Jennings et al. 2018). Auch stehen viele Hausärzte ihrem Wissenstand und ihren Managementfähigkeiten von BPSD kritisch gegenüber (Buhagiar et al. 2011). Allgemeinmediziner schätzen ihr Wissen über Demenz als unzureichend ein, was dazu führt, dass nur selten Erinnerungstests durchgeführt werden und Diskussionen über Demenz mit ihren Patienten wenig Raum finden (Millard et al. 2011). Ein positives Urteil eines Allgemeinarztes scheint ohne zusätzliche Informationen nicht zu einer Fallidentifikation auszureichen (Pentzek et al. 2009). Die Unsicherheit auf institutioneller Ebene mit der Demenzdiagnose umzugehen und wird auch durch die öffentliche Wahrnehmung der Demenz als Erkrankung, die dem Patienten die Fähigkeit zu Denken, die Selbstbestimmung und Würde nimmt, sowie durch Ängste von Angehörigen und des sozialen Umfelds weiter verstärkt. Man kann von einer dreiseitigen Stigmatisierung sprechen (Kaduszkiewicz et al. 2009). Der zurückhaltende Umgang von Hausärzten mit Demenzpatienten lässt sich allerdings nicht allein durch ein mangelndes Selbstbewusstsein bei der Behandlung oder einen ungenügenden Wissensstand erklären, denn objektiv verfügen Hausärzte über einen ausreichenden Wissensschatz über Demenzerkrankungen (Pentzek et al. 2006). Die Problematik zeigt sich vielmehr darin, dass der Hausarzt in einen Konflikt mit seinen Behandlungszielen gerät. Das vorrangige Ziel der Krankheitsbekämpfung und -heilung ist bei Demenz aufgrund mangelnder Therapieoptionen nicht oder nur in einem geringen Maße zu erreichen. Oft wird deshalb das zweite Behandlungsziel der Stärkung der Autonomie und des Erhalts der Integrität des Patienten angestrebt (Abholz & Pentzek 2007). In dem speziellen Fall einer Demenz, bei der die Veränderung der Persönlichkeit und kognitiver Funktionen einen großen Raum einnehmen, kann dieses Ziel vonseiten des Patienten allein durch Verdrängung der Symptome nach innen und Verschleierung der Krankheitszeichen nach außen und vonseiten des Arztes durch ein Hinwegsehen über Auffälligkeiten geschehen. So kann, zumindest im Anfangsstadium der Erkrankung, ein „Wohlbefinden auf Zeit“ für den Patienten erreicht werden (Abholz & Pentzek 2007). Obwohl der Hausarzt über die Erkrankung Bescheid weiß, folgt er oft diesem Handlungsmotiv, um seinen Patienten so lang wie möglich in dessen Vorstellung eines gesunden Lebens zu belassen. Es zeigt sich, dass Weiterbildungsangebote, in denen Allgemeinmediziner nicht nur ihre Kompetenz, sondern ihre Einstellung gegenüber Demenz überdenken, wichtig sind (Kaduszkiewicz et al. 2008). Training kann die Einstellung zur

Früherkennung und das „Aufmerksamwerden“ auf nicht-kognitive Demenz-Symptome verändern (Edwards et al. 2015).

1.3.3 Versorgungsnetzwerke

In ländlichen Regionen ist der Zugang von Demenzerkrankten zu Spezialisten und speziellen Angeboten schlechter (Koller et al. 2010). Um dem entgegenzuwirken, wurden in den vergangenen Jahren vermehrt Demenz-Netzwerke gegründet. Darunter versteht man den Zusammenschluss von Leistungserbringern (z.B. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Kliniken), Krankenkassen und Gebietskörperschaften (z.B. Organe der Kreis- und Stadtverwaltung, Informations- und Beratungsstellen) mit dem Ziel, durch Zusammenarbeit die Versorgung demenziell Erkrankter zu verbessern (Hoffmann et al. 2017). Patienten, die sich in Demenz-Netzwerken befinden, haben regelmäßiger Kontakt zu ihren Hausärzten und demenzspezifischer Medikation sowie auch eine höhere Rate an Spezialistenkonsultationen (Wübbeler et al. 2017). Die weitere Auswertung der Daten wird zeigen, ob dadurch auch die Versorgung von Menschen mit Demenz profitiert. In älteren Studien konnte zunächst keine relevante Verbesserung der Lebensqualität festgestellt werden (Köhler et al. 2014). Trotzdem kann eine engagierte Zusammenarbeit zwischen Allgemeinarzt und Spezialist eine frühe Diagnosestellung bewirken und die Behandlung des Patienten verbessern (Russ et al. 2013). Leider sind Überweisungsraten zu relevanten Spezialisten, also Neurologen und Psychiatern, weit geringer als in den Leitlinien empfohlen (van den Bussche et al. 2011). Auch zeigten Allgemeinärzte eine geringe Kenntnis über Institutionen, die sich um Demenzkranke und ihre Angehörigen kümmern. Bessere Kenntnis der Angebote war auch mit einem besseren theoretischen Wissen über Demenz verknüpft (Pentzek et al. 2011). Es stellt sich ebenfalls heraus, dass die Fähigkeit zur Koordination der Pflege von Demenzpatienten bei Hausärzten variiert und besonders bei älteren Ärzten eher schwächer ausgeprägt ist (Jiwa et al. 2014). Verschiedene Organisationen und Projekte bieten Hilfestellungen zur patientenorientierten Arbeit mit Menschen mit Demenz in der Hausarztpraxis an, dazu zählt beispielsweise die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft.

1.4 Forschungsfragen

Aktuell gibt es in Deutschland verschiedene Versorgungsforschungsprojekte, die sich im primärärztlichen Bereich verorten (im Kapitel 1.3.1 genauer dargestellt). Das diagnostische und therapeutische Handeln in hausärztlichen Praxen in Deutschland rückt also immer mehr in den Forschungsfokus, um die Versorgung von Demenzpatienten zu verbessern (Thyrian et al. 2017). Da Demenzen im Rahmen des demographischen Wandels eine zunehmende Rolle in der hausärztlichen Praxis spielen werden, ist es wichtig, herauszufinden, wie Allgemeinmediziner Demenzsymptome diagnostizieren, wie sie die Therapie von Demenzpatienten in ihren Praxen gestalten und ihre Aufgaben bei der Versorgung von Demenzkranken wahrnehmen. Dieses Projekt möchte einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation und die Handlungsansätze der ländlichen

Hausarztpraxen in Sachsen-Anhalt ermöglichen, um somit einen Beitrag zur Verbesserung ebendieser zu leisten.

1.4.1 Inhalte und Ziele

Der Hausarzt ist oft der wichtigste Ansprechpartner für Menschen, die sich mit einer chronisch fortschreitenden Krankheit wie Demenz auseinandersetzen müssen, seien diese direkt betroffen oder als Angehörige involviert. Egal, ob es sich um die präklinische Zeit, die Diagnostik oder die Betreuung nach der Manifestation der Erkrankung handelt, werden vom Hausarzt in allen Phasen bestimmte Aufgaben und die Übernahme von Verantwortung für seine Patienten erwartet. Es kann keine rigiden Handlungsabläufe bei der Erkennung demenzieller Veränderungen geben, da sie sich je nach Umfeld, Situation und Lebenslauf des Patienten individuell manifestieren. Die Herausforderung des Hausarztes besteht darin, bemerkte Veränderungen sensibel zu objektivieren und zu kommunizieren, wobei das Vorgehen immer wieder an die Person und deren Umfeld angepasst werden muss.

Der Forschungsschwerpunkt liegt auf dem Umgang der Hausärzte mit Patienten, bei denen der Verdacht auf Demenz erstmalig entsteht. Aber auch Patienten, bei denen bereits eine demenzielle Erkrankung bestätigt wurde, finden, wenn es um die Versorgung geht, Beachtung. Im Einzelnen sollen folgende Fragen beantwortet werden: Wann und wie werden demenzielle Symptome in der hausärztlichen Praxis erstmals benannt? Welche Kriterien beeinflussen eine frühe oder späte Diagnosestellung? Welche Aufgreifkriterien lassen den Hausarzt an eine beginnende Demenz denken? Welche Konsequenzen werden daraus gezogen? Welche Symptome sind aufgetreten und wie werden sie objektiviert? Welche Behandlungen werden eingeleitet? Und schließlich: Wie sieht es mit der Versorgung von Menschen, die von Demenz betroffen sind, im ländlichen Raum aus? Auch interessiert die Gefühls- und Erlebenswelt der Hausärzte, das hausärztliche Rollenverständnis Demenzpatienten betreffend und welche Art von Unterstützung den Hausärzten in ihrer alltäglichen Arbeit helfen würde.

Im Rahmen dieser Studie erfolgt eine Bestandsaufnahme mithilfe von leitfadengestützten Experteninterviews. Unter Einbezug der alltäglichen Situation und der beruflichen Entwicklung der Hausärzte soll gezeigt werden, welche Behandlungsstrategien sie sich bei Patienten mit Verdacht auf Demenz angeeignet haben und welche Werkzeuge und Unterstützung sie als hilfreich erachten. Auch soll die Bewältigung der umfangreichen Aufgaben bei der Versorgung von Demenzpatienten veranschaulicht werden, um zu zeigen, wie sich die Behandlungsstile je nach vorhandenen Ressourcen in den Hausarztpraxen unterscheiden, mit der Absicht, die Wahrnehmung der Möglichkeiten und Bedürfnisse der Hausärzte zu verbessern.

1.4.2 Weiteres Vorgehen und Gliederung

Um die Forschungsfrage zu beantworten, führte ich Interviews mit Hausärzten in der ländlichen Region

Sachsen-Anhalts durch, um eine Ergänzung zur vorranig im städtischen Raum durchgeführten Neurotrans-Studie vorzunehmen. Die problemzentrierte und leitfadengeführte Interviewtechnik nach Mayring (2016) gab mir die Möglichkeit einer offenen Fragestellung, die die Ärzte zu ausführlichen Antworten motivieren sollte. Die narrativen Elemente bezog ich auch mit in die Auswertung ein. Der Leitfaden ermöglichte einen Vergleich der Interviews.

Die Gliederung dieser Studie umfasst im Weiteren die Darstellung des methodischen Vorgehens (vgl. Kapitel 2) und der Ergebnisse (vgl. Kapitel 3). Es werden drei Eckfälle zur anschaulichen Darstellung der unterschiedlichen Handlungsansätze und -perspektiven der Hausärzte vorgestellt (vgl. Kapitel 3.1), die induktiv und deduktiv gewonnenen Kategorien aus den Interviews erläutert (vgl. Kapitel 3.2) und diese schließlich mit den gewonnenen Erkenntnissen aus den Falldarstellungen verglichen (vgl. Kapitel 3.3). Die im Diskussionskapitel (vgl. Kapitel 4) vorgestellten Handlungs- und Versorgungsstrategien können der Demenzforschung und der fachärztlichen Seite helfen, die Situation der Hausärzte zu verstehen und die Ressourcen der Allgemeinmediziner schätzen zu lernen.

2 Material und Methoden

Qualitative Forschungsmethoden finden in der Allgemeinmedizin zunehmend Anwendung. Ihren Ursprung und langjährige Verwendung liegen in den Sozial- und Erziehungswissenschaften sowie in der Psychologie (Flick 2014, S. 30-31). Für diese medizinische Forschungsarbeit zeigt sich der qualitative Ansatz als sinnvoll, da in der patientenzentrierten Allgemeinmedizin Faktoren, wie die eigene Biographie, Erfahrungen, und Haltungen zu individuellen Handlungskonzepten und komplexen Beziehungsgefügen zwischen Arzt und Patient führen, welche durch quantitative Forschungsmethoden nicht ausreichend berücksichtigt werden können. Der qualitative Forschungsansatz hilft, ein umfassenderes Bild von der Versorgungssituation von Demenzpatienten in Deutschland zu erlangen und bietet eine wichtige Ergänzung zur quantitativ-empirischen Forschung.

In diesem Projekt werden subjektive Konzepte und Handlungsmotive von Hausärzten sichtbar gemacht. Den Forschungsgegenstand bilden neun leitfadengestützte Interviews. Diese Datenerhebungsmethode ermöglichte es auf die individuelle Situation des befragten Arztes einzugehen und schuf einen geschützten Gesprächsrahmen. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet, anschließend transkribiert und schließlich inhaltsanalytisch nach Mayring (2020) ausgewertet. Die Methode der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurde ausgewählt, weil sie aufgrund der zusammenfassenden Bildung von Kategorien eng am Material arbeitet und so für die Beantwortung der Forschungsfrage wichtige Aspekte identifiziert und systematisch einordnet. Dies ist besonders gut für die Auswertung von leitfadengeführten Interviews geeignet, da durch den Leitfaden bereits eine gewisse Struktur vorgegeben ist und das Material systematisch auf Themen reduziert wird, die im Rahmen der Interviewstudie angesprochen wurden. Dabei half die ausführliche Falldarstellung dreier Hausärzte mit verschiedenen

Handlungsansätzen die Bandbreite des Materials darzustellen.

Zunächst werde ich die Datenerhebung beschreiben (2.1) und dabei auf das leitfadengeführte Interview (2.1.1), die Anpassung an meinen Untersuchungsgegenstand (2.1.2), den Prätest (2.1.3) und auf die Herausforderungen der Interviewführung mit Hausärzten (2.1.4) genauer eingehen.

Der zweite Teil (2.2) beinhaltet Informationen zu Feldzugang, Sample sowie Umfang und Ablauf der Interviews. Aufklärung, Einwilligung und Datenspeicherung sowie die Zustimmung der Ethikkommission werden ebenfalls beschrieben.

Schließlich folgt die Methode der Datenauswertung (2.3), wobei ich zunächst auf die Aufarbeitung der Interviews (2.3.1) und folgend auf die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse (2.3.2) genauer eingehe.

2.1 Systematische Literaturrecherche

Vor und während des Forschungsprozesses wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um einen Überblick über den jetzigen Stand der Forschung zu erhalten, die Fragestellung dieser Forschungsarbeit sowie den Interviewleitfaden entsprechend zu gestalten und später die gewonnenen Erkenntnisse mit der vorhandenen Literatur zu vergleichen. Die dazu verwendeten Datenbanken waren pubmed, Psycinfo und scopus. Inhaltliche Einschlusskriterien waren dabei der Forschungsschwerpunkt im Bereich der Allgemeinmedizin, Risikofaktoren/Barrieren der frühen Diagnosestellung einer Demenz im Bereich der Allgemeinmedizin, Leitlinien Demenz, mild cognitive impairment als Screeningfaktor, Wissensstand der Allgemeinmediziner, Netzwerke im Bereich Demenzversorgung, Diagnostik von Demenz, Therapie von Demenz, die Rolle des Allgemeinmediziners bei der Demenzerkennung und -versorgung und Prävalenz und Entwicklung der Erkrankung. Bei pubmed wurden Schlagwörter zur Recherche benutzt, z.B. für Demenz (Dementia, Alzheimer, Memory Impairment), für Allgemeinmedizin (general practice, primary care, family medicine) oder für die Diagnose (mild cognitive impairment, early diagnosis) oder Verknüpfungen mit dem Builder hergestellt, um das gewünschte Themengebiet einzugrenzen. Insgesamt wurden so 191 Artikel gefunden. Nachdem die Abstracts dieser Artikel durchgearbeitet wurden, wurden 159 Artikel in die Literaturrecherche integriert. Weiterhin wurden die Internetseiten des KNDD und des DZNE auf passende Studien durchsucht, sowie das Deutsche Ärzteblatt auf aktuelle Artikel gelesen. Dabei wurde die Suche auf Veröffentlichungen ab dem Jahr 2000 beschränkt. Die Recherche war zu Beginn der Interviewphase 2014 grundlegend abgeschlossen. Allerdings wurden im Verlauf der Arbeit und vor allem während des Literaturvergleichs im Ergebnisteil immer wieder kleinere und themenspezifische Recherchen nach dem oben beschriebenen Prinzip durchgeführt.

2.2 Datenerhebung

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Erhebungsmethode ist das leitfadengestützte Interview. Dabei wurde ein zuvor erstellter Leitfaden zur Anpassung an den Untersuchungsgegenstand ggf. um Ad-hoc-Fragen

erweitert und teilweise Elemente des narrativen Interviews integriert.

2.2.1 Das leitfadengestützte Interview

In der qualitativen Forschung will man sich einen Zugang zu verbalen Daten erschließen. Dabei wird einerseits eine größtmögliche Offenheit gegenüber den Sichtweisen des Interviewpartners angestrebt, andererseits werden in den verschiedenen methodischen Auswahlmöglichkeiten Ansätze zur strukturierten Datenerhebung angeboten. Je nach Forschungsgegenstand richtet sich die Methodik eher nach der Offenheit oder der Strukturierung aus. Narrative Interviews orientieren sich stark an der Offenheit und geben dem Interviewpartner viel Spielraum. Lediglich eine Erzählaufforderung zu Beginn und ein Nachfrageteil am Ende des Interviews strukturieren den Ablauf (Flick 2014, S.228).

Das leitfadengestützte Interview lässt sich durch eine klare Strukturierung leichter thematisch steuern und auf gewünschte Inhalte lenken. Es handelt sich um eine halbstandardisierte Interviewform, die gut zum Vergleich verschiedener Sichtweisen von Personen geeignet ist (Hussy et al. 2013, S. 225). Innerhalb der Leitfaden-Interviews gibt es je nach Forschungsgegenstand und Umfang der Datenerhebung weiterhin verschiedene Formen (Flick 2014, S. 194-220).

Das Interview ist eine oft verwendete Erhebungsmethode in der qualitativen Forschung. Es bezeichnet eine Form der Befragung, wobei der Fragesteller (Interviewer) sich in einem Gespräch mit dem Befragten zum Ziel der Informationsgewinnung befindet. Man unterscheidet drei verschiedene Interviewformen: Das standardisierte Interview, das (teil-)strukturierte Interview und das freie (unstrukturierte) Interview. Beim teilstrukturierten Interview liegen die Fragen, z.B. in Form eines Leitfadens vor (Hussy et al. 2013, S. 224). Im Leitfaden werden alle relevanten Aspekte der Forschungsarbeit, die im Interview zur Sprache kommen sollen, in Stichpunkten oder Fragevorstellungen zusammengestellt. Die Reihenfolge der Fragen kann durch den Interviewer selbst verändert werden. Das Ziel ist, dass der Befragte möglichst frei und ausführlich antwortet. Ggf. werden angesprochene Aspekte durch Nachfragen vertieft. Wenn sich neue, für den Forschungsgegenstand ebenfalls interessante Gesprächsinhalte ergeben, ist es dem Interviewer erlaubt, sogenannte Ad-Hoc-Fragen, also spontane Zusatzfragen, zu stellen.

Zur Untersuchung meines Forschungsgegenstandes zeigte sich in den Vorüberlegungen ein teilstrukturiertes Vorgehen am besten geeignet, da der Leitfaden eine strukturierte Auswertung versprach und trotzdem eine gewisse Offenheit gegenüber dem Zu-Interviewenden gewährleistet war.

2.2.2. Anpassung der Erhebungsmethode an den Untersuchungsgegenstand

Ein stichpunktartig formulierter Leitfaden mit den wichtigsten Hauptfragen und Unterpunkten zum ggf. notwendigen Nachfragen bildete das Grundgerüst der Interviews. Allerdings fand ich während der Interviews heraus, dass sich manchmal bereits von Anfang an, manchmal erst im Laufe des Gesprächs eine entspannte Gesprächssituation entwickelte und die Hausärzte freimütiger aus anderen Bereichen ihres

Praxisalltags erzählten. Auch äußerten sie in einigen Fällen Meinungen zu anderen Themen. Da ich zu dem Schluss kam, dass auch diese Interviewabschnitte durchaus zur Gewinnung eines tieferen Eindrucks der Situation und der Einstellung des Hausarztes beitragen, entschloss ich mich Elemente des episodischen Interviews nach Uwe Flick (2014, S. 238-247) neben dem Leitfadeninterview zu verwenden.

Beim episodischen Interview handelt es sich wie bei dem narrativem Interview um eine offene Form der Datenerhebung, wobei jedoch die Aufforderung zum Erzählen bzw. das Nachfragen regelmäßig erfolgt. Es kann im Rahmen des Interviews genutzt werden, um eine umfassendere und kontextualisierte Version von Ereignissen und Erfahrungen zu erhalten. Bei manchen Charakteren bot sich diese Form des Interviews an, da sie gern und ausschmückend redeten, andere hielten sich stärker an die Leitfragen. Eine Kombination aus narrativem und leitfadengeführtem Interview zeigt sich somit als geeignete Erhebungsmethode.

Mein Leitfaden gliedert sich in Sondierungs- und Leitfaden-Fragen (siehe 10.3). Die Sondierungsfragen dienten als Einstieg in das Thema und zur Gewinnung eines ersten Eindrucks über den Stellenwert von Demenzpatienten in der jeweiligen Hausarztpraxis. Es folgten die konkreter formulierten Leitfaden-Fragen, auf deren Beantwortung ich auch bei abschweifenden Gesprächsverläufen achtete und ggf. das Gespräch wieder zur gewünschten Thematik zurücklenkte.

2.2.3 Prätest

Das erste Interview, welches ich mit einem Hausarzt aus meinem persönlichen Netzwerk führte, diente gleichzeitig als Prätest. Der erstellte Leitfaden zeigte sich als gutes Gesprächsgerüst zur Beantwortung meiner Forschungsfragen, sodass keine weitere inhaltliche Anpassung erfolgen musste. Somit konnte der Hausarzt dieses Prätest-Interviews in das Sample mit aufgenommen werden.

Es wurde jedoch gerade in diesem Interview deutlich, dass das Stellen einer Frage oftmals als Erzählstimulus diente und der Hausarzt sich ermutigt fühlte, freier aus seinem Arbeitsalltag zu berichten, wobei gelegentlich auch andere Themen berührt wurden. Durch interessiertem Nachfragen meinerseits ergab sich, dass auch narrative Elemente Teil des Interviews wurden. Da diese Elemente allerdings auch helfen Handlungsmotive und Vorgehensweisen der Hausärzte zu verstehen und dadurch meinen Forschungsgegenstand jenseits des Leitfadens bereicherten, beschloss ich, diese Kombination aus leitfadengeführtem und narrativem Interview beizubehalten.

2.2.4 Herausforderungen der Interviewführung mit Hausärzten

Zum Zeitpunkt der Interviews befand ich mich im 5. Studienjahr meines Medizinstudiums. Ich hatte bereits Erfahrungen im praktischen hausärztlichen Umfeld im Rahmen einer vierwöchigen Famulatur gesammelt und theoretische Grundlagen über den Krankheitsverlauf und die Pathogenese der verschiedenen Demenzerkrankungen erworben. Ich hatte also gewisse Vorstellungen davon, wie die Behandlung von Demenzpatienten in Theorie und Praxis erfolgt. Durch persönliche und familiäre Kontakte ergab es sich,

dass die Hausärzte zum größten Teil in meiner heimatlichen Umgebung niedergelassen waren und aus meinem weitläufigeren Bekanntenkreis stammten. Darauf ist zurückzuführen, dass es in vielen Fällen leichter war, einen vertraulichen Gesprächsrahmen zu erzeugen und ein Gefühl der Zugehörigkeit hervorzurufen.

Trotz dieser erleichternden Faktoren eröffnete sich mir eine doch noch fremde Arbeits- und Erlebniswelt und mir wurde bewusst, dass die Hausärzte bei der Betreuung von Demenzpatienten vielfältigen Herausforderungen gegenüberstehen. Für mich als am Beginn meiner beruflichen Laufbahn stehende Medizinerin war es manchmal schwierig, einen objektiven Standpunkt zu bewahren und die Handlungsweisen einiger Ärzte nicht zu verurteilen. Auch gab es Situationen, in denen ich mich in eine Schüler-Lehrer-Beziehung hineinversetzt sah und ich mich als unerfahrene Anfängerin innerlich von der Autorität der Ärzte gehemmt fühlte. Erst im Laufe der Interviews lernte ich, selbstbewusster aufzutreten und freimütiger nachzufragen. Auch ergab sich in fast jedem Gespräch eine Situation, in der die Hausärzte emotionaler wurden und auch negativen Gefühlen wie Wut oder Frustration Ausdruck verliehen. Zu Beginn war ich versucht, die Ärzte zu trösten oder ihnen Lösungsvorschläge anzubieten. Ich lernte jedoch zunehmend, diese Emotionen auszuhalten, sie als wichtigen Teil der Gespräche zu sehen und sie als Ausdruck der erlebten hausärztlichen Realität mit in meine Auswertung einzubeziehen.

Die Erfahrungen, die ich während der Interviews mit den Hausärzten sammeln konnte, haben mir eine neue Erlebniswelt erschlossen und mich persönlich ein Stück reifen lassen. Sie werden mir auch in der interdisziplinären und kollegialen Zusammenarbeit in meinem späteren Berufsleben sehr hilfreich sein.

2.3 Feldzugang und Sample

Die Hausärzte wurden über persönliche Kontakte für das Interview gewonnen und in ihren Praxen befragt.

2.3.1 Feldzugang

Die Kontaktaufnahme mit den Hausärzten ergab sich zunächst aus privaten Kontakten in meinem familiären Umfeld sowie durch mir bekannte Hausärzte aus zuvor abgeleiteten Famulaturen. Der Versuch, mir unbekannte Hausärzte telefonisch oder über Mailkontakt zur Teilnahme an meinem Projekt zu motivieren, war erfolglos. Die Komplexität der Rekrutierung hausärztlicher Forschungspraxen wurde bereits in verschiedenen Studien erforscht und die Gründe der Schwierigkeiten der Erstellung eines hausärztlichen Samples sind weitestgehend untersucht. (Asch et al. 2000; Herber et al. 2009) Der Feldzugang erfolgte somit durch mir bereits bekannte Hausärzte. Es ergab sich dann, dass über die Kontakte und Empfehlungen dieser Hausärzte weitere Interviewpartner akquiriert werden konnten. Diese Sampling-Methode bezeichnet man auch als Schneeballprinzip (Kruse 2015) und erfolgt nach dem Prinzip der Generierung neuer Teilnehmer über Empfehlungen bereits an der Studie Teilgenommener. Sie eignete sich hier besonders, da so effizient geeignete Partner für die Studie gewonnen wurden und eine Vertrauensbasis leichter hergestellt werden

konnte. Außerdem bot sich der Vorteil, die Grenzen und Möglichkeiten des hausärztlichen Netzwerkes in dieser ländlichen Region besser auszuloten.

2.3.2 Sample

Das Sample besteht aus sechs Allgemeinmedizinern und drei niedergelassenen hausärztliche Internisten. Unter ihnen befinden sich fünf Männer und vier Frauen. Die Ärzte sind im kleinstädtischen und ländlichen Milieu Sachsen-Anhalts niedergelassen. Bezüglich Alters, Praxisaufbaus und -struktur, beruflichen Werdegangs, Vernetzung und Bezugs zum Thema Demenz ergibt sich eine teilweise starke Variabilität, die einer breitgefächerten Darstellung unterschiedlicher Handlungskonzepte von Hausärzten dienlich ist und bei einem qualitativen Forschungsansatz erwünscht ist. Zur besseren Übersicht folgt eine tabellarische Darstellung des Samples (Tab.2). Die Namen der Ärzte sind anonymisiert.

Tab.1: Teilnehmer

| Name | Bezeichnung | Alter | Wohnort | Praxisstruktur |
|---------------------------|--|-------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Herr Wolf | Facharzt für Allgemeinmedizin | 59 | Dorf (bis 5000 Einwohner) | Einzelpraxis |
| Herr Dr. med. Schnabel | Facharzt für Allgemeinmedizin | 55 | Kleinstadt (bis 20000 Einwohner) | Berufsausübungs- gemeinschaft |
| Herr Dr. med. Meyer | Facharzt für Allgemeinmedizin, Weiterbildung Palliativmedizin | 47 | Kleinstadt | Berufsausübungs- gemeinschaft |
| Frau Dr. med. Flint | Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin, Fachärztin für Allgemeinmedizin | 43 | Kleinstadt | Einzelpraxis |
| Frau Dr. med. Gora | Fachärztin für Allgemeinmedizin | 45 | Dorf | Einzelpraxis |
| Frau DM Kalo | Fachärztin für Allgemeinmedizin | 60 | Kleinstadt | Einzelpraxis |
| Herr Dr. med. Giese | Facharzt für Innere Medizin | 42 | Kleinstadt | Berufsausübungs- gemeinschaft |
| Frau Dr. med. Bick | Fachärztin für Innere Medizin | 57 | Kleinstadt | Einzelpraxis |
| Herr Dr. med. Schulze | Facharzt für Innere Medizin | 54 | Kleinstadt | MVZ |

Die Konzentration des Samples auf das ländliche Milieu ergab sich aus der Konzentration des Neurotrans-Projekts auf den städtischen Bereich Sachsen-Anhalts und dem folglich entstandenen Interesse über die hausärztlichen Versorgungsstrukturen im weniger besiedelten Raum dieses Bundeslandes.

2.3.3 Umfang

Der Umfang des Samples orientiert sich an der theoretischen Sättigung, das heißt es werden so viele Interviews geführt bis der Eindruck entsteht, dass keine neuen Informationen mehr gewonnen werden können (Schwaiger & Meyer 2011). Tatsächlich kristallisierten sich in den Interviews verschiedene Grundhaltungen heraus und auch die Vorgehensweisen der Hausärzte bei dem Erhärten eines Verdachts auf Demenz wiesen ähnliche Muster auf. Trotzdem muss man sagen, dass jeder Hausarzt aus individuellen Motiven und Erfahrungen handelt und dadurch eine sehr große Diversität möglich ist, die diese Arbeit nicht abbilden kann. Daher wurde die Erhebung neuen Materials beendet, als sich ein breites Spektrum an möglichen Handlungsansätzen zeigte.

2.3.4 Ablauf des Interviews

Nach der telefonischen Terminvereinbarung fanden die Treffen mit den Hausärzten in deren Praxen statt. Aufgrund der Ermangelung an Zeit im Arbeitsalltag der Mediziner verkürzte sich die eigentlich geplante Gesamtdauer der Interviews von durchschnittlich 30-45 Minuten auf ca. 25 Minuten. Dadurch, dass ich die Ärzte in ihren Praxen besuchte, konnte ich mir einen guten Eindruck von ihrem Arbeitsumfeld machen. Oftmals wollten die Ärzte direkt starten. Nach dem „Pflichtteil“ und dem Ende der Aufzeichnung des Interviews mit dem Diktiergerät schloss sich oft noch eine kleine Gesprächsrunde über meinen Werdegang und zu meiner Person an. Die Ärzte bekundeten auch Interesse an dem Ergebnis meiner Arbeit. In diesem Teil des Gesprächs ergab es sich gelegentlich, dass Ärzte mir andere Kollegen empfahlen, die ich interviewen könnte. Auf diesem Weg konnte ich meine anderen Interviewpartner akquirieren.

2.3.5 Aufklärung, Einwilligung und Datenspeicherung

Die Ärzte wurden über eine Teilnehmerinformation schriftlich und vor dem Beginn des Interviews mündlich über den Ablauf, die Hintergründe und das Ziel der Studie aufgeklärt. Die Einwilligung erfolgte mit einer Unterschrift zur freiwilligen Teilnahme an der Studie sowie dem Einverständnis mit der Aufzeichnung des Interviews (siehe 10.1).

Die Teilnahme bzw. eine Nichtteilnahme an der Studie beinhaltet keine Risiken und ist mit keinen weiteren Verpflichtungen verbunden. Für die Interviewerin sowie für die Teilnehmenden ergibt sich kein direkter Nutzen. Die Studie soll uneigennützig zu einem besseren Verständnis der aktuellen Versorgungssituation von Demenzpatienten beitragen und Denkanstöße zu möglichen Veränderungen in der ländlichen Versorgungsstruktur liefern.

Die Interviews wurden mit einem elektronischen Diktiergerät aufgezeichnet. Nach anschließender Übertragung der Daten auf einen eigens für das Forschungsprojekt zur Verfügung stehenden Computer, wurden die Interviewdaten von dem Diktiergerät gelöscht. Neben den Interviewdaten befinden sich auch alle anderen Analysedaten auf diesem Computer. Alle Daten sind passwortgeschützt und nur den direkt am Forschungsprozess beteiligten Mitarbeitern zugänglich. Die Namen und persönlichen Daten der Hausärzte

wurden von Anfang an anonymisiert. Alle erhobenen Daten werden zehn Jahre im Institut für Gesundheitsökonomie und Sozialmedizin verwahrt und schließlich gelöscht.

2.3.6 Zustimmung der Ethikkommission

Nach der Festlegung der Forschungsfrage und der methodischen Vorgehensweise wurde ein Antrag bei der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg eingereicht. Wie jedes Forschungsanliegen wurde hier die Arbeit hinsichtlich ethischer, medizinischer, sozialer und juristischer Gesichtspunkte geprüft. Der genaue Studienablauf, die Teilnehmerinformation und Datenschutzvorkehrungen wurden zum Schutz der Befragten sowie zum Schutz der Interviewerin erläutert. Die Zustimmung der Ethikkommission erfolgte nach der Prüfung des Ethikantrags unter dem Zeichen 29/14 am 09.05.2014 (siehe 10.2).

2.4 Datenauswertung

Nach der Transkription und der Aufbereitung des Materials wurden die Texte nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2020) ausgewertet. Nach den unten beschriebenen Kriterien wurden drei besonders markante Interviews für Falldarstellungen ausgewählt. Diese Falldarstellungen sowie die weiteren gewonnenen Erkenntnisse aus der Analyse werden im Ergebniskapitel (vgl. Kapitel 3) dargestellt. Die transkribierten Interviews sowie die ausführlichen Auswertungstabellen zu den Fällen sind im Anhang zu finden (siehe 10.6).

2.4.1 Aufbereitungsmethode

Für die Analyse des Textes steht der gesprochene Inhalt und nicht unbedingt die genaue Formulierung im Vordergrund. Daher wurden bei der Transkription Versprecher, grammatikalische- und Satzbaufehler weitestgehend korrigiert. Für das Verständnis jedoch wichtige Pausen, Betonungen, Wiederholungen sowie nonverbale Äußerungen wie bspw. Lachen, Seufzen oder Räuspern wurden mit transkribiert bzw. gekennzeichnet. Es gibt verschiedene Transkriptionsregeln, die bei der Übertragung von gesprochenem in schriftliches Material zum Einsatz kommen. Ich orientierte mich an den Transkriptionsregeln nach Hoffmann-Riem (1985, S. 301, siehe 10.5).

2.4.2 Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Mayring)

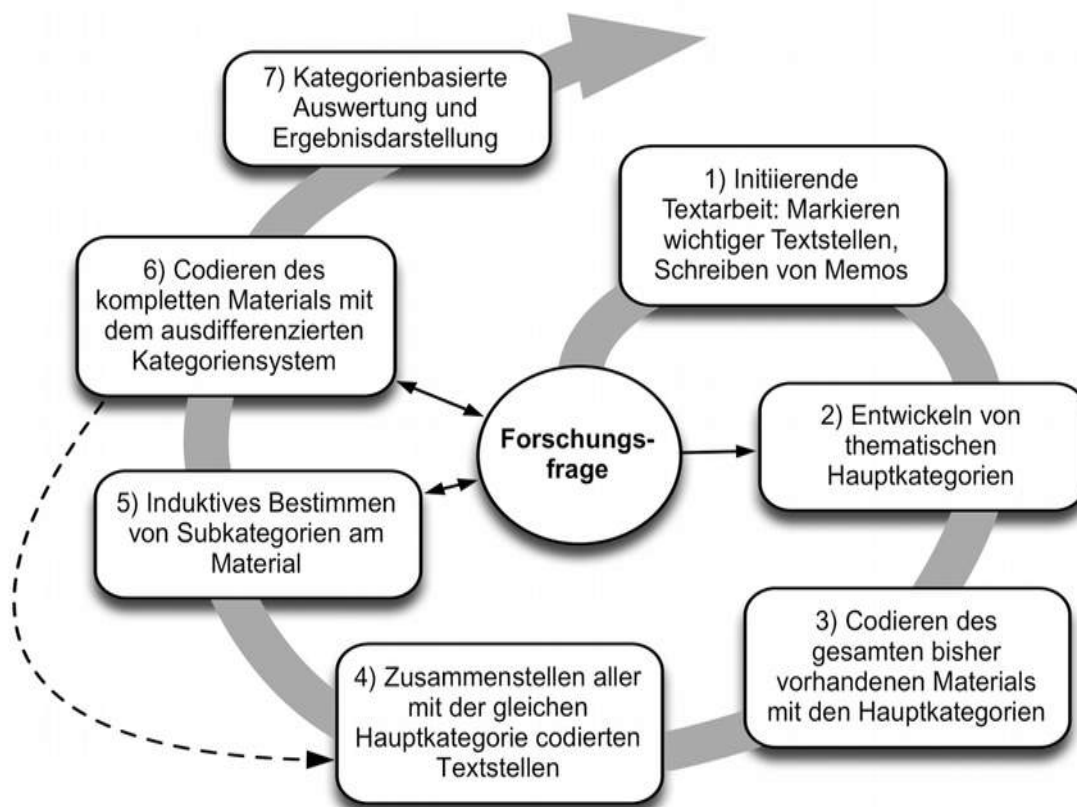
Die qualitative Inhaltsanalyse stellt eine Verfahrensweise zur systematischen Textanalyse dar. Das durch die Inhaltsanalyse auszuwertende Material kann jede Art von fixierter Kommunikation sein. Es wird dabei nicht nur der tatsächliche Inhalt analysiert, sondern auch formale Inhalte berücksichtigt. Dabei hat das systematische Vorgehen eine zentrale Bedeutung. Die qualitative Inhaltsanalyse ist also ein Verfahren, das regelgeleitet einen Text auf eine Fragestellung hin interpretiert und auswertet (Mayring 2016, S. 114-121).

Ein Grundprinzip ist, dass der Text so zusammengefasst wird, dass der darin enthaltene Sinn in sogenannten Kategorien dargestellt werden kann. Die Kategorien werden wiederum in einem System organisiert, das sich in Hauptkategorien, Unterkategorien und Textbeispielen untergliedert und die Basis für die Interpretation des Materials bildet. Das Kategoriensystem ist das Herzstück der qualitativen Inhaltsanalyse.

Für meinen Forschungsgegenstand hat es sich angeboten, thematische Kategorien zu bilden, also inhaltliche Kategorien, die bestimmte Themen des Interviews zusammenfassen, z.B. Früherkennung und Bedeutung des Geriatrischen Basisassessments (GBA). Die Kategorien sind Indikatoren, die auf ein bestimmtes Segment im Text zeigen (Kuckartz 2016, S. 31-38).

Für mein Forschungsprojekt habe ich mich vorrangig an dem Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, wie sie Kuckartz (2016) beschreibt (Abb. 1), orientiert. Der Fokus liegt hierbei mehr auf der Analyse nach dem Codierungsprozess und ist fallorientiert, während Mayrings Schwerpunkt eine quantitative Häufigkeitsauswertung von gebildeten Kategorien ist (Kuckartz 2016, S.6). Am Anfang steht die intensive Auseinandersetzung mit dem Material, die bei selbst geführten Interviews schon automatisch erfolgt. Auch das Schreiben von kurzen Fallzusammenfassungen zum Erlangen eines Überblicks über das Material kann hier bereits geschehen. Im zweiten Schritt erfolgt die Entwicklung thematischer Hauptkategorien. Ich entschied mich dabei für die induktive Kategorienbildung am Material dreier Interviews über Paraphrasierung und Zusammenfassung. Dabei wurde das Material Zeile für Zeile in Sinneinheiten oder sogenannte Codes unterteilt. Diese Codes wurden im nächsten Schritt in Paraphrasen zusammengefasst, d.h. die Codes wurden auf das Wesentliche verkürzt, wobei so weit wie möglich am Originaltext gearbeitet wurde, um Interpretationen zu vermeiden. In einem mehrstufigen Prozess wurden die Paraphrasen generalisiert bis schließlich eine Kategorie entwickelt werden konnte, die die Codiereinheit prägnant beschreibt. Häufig konnten den Hauptkategorien Subkategorien zugeordnet werden. In einem zweiten Codierprozess wurde das komplette Material anhand der ausdifferenzierten Kategorien codiert. Dabei war es wichtig, genug Material zur Ausdifferenzierung der Hauptkategorien zu gewinnen, ggf. war hier eine Präzisierung und Erweiterung der Subkategorien nötig.

Abb. 1: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016, S.100)



Konkret ergaben sich folgende Auswertungsschritte:

1. Auswahl der Eckfälle
2. Vollständige inhaltsanalytische Codierung der Interviews, induktive Kategorienbildung
3. Falldarstellungen unter Berücksichtigung der gebildeten Kategorien, Erstellen von Subkategorien
4. Inhaltsanalytische Untersuchung der anderen Interviews: Kodierung mit Fokus auf das erarbeitete Kategoriensystem. Ausformulierung der analytischen Ergebnisse.

Die Eckfälle dienen dazu, einen guten Überblick über die Bandbreite des Materials zu vermitteln. Auswahlkriterien waren dabei möglichst große Unterschiede in der diagnostischen Herangehensweise, dem professionellen Selbstverständnis und der Vernetzungsmöglichkeiten der Ärzte.

3 Ergebnisse

Die hier dargestellten Ergebnisse fußen auf der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse zweier ausgewählter Eckfälle (Dr. Schnabel und Dr. Bick). Die aus den Interviews mit diesen beiden Hausärzten induktiv entwickelten Kategorien wurden im folgenden Auswertungsschritt mit weiteren Zitaten aus dem Sample untermauert. Ergaben sich bei dem Durchlaufen des Samples ggf. weitere interessante Aspekte, so wurden diese nachträglich als deduktiv gewonnene Kategorien zu den Ergebnissen hinzugefügt.

In Kapitel 3.1 finden sich die drei Fallberichte von Dr. Bick, Dr. Flint und Dr. Schnabel zur Sichtbarmachung der Bandbreite des Samples. Folgend werden im Kapitel 3.2 die induktiv gewonnenen Kategorien aus den Interviews mit Dr. Bick und Dr. Schnabel ausführlich beschrieben und mit den aus den anderen Interviews gewonnenen Aspekten ergänzt. Abschließend erfolgt ein Vergleich der Fallberichte mit dem entwickelten Kategoriensystem (3.3).

3.1 Fallberichte

Bei der Darstellung dreier Eckfälle habe ich die besonderen Merkmale und Inhalte des jeweiligen Interviews, bezogen auf meine Forschungsfragen, zusammengefasst. Diese Eckfälle stechen aufgrund der besonderen Position und Handlungsweise der Interviewten besonders heraus und bilden gleichzeitig Extreme ab, zwischen denen sich die anderen Interviewten befinden und je nachdem eher zu dem einen oder zu dem anderen Eckfall zuordnen lassen. Dem Leitfaden folgend sind die Einstellungen und Vorgehensweisen der drei Interviewten zu den Fragen zusammengefasst, wie relevant das Thema Demenz für den Hausarzt ist, wie der Hausarzt auf kognitive Veränderungen seiner Patienten aufmerksam wird, wie er einen möglichen Verdacht erhärtet, welche therapeutischen Konsequenzen sich aus der durch den Hausarzt gestellten Diagnose Demenz ergeben, welche Aufgaben sich der Hausarzt bei der Behandlung und Betreuung von Demenzpatienten zuschreibt und welche Chancen und Probleme bei der Versorgung von Demenzpatienten thematisiert werden. Als Zusatz habe ich interessante Aspekte des Interviews, die nicht direkt diese Forschungsfragen beantworten, aber trotzdem zu einem Erkenntnisgewinn beitragen, angefügt.

Weiterhin enthält die Falldarstellung eine Charakterisierung der interviewten Person, wobei ich darauf eingegangen bin, was diese Person besonders ausmacht und welche Haltung sie gegenüber meinem Forschungsthema eingenommen hat. Ich empfinde es für den Überblick als hilfreich, für jedes Interview eine prägnante Kurzbeschreibung als Überschrift zu wählen.

Ich richte mich bei der Verfassung der Falldarstellungen nach den Empfehlungen von Kuckartz (2016), eng am Text und komprimierend zu arbeiten. Eine solche Falldarstellung der Interviews hat das Ziel, einen Überblick über das gesamte Material zu erhalten, eventuelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Interviews festzustellen und ggf. neue Kategorien und Hypothesen zu generieren.

3.1.1 Frau Dr. Bick – die engagierte Spezialistin

Das Interview mit Frau Dr. Bick fand in ihrer Praxis in der Mittagspause statt. Die Praxis befindet sich mitten im Zentrum von Unterberg, einer Kleinstadt mit ca. 28.000 Einwohnern. Beim Eintreten in die Praxis nahm ich eine angenehme, freundliche Atmosphäre wahr. Die Räume waren groß und hell und die medizinische Fachangestellte (MFA) an der Rezeption begrüßte mich sehr freundlich und wusste bereits, warum ich kam. Ich sollte noch einige Minuten Platz nehmen.

Frau Dr. Bick rief mich in ihren Untersuchungsraum, der funktionell eingerichtet war. Wir kannten uns noch

nicht. Der Kontakt kam über eine andere Hausärztin zustande, die mir versicherte, dass Frau Dr. Bick gern an solch einem Interview teilnehmen würde. Frau Dr. Bick ist eine große, energische Frau Ende 50 und wirkte auf mich sofort sympathisch. Die erste Frage, die sie mir stellte, war, wie lange dieses Interview dauern würde. Ich antwortete, dass es höchstens eine halbe Stunde in Anspruch nehmen würde und Frau Dr. Bick zeigte sich erleichtert, da ihre Sprechstunde auch in einer halben Stunde schon wieder weiter ging. Deshalb wollte Frau Dr. Bick auch, dass wir gleich zur Tat schreiten.

Frau Dr. Bick ist niedergelassene Internistin und arbeitet in ihrer Einzelpraxis seit 9 Jahren. Sie hat eine geriatrische Zusatzausbildung, was auch auf ihrem Praxisschild vermerkt ist. Sie erzählte mir, dass sie lange stationär in der Geriatrie tätig war und dass sie 1500 Patienten pro Quartal betreut.

Frau Dr. Bick wirkte auf mich sehr professionell und zielstrebig. Am Telefon hatte sie mich bereits gefragt, welche Art von Fragen ich stellen werde und ob sie sich vorbereiten müsse.

a) Stellenwert der Demenzkranken in der Hausarztpraxis

In Frau Dr. Bicks Praxis hat das Thema Demenz einen hohen Stellenwert, da sie eine Fachweiterbildung zur Geriaterin absolviert hat. Bei der Diagnostik legt sie das Augenmerk bei ihren Patienten auf mögliche demenzielle Veränderungen und führt ein Screening auf Demenz durch. Daraus folgt, dass kognitive Einbußen früher erkannt werden.

*„Also, hat hier schon 'nen hohen Stellenwert, weil ich ja Geriater bin und durch das Assessment wird natürlich auch eher was aufgedeckt. Also, wir achten schon vermehrt darauf, ja, bei der Diagnostik.“
(Z. 4-5)*

Frau Dr. Bick hat den Eindruck, dass Demenzerkrankungen in ihrer Praxis zunehmen, was sie einerseits mit dem demographischen Wandel begründet, aber andererseits auch darauf zurückführt, dass durch ihre Diagnostik vermehrt demenzielle Veränderungen aufgedeckt werden.

„Ich denke schon, einmal durch diese Altersentwicklung hat's zugenommen und zum anderen wird jetzt natürlich durch die Diagnostik auch mehr aufgedeckt.“ (Z. 11-12)

Es wird deutlich, dass Demenzpatienten in der Praxis von Frau Dr. Bick einen hohen Stellenwert haben. Einerseits legt Frau Dr. Bick durch ihre Weiterbildung einen besonderen Fokus auf die Früherkennung von Demenzerkrankung in ihrer Praxis. Dadurch, dass sie gezielte Diagnostik betreibt, deckt sie häufiger beginnende Demenzen auf. Andererseits führt auch die Altersentwicklung zu einer Zunahme der Demenzkranken unter ihren Patienten.

b) Wahrnehmung kognitiver Veränderungen durch den Hausarzt

Frau Dr. Bicks eigene Erfahrung ist, dass sie im ärztlichen Routine-Gespräch nicht genau auf erste Symptome einer Demenz achtet, wodurch die Krankheit lange unentdeckt bleibt. Die immer gleichen Abläufe der ärztlichen Konsultation beherrscht der Patient meistens noch gut, sodass Veränderungen, besonders die soziale Kompetenz betreffend, erst auffallen, wenn diese Routine unterbrochen wird, bspw. durch die Frage einer MFA an der Rezeption.

„Die Patienten kommen hundertmal rein, hundertmal wird dieselbe Frage gestellt und man gibt dieselbe Antwort und bekommt eigentlich gar nicht mit, dass die soziale Kompetenz extrem abgesunken ist. Erst wenn der Patient an der Rezeption ist, wenn mal 'ne andere Frage gestellt wird, denkt man sich: Warum kann der da jetzt nicht drauf antworten?“ (Z. 156-160)

Oft machen die Patienten vom Allgemeinzustand und Gesamtbild noch einen vitalen und gesunden Eindruck. Erst ein gezielter Test zur Beurteilung der Hirnleistung offenbart bereits bestehende Einschränkungen.

„Man denkt immer, eigentlich sind sie noch relativ fit und dann macht man den Test und ist doch erstaunt, dass sie schon so eingeschränkt sind, von der Hirnleistungsfähigkeit.“ (Z. 96-98)

Für Frau Dr. Bick ist eine gezielte Gesprächsführung wichtig. So kann eine beginnende Demenzerkrankung aufgedeckt werden, wobei der besondere Fokus auf die sozialen Lebensbereiche gelegt werden sollte.

„Einmal merkt man's im Gespräch, wenn es ein bisschen auch ist, wenn es nicht nur dieses automatisierte Gespräch ist: Wie geht's? Sondern, wenn man auch so ein bisschen mehr in dieses soziale Umfeld reinfragt.“ (Z. 18-20)

Weiterhin sucht Frau Dr. Bick strukturiert nach Demenzsymptomen, indem sie das geriatrische Basisassessment bei jedem Patienten durchführt, der das 70. Lebensjahr erreicht hat.

„Und dann natürlich durch diese Teste. Also, eigentlich ist das Assessment ja vorgesehen ab dem 70. Lebensjahr, dass man alle durchtestet, das machen wir auch.“ (Z. 20-21)

Dabei geht Frau Dr. Bick so vor, dass sie sich auf die kognitiven Tests konzentriert und bei Auffälligkeiten ihre Diagnostik erweitert. Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) ist eine fakultative Komponente des GBAs, Frau

Dr. Bick führt diesen Test aber routinemäßig durch, um kognitive Veränderungen zu erfassen. Damit wandelt sie das vorgeschriebene Prozedere des GBAs ab.

„Wir machen es auch anders, als es eigentlich vorgeschrieben ist. Wir machen also immer die Uhr mit dabei und auch den Mini-Mental Status und wenn ich sehe, dass da irgendwas ist, dann erweitere ich das.“ (Z. 22-23)

Diese Abwandlung ist für Frau Dr. Bick aus dem Grund wichtig, weil sie die Hirnleistung des Patienten beurteilen will. Sie sieht es als Problem, dass aus Abrechnungsgründen viele Hausärzte das GBA zwar durchführen, dabei allerdings oberflächlich vorgehen und aus den Tests keine Schlüsse ziehen. Die wesentliche Beurteilung der kognitiven Funktionen der Patienten wird oft nicht berücksichtigt.

„Denn das Problem ist ja: Wenn wir das geriatrische Assessment auch abrechnen dürfen, dass da halt sehr viele nur halt zum Beispiel den Barthel-Index abfragen und eigentlich gar nicht zu weiteren Sachen kommen. Also, wenn ich jetzt zum Beispiel den Barthel-Index mache und nur 'nen Timed Up and Go, dann ist das natürlich schlecht, um die Hirnleistung zu beurteilen.“ (Z. 23-27)

Frau Dr. Bick hat die Erfahrung gemacht, dass Angehörige einen konfrontativen Umgang mit beginnenden demenziellen Symptomen eher meiden, wodurch es zu einem Hinauszögern der Diagnostik und einem zu späten Aufdecken der Demenz kommen kann. Angehörige verschließen oft die Augen vor ersten Symptomen, weil sie solch eine Krankheit nicht wahrhaben wollen. Weiterhin wird in der Öffentlichkeit immer noch zu wenig über Demenz gesprochen. Das bedauert Frau Dr. Bick, denn sie sieht das Anfangsstadium der Demenz als sensible Phase, die mehr in den Fokus gerückt werden sollte.

„Das ist aber auch nicht immer ganz einfach, weil es manchmal Angehörige auch gar nicht wahrhaben möchten. Ja, auch gerade so, wenn wir im Anfangsstadium sind der Erkrankung. Dass in der Öffentlichkeit noch ein bisschen mehr Propaganda gemacht wird.“ (Z. 93-95)

Diese Aussage bekräftigt das Engagement Frau Dr. Bicks für eine Veränderung des aktuellen Umgangs der Gesellschaft mit Demenz. Die Ärztin versucht dabei als gutes Beispiel voranzugehen. Die Früherkennung demenzieller Veränderungen bei Patienten wird in der Praxis von Frau Dr. Bick durch die Einführung des GBAs für alle Patienten ab 70 erleichtert. Durch ihr strukturiertes und fokussiertes Vorgehen fallen ihr kognitive Einbußen besonders früh auf. Im Arzt-Patienten-Gespräch achtet sie besonders auf Veränderungen der sozialen Situation und nimmt sich auch Zeit, solche Veränderungen genauer zu hinterfragen.

c) Aufgaben, die sich der Hausarzt zuschreibt – professionelles Selbstverständnis

In dem vorangegangenen Abschnitt wurde bereits deutlich, dass sich Frau Dr. Bick in ihrer Funktion als Geriaterin als Aufgabe zuschreibt, Demenzerkrankungen frühzeitig zu erkennen. Ihr Wunsch ist es, dass auch in anderen Hausarztpraxen das GBA zu einer Früherkennung von Demenzerkrankungen führt.

„Durch dieses Basisassessment, was jetzt hoffentlich zunehmend auch in den hausärztlichen Praxen durchgeführt wird, denk ich schon, dass mehr jetzt eher diagnostiziert werden.“ (Z. 12-14)

Frau Dr. Bick setzt Hoffnung auf das GBA und sieht es als ihre Aufgabe, andere Hausärzte über die Wichtigkeit einer Früherkennung von Demenz zu informieren.

„Also, die Hoffnung ist, wie gesagt, groß und dadurch, dass man auch immer versucht hat mit Vorträgen zu den Hausärzten zu gehen.“ (Z. 32-33)

Ihr Engagement beruht auf ihrer eigenen geriatrischen Erfahrung im stationären Bereich, wo sie die Folgen eines zu späten Erkennens einer Demenz sehen konnte.

„Ich habe ja früher stationär gearbeitet, ich hoffe, dass es jetzt eher diagnostiziert wird. Weil, es ist wirklich meistens schon viel zu spät. Das haben wir auch damals im stationären geriatrischen Bereich gesehen.“ (Z. 33-35)

Aufgrund dieser Erfahrung ist Frau Dr. Bick sehr engagiert. Ihr Traum war es, eine geriatrische Schwerpunktpraxis zu eröffnen. Allerdings zeigt sich hier ein Zwiespalt zwischen dem Ehrgeiz, etwas zu verändern und dem Anspruch der Ärztin an sich selbst, allen Patienten eine gute Versorgung zu ermöglichen. Die Integration einer geriatrischen Arbeit in eine Hausarztpraxis gelingt in Zusammenarbeit mit ihrem Praxis-Team. Den hohen Anspruch, den Frau Dr. Bick an sich selbst stellt, stellt sie auch an ihre Mitarbeiter. Alle müssen mit anpacken.

„Und ich hatte mir immer vorgenommen im ambulanten Bereich vielleicht mal was aufzubauen. Also, ich hatte eigentlich vor, hier eine Schwerpunktpraxis aufzumachen, aber da gibt es einfach zu viele Schwierigkeiten, zumal ich zu viele Hauspatienten habe, die ich dann nicht mehr betreuen könnte, wenn es nur, in Anführungsstrichen, eine Schwerpunktpraxis würde und daher versuche ich, es soweit wie möglich hier in unserem Team zu integrieren. Also, die müssen natürlich auch mit ran, die Schwestern werden auch richtig dann mit eingespannt, die machen dann auch die Teste mit.“ (Z. 138-

Es bedeutet für Frau Dr. Bick und ihr Praxisteam einen Mehraufwand, Engagement und Bereitstellung zeitlicher Ressourcen, um Demenzkranke gut zu versorgen. Allerdings versteht es Frau Dr. Bick als ihre Aufgabe, ihren Patienten eine gute Versorgung zukommen zu lassen und sich sogar ein Stück für sie aufzuopfern. Besonders deutlich zeigt sich das bei der Kommunikation mit den Betroffenen und deren Angehörigen.

„Da müssen Sie immer so ein bisschen diplomatisch sein, das immer wieder erklären. Und das ist natürlich auch ein hoher zeitlicher Aufwand, da sind Hausbesuche mindestens zweimal in der Woche, weil immer noch was in dieser Familie ist.“ (Z. 109-111)

Es zeigt sich, dass sich durch die Diagnose Demenz neue Situationen für die betroffene Familie ergeben. Frau Dr. Bick sieht es als ihre Aufgabe, jede Familie individuell zu begleiten bis zu dem Punkt, wo ein neuer stabiler Zustand erreicht ist.

„Das ist natürlich manchmal auch so ein bisschen schwierig, das alles abzudecken. Muss man schon ein bisschen Verständnis haben und es ist ein längerer Weg und dann auch dieses Gefühl zu haben: Jetzt sind sie gut versorgt. Das ist wirklich nicht so einfach.“ (Z. 111-114)

Frau Dr. Bick erkennt es als ihre Aufgabe, eine beginnende Demenz bei ihren Patienten früh aufzudecken. Sie zeigt sich sehr engagiert, weil sie aufgrund persönlicher Erlebnisse und Erfahrungen eine Früherkennung von Demenz als sinnvoll erachtet.

„Um die soziale Kompetenz weiterhin zu schützen, sehe ich da [in der Früherkennung] einen ganz großen Sinn drin.“ (Z. 40)

Ihr Engagement geht so weit, dass sie Vorträge für andere Hausärzte zu diesem Thema anbietet und in ihrer eigenen Praxis eine gute Diagnostik und Begleitung für Demenzpatienten zu ermöglichen versucht. Zu ihrem professionellen Selbstverständnis gehört es, für ihre Überzeugungen zu kämpfen und als Beispiel voran zu gehen. Weiterhin ist es wichtig für sie, ihre Patienten gut versorgt zu wissen und somit zählt sie regelmäßige Hausbesuche, klärende Gespräche sowie menschlichen Beistand ebenfalls zu ihren ärztlichen Aufgaben. Da sie ihre Praxis gut organisiert hat und die Sprechstundenhilfen mit in die Diagnostik einbezieht, schafft sie es, ihrem hohen Anspruch an sich selbst gerecht zu werden.

d) Diagnostischer Weg zur Erhärtung eines Verdachts auf Demenz/Therapie/Leitlinien/MCI

Frau Dr. Bick geht bei der Suche nach demenziellen Veränderungen bei ihren Patienten planvoll vor. Wenn im Vorfeld durchgeführte Screening-Tests auffällig waren, führt sie eine Basisdiagnostik zum Ausschluss gefährlicher Verläufe durch und versucht dann, einen Facharzt einzuschalten.

„Ich mach dabei praktisch ‘ne bildgebende Diagnostik, natürlich noch mal Laborparameter, Schilddrüse und ähnliches abzuklären, Anämie auch abzuklären, Vitamin B12-Mangel und dann versuch ich, wenn diese Basisdiagnostik war, dass ich doch einen Psychiater mit einschalte. Oder einen Neurologen.“ (Z. 53-55)

Da dies aber nicht immer möglich ist oder vom Patienten gewünscht wird, fängt Frau Dr. Bick auch selbst mit der Therapie an. Durch die Verlaufsbeobachtung des Patienten fallen Frau Dr. Bick früh Veränderungen auf und eine Therapie kann früh ansetzen.

„Oder wenn, es ist natürlich hier auch ein bisschen knapp mit ärztlichen Kollegen, dann fang ich an zu therapieren. Wenn ich der Meinung bin, dass es jetzt doch auch im Verlauf schlechter geworden ist, man sieht die ja häufiger, die Patienten, auch die Angehörigen kommen, dann fangen wir medikamentös an zu therapieren.“ (Z. 60-63)

Die medikamentöse Therapie sieht Frau Dr. Bick durchaus als sinnvoll an, da bei frühzeitigem Beginn der persönliche und soziale Verfall verlangsamt werden kann.

„Unterschiedlich. Bei manchen war's dann wirklich schon zu späte Entdeckung der Demenz, bei manchen ist es so, dass es doch ein bisschen herausgezögert werden kann. Ja, dieser soziale und persönliche Verfall eigentlich.“ (Z. 68-70)

Mit der Anwendung des GBA als Screening-Test hat Frau Dr. Bick positive Erfahrungen gemacht. Am Anfang haben die Patienten eher skeptisch auf so einen Test reagiert, doch dadurch, dass Frau Dr. Bick ihnen die Gründe dafür gut kommuniziert, nehmen sie ihn mittlerweile gut an. Wenn das GBA differenziert angewendet wird, kann man daraus viel ableiten und es führt vor allem zu einer früheren Aufdeckung demenzieller Symptome, die man sonst eher nicht bemerkt.

„Ja, also einmal muss man es den Patienten natürlich auch erklären, warum das gemacht wird, aber das ist eigentlich gar nicht so schwierig. Weil am Anfang auch so ein bisschen auch skeptisch

gegenüber getreten wurde, wenn ein Test kam, aber er wird gut angenommen von den älteren Herrschaften und, also, von den Patienten insgesamt und man kann wirklich viel daraus dann auch ableiten.“ (Z. 46-49)

Die Etablierung des GBA und allgemein neuer Strategien in der Allgemeinarztpraxis verläuft eher langsam. Hausärzte haben zwar Interesse an dem GBA, was man an gut besuchten Kursen sieht, aber in der Praxis etabliert es sich nur zögerlich. Frau Dr. Bick hat die Beobachtung gemacht, dass das auch auf andere Fachbereiche zutrifft, wo neue Denkansätze erprobt werden, z.B. in der Palliativmedizin.

„Ja, also das Interesse ist ja auch da von den Hausärzten und ich hoffe, dass das auch so bleibt. Da werden auch immer diese Kurse angeboten und da sieht man ja doch, dass sich auch ein bisschen was tut. Aber man hat immer, gerade, wenn man so ein bisschen mehr dahinter steht, das Gefühl das ist halt doch zu langsam. Aber wir wissen ja, dass vieles auch erst ein bisschen angeschubst werden muss, eh es Früchte trägt. Das ist überall in den Fachgebieten, wo man schaut, das ist bei Palliativmedizin dasselbe.“ (Z. 128-133)

Wenn sich bei Frau Dr. Bick ein Verdacht auf Demenz aufgrund des Screenings ergibt, führt sie eine Ausschlussdiagnostik reversibler Ursachen von kognitiven Störungen durch und schaltet bei Möglichkeit einen Psychiater mit ein. Sonst beginnt sie eigenständig eine medikamentöse Therapie. Mit den Medikamenten erzielt sie in manchen Fällen vor allem eine Verlangsamung des sozialen Verfalls, wodurch ihr diese Therapieoption sinnvoll erscheint. Das Screening wurde von ihren Patienten gut angenommen und Frau Dr. Bick ist davon überzeugt, dass es ein gutes Werkzeug zur Früherkennung von Demenz ist. Allerdings ist wichtig, dass noch genauer festgelegt wird, welche Komponenten das GBA obligat beinhalten soll, um eine konsequente Anwendung zu erreichen.

e) Die Versorgung von Demenzpatienten

Frau Dr. Bick erlebt den Umgang mit Demenz in der Versorgung und Förderung als unprofessionell. Es gibt kaum Alternativen in der Demenzbetreuung und keine Angebote für Angehörige.

„Ganz schwierig noch. Also, überhaupt noch nicht professionell. Auch Demenzstationen sind zum Teil vom Personal her viel zu gering besetzt. Und insgesamt haben wir auch im ambulanten Bereich überhaupt keine größeren Angebote. Einmal für Angehörige. Das ist ja auch so sehr wichtig. Aber selbst für die Patienten, ja, wer also eine beginnende Demenz hat, dass da noch ein bisschen was an Förderung kommt, es ist zu wenig, was angeboten wird.“ (Z. 79-83)

Frau Dr. Bick versucht bereits durch Ergotherapie- oder Logopädieverordnung und auch Anträge auf Langfristgenehmigungen für ein Jahr ihre Patienten zu fördern, aber dies ist oft unzureichend und begrenzt durch das Budget.

„Und wir sind auch durch unsere ständigen Kontrollen der Physiotherapie, und Ergotherapie und Logopädie ist ja dann auch oft wichtig, begrenzt in unseren Verschreibungsmöglichkeiten, sodass man dann für den Patienten manchmal nicht sehr viel mehr machen kann. Ja, wir stellen dann schon mal einen Antrag auf Sondergenehmigung, das gibt's ja auch, diese Langfristgenehmigung für ein Jahr, aber das ist zum Teil nicht ausreichend.“ (Z. 83-87)

Tagesstätten sind laut Frau Dr. Bick eine gute Betreuungsalternative für Menschen mit beginnender Demenz, weil es besonders die soziale Einbindung ermöglicht.

„Bedarf ist da, aber ein kleines bisschen Horizont sehen wir schon, indem doch jetzt zwei Einrichtungen diese Tagespflege machen. Und da habe ich jetzt auch etliche Patienten überwiesen und das läuft sehr gut. Also, die werden zweimal in der Woche dann geholt und haben dann also praktisch ihre Ergotherapie, ihre Physiotherapie und man merkt auch: die sind sozial plötzlich wieder ein bisschen mehr integriert, das ist 'ne sehr gute Sache.“ (Z. 118-122)

Es zeigt sich, dass Förderungsmöglichkeiten in der Region von Frau Dr. Bick noch unzureichend vorhanden sind. Auch für Angehörige gibt es wenig Austauschmöglichkeiten und Hilfe. Die Hausärztin selbst ist aufgrund ihres Budgets in dem Angebot von Hilfsmitteln begrenzt. Neu entstehende Tagesstätten sind ein Lichtblick, da die Betroffenen wieder besser sozial integriert werden und in ihren Möglichkeiten gefördert werden.

Trotz ihrer täglichen Arbeit als Hausärztin ist es Frau Dr. Bick gelungen, ein Augenmerk auf die Bedürfnisse alter Menschen zu legen und besonders die Demenzdiagnostik auf kognitive Einbußen in ihre Untersuchungsroutine zu integrieren. Sie führt ein GBA bei allen Patienten ab 70 Jahren durch. Dabei geht sie sehr sorgfältig mit ihren vorhandenen zeitlichen und strukturellen Ressourcen um und wird dabei ihrem persönlichen Anspruch gerecht, eine gute Versorgung von Demenzpatienten zu gewährleisten und diese in ihrem weiteren Umfeld stetig zu verbessern. Dabei macht sie die Erfahrung, dass Kollegen für geriatrische Fortbildung und die Anwendung des GBA offen sind, sich die praktische Anwendung solcher Tools jedoch nur zögerlich etabliert. Mit einer guten strukturellen Organisation sowie einem großen, persönlichen Engagement zeigt sich hier, wie die geriatrische Versorgung fest in die hausärztliche Praxis integriert werden konnte.

3.1.2 Herr Dr. Schnabel – der erfahrene Pragmatiker

Das Interview mit Herrn Dr. Schnabel fand an einem Mittwoch nach der offiziellen Sprechstunde in der Mittagszeit statt. Seine Praxis befindet sich im Zentrum einer Kleinstadt, die knapp 20.000 Einwohner hat. Ich kenne Herrn Dr. Schnabel von meiner Hausarztfamulatur, weshalb er auch diesem Interview zustimmte. Herr Dr. Schnabel ist Facharzt für Allgemeinmedizin und seit 22 Jahren niedergelassen. Seit ca. 5 Jahren teilt er seine Praxis mit einem anderen Allgemeinmediziner, den er selbst bei sich ausgebildet hat, denn Herr Dr. Schnabel besitzt eine Weiterbildungsermächtigung für Allgemeinmedizin. Die Praxis befindet sich in einem Ärztehaus. Wenn man das Haus betritt, leitet ein fensterloses, mit künstlichem Licht ausgeleuchtetes Treppenhaus zu unterschiedlichen Türen, hinter denen sich die verschiedenen Praxen befinden. Die Böden sind mit Fliesen ausgelegt, was zusammen mit dem Neonlicht einen klinischen Eindruck hervorruft. Die Tür zur Gemeinschaftspraxis von Herrn Dr. Schnabel und seinem Kollegen war einen Spalt offen und als ich eintrat, sah ich, wie mich Herr Dr. Schnabel bereits in seinem Sprechstundenraum hinter einem großen Schreibtisch erwartete. Obwohl ich pünktlich war, hatte er dort offensichtlich schon eine Weile gegessen und gewartet. Der Arzt ist Mitte 50 und trägt seine mittellangen Haare zum Zopf gebunden. Von der Famulatur kenne ich ihn als einen zielgerichteten Arzt, der den Kontakt mit dem Patienten sehr knapp bemisst und schnell zur Diagnose kommt. Er führt seit Jahren keine Hausbesuche mehr durch, mit der Begründung, dass es sich finanziell kaum lohne und sehr zeitaufwändig sei. Die Patienten müssen bei ihm schnell zum Punkt kommen. Er geht eher streng und korrigierend mit ihnen um. Krankschreibungen werden nicht großzügig verteilt. Seine Meinung vertritt er bestimmt, ohne Dinge zu beschönigen.

a) Stellenwert der Demenzkranken in der Hausarztpraxis

Herr Dr. Schnabel hat beobachtet, dass in seiner Praxis Demenzfälle immer häufiger auftreten und dass der Anteil an «alten Gesunden» im Allgemeinen abnimmt.

„Mit zunehmendem Alter häufig, ja. Also, die Anteile der alten Gesunden werden eigentlich weniger. Nicht mehr. Das ist eigentlich schade. Ja, und gerade die Demenzerkrankungen, es ist nicht nur Alzheimer, die Durchblutungsstörungen oder gemischten Demenzen oder Parkinson-Demenzen oder so was, die nehmen schon deutlich zu und es ist, es ist ein Riesen-Problemfeld, eigentlich, ja.“ (Z. 8-11)

Der Stellenwert von Demenzerkrankungen nimmt also in Herrn Dr. Schnabels Praxis zu, was er selbst als problematisch ansieht. Der Anteil der Gesunden an den alten Menschen nimmt für Herrn Dr. Schnabel gefühlt ab, was mit dem demographischen Wandel, dem Fortschritt medizinischer Leistungen und daraus folgend einem längeren Leben bei bestehender Krankheit objektiviert werden kann.

b) Wahrnehmung kognitiver Veränderungen durch den Hausarzt

Es gibt Momente in der Hausarztpraxis, in denen Herrn Dr. Schnabel kognitive Veränderungen an seinen Patienten auffallen, z.B. wenn der Patient in einer bestimmten Situation nicht adäquat reagiert oder mit der Medikamenteneinnahme durcheinanderkommt. Meistens fallen Herrn Dr. Schnabel persönlich kognitive Veränderungen bei seinen Patienten erst spät auf. Als Grund dafür gibt er einen Mangel an Zeit sowie an tiefergründigen Nachfragen an.

„Nee, relativ spät. Ich denke, relativ spät. Also, eine richtige, sehr zeitige Diagnostik, das ist gar nicht, gar nicht möglich, weil man es selber gar nicht mitbekommt. Da müsste man mehr Zeit haben.“ (Z. 43-44)

Er bemerkt eher zufällig, wenn seine Patienten dem Alltag nicht mehr gewachsen sind, z.B. wenn er aus seinem Praxisfenster schauend beobachtet, wie ein altersschwacher Patient immer noch Auto fährt, obwohl dieser das aus der Sicht Herrn Dr. Schnabels nicht mehr sicher gewährleisten kann.

„Aber das ist alles nicht adäquat, ja, also das. Und das kriegt man dann auch manchmal mit, gut dann muss man natürlich auch mal aus dem Fenster gucken oder per Zufall, dass so einer plötzlich in's Auto steigt. 'Ich fahr doch nur noch zum Arzt und in die Kaufhalle!' Ja, na und, wenn da eine Frau mit Kinderwagen über die Straße läuft? Das sind so die Gefahren.“ (Z. 58-62)

Ein weiterer Grund für die verspätete Wahrnehmung kognitiver Veränderungen durch den Hausarzt sei, laut Herr Dr. Schnabel, das gezielte Überspielen von Symptomen durch den Patienten selbst.

„Es gibt viele, die das sogar gezielt überspielen, wenn sie es mitkriegen, ja, also das, das, selbst Autofahren wird gewährleistet.“ (Z. 53-54)

Der Patient ist es also, der kognitive Veränderungen eher bemerkt als der Arzt und diese dann bewusst verschleiert. Den Angehörigen fallen solche Symptome auch früher auf als dem Hausarzt, sie sind es dann, die sich in den meisten Fällen an Herrn Dr. Schnabel wenden.

„Das ist häufiger. Dass die Angehörigen kommen und sagen: 'Wir kommen mit der Mutter, mit dem Vater nicht mehr zurecht, da ist irgendwas.'“ (Z. 24-26)

Herr Dr. Schnabel stellt hier also die wichtige Rolle der Angehörigen in der Früherkennung demenzieller Symptome seiner Patienten heraus, wobei er auch hier auf die Problematik des Zeitmangels hinweist. Oft wohnten Angehörige nicht im gleichen Haus mit dem Betroffenen, kämen nur kurz zu Besuch, um festzustellen, dass soweit alles in Ordnung sei, ohne genauer nachzuforschen. Somit kämen auch Angehörige erst mit Fragen zum Hausarzt, wenn die Demenz bereits fortgeschritten ist.

„Wenn man mehr Zeit hätte, sowohl die Angehörigen, die haben keine Zeit für ihre Eltern und Großeltern, die gehen alle arbeiten und kommen dann mal kurz dahin und denken, es läuft doch alles noch. Und wir kriegen es aufgrund von Zeitmangel eigentlich auch selten mit. Da müsste man sich schon intensiver mit den Leuten unterhalten und das ist meistens nicht so.“ (Z. 45-48)

Die Früherkennung von demenziellen Veränderungen von Patienten in der Praxis von Herrn Dr. Schnabel ist also durch mehrere Faktoren erschwert. An mehreren Stellen spricht Herr Dr. Schnabel den Zeitmangel als wichtigen Faktor an. Weiterhin ist das Fehlen eines tiefergründigen Nachfragens im Routine-Arzt-Patienten-Gespräch ausschlaggebend. Die Aktivitäten des täglichen Lebens, wozu auch ein Hausarztbesuch gehört, werden durch den Patienten noch lang gemeistert, obwohl bereits kognitive Einbußen bestehen können. Dieser Sachverhalt führt auch dazu, dass Angehörige Symptome später bemerken. Des Weiteren verschleiert der Patient ggf. selbst seine Symptome und weißt nicht von sich aus auf bemerkte Veränderungen hin.

c) Aufgaben, die sich der Hausarzt zuschreibt – professionelles Selbstverständnis

Herr Dr. Schnabel hat konkrete Vorstellungen von den Aufgaben, die ihm bei der Versorgung von Demenzpatienten zukommen. Die erste Aufgabe ist die Findung der Diagnose und der Ausschluss anderer Differenzialdiagnosen. Dabei kommt Herrn Dr. Schnabel die Kenntnis der Krankheitsgeschichte und die Verlaufsbeobachtung seiner Patienten zugute.

„Also, wenn ich weiß, derjenige hat, der hat einen Parkinson, der hat schon mal einen Schlaganfall gehabt oder irgend sowas, dann ist die Vermutung auf Alzheimer eher gering, dann kann ich mir die Alzheimerdiagnostik relativ sparen. Dann weiß ich, der hat Durchblutungsstörungen oder der hat eine Parkinson-Demenz oder Alkoholiker oder irgendwas, dann ist es klar, wo es herkommt. Das ist logo. Und wenn gar nichts im Vorfeld ist, dann machen wir Alzheimer-Diagnostik.“ (Z.68-73)

Es wird deutlich, dass Herr Dr. Schnabel die Lebens- und Krankengeschichte bei der Diagnosefindung mit einbezieht und die Alzheimer-Demenz eine Art Ausschlussdiagnose behandelt. Nur wenn der Patient keine

anderweitigen Erklärungen für seine kognitiven Einbußen bietet, wird eine Alzheimer-Diagnostik durchgeführt. Herr Dr. Schnabel versteht sich als erfahrener Hausarzt, der die verschiedenen Ursachen kognitiver Veränderungen zu unterscheiden weiß und an Alzheimer erst zum Schluss denkt.

Eine weitere Aufgabe des Hausarztes, aus Herrn Dr. Schnabels Sicht, ist das Wissen über die Erkrankung und die sich daraus ergebende Kompetenz, die richtige Diagnose zu stellen.

„Ich weiß, dass der das hat und ich weiß, wie es geht und der Rest ist die Pflege und darin muss investiert werden.“ (Z. 205-206)

Die Weitergabe dieses Wissens an Angehörige und Betroffene ist Herrn Dr. Schnabel wichtig. Daraus ergibt sich die nächste ärztliche Aufgabe, nämlich die Kommunikation mit den Angehörigen über den Verlauf der Demenz. Dabei geht es auch darum, gemeinsam einen Plan über den weiteren Werdegang zu entwickeln.

„Bringen Sie mal lieber jemanden mit. Wir müssen mal über ein paar Dinge reden. Ja, wie es auch weitergeht, wie es auch pflegetechnisch oder organisatorisch weitergeht.“ (Z. 117-118)

Herr Dr. Schnabel versteht sich hier als Richtungsweiser und Planer der Zukunft seiner Patienten und deren Angehörigen.

„Also, den Angehörigen sage ich dann erst mal klipp und klar, wo es hingeht, ja? Was zu erwarten ist. Da muss ich immer sagen: ‘Das kann schnell gehen, das kann langsam gehen.’ Muss ihnen dann aber auch ehrlich sagen: ‘Passen Sie auf, derjenige, der so was hat, braucht eine Betreuung. Und am Ende auch 24 Stunden am Tag.’“ (Z. 131-135)

Herr Dr. Schnabel thematisiert allerdings auch klar, was nicht seine Aufgaben bei der Versorgung von Demenzkranken sind.

„Rehabilitation (...) hat auch ärztlich nichts zu tun. Wir stellen als Ärzte die Diagnose und geben Hinweise. Eine Therapie, wie gesagt, gibt's nicht, eine adäquate, also brauch ich es auch nicht behandeln, nee, ich brauch es auch nicht kontrollieren.“ (Z. 197-201)

Die klassischen Pfeiler der Prävention und der Therapie sowie der Therapiekontrolle fallen bei dem Demenzpatienten weg und es bleiben Rehabilitation und Pflege übrig. Außer der Diagnosestellung hat der Hausarzt, nach Herrn Dr. Schnabels Auffassung, also relativ wenige Aufgaben bei der Behandlung von

Demenzpatienten zu bewältigen. Es stehen die Diagnosefindung der Demenz mit dem dazugehörigen Wissen über die Erkrankung sowie das Geben von Hinweisen für Angehörige und Patienten als ärztliche Aufgaben im Vordergrund. Defizite sieht Herr Dr. Schnabel nicht dort, sondern in der Versorgung, Rehabilitation und Pflege von Demenzpatienten, welche er nicht zu seinen Aufgaben zählt.

d) Diagnostischer Weg zur Erhärtung eines Verdachts auf Demenz/Therapie/Leitlinien/MCI

Ein Kurzzeitgedächtnisverlust, besonders das Durcheinanderbringen von Medikamenten oder Terminen, Probleme bei der zeitlichen Orientierung und inadäquate Reaktionen auf bevorstehende Lebenseinschränkungen (als Beispiel wird der Hinweis, das Autofahren einstellen zu müssen, fatalistisch aufgenommen), legen den Verdacht auf Demenz nahe. Der Demenzbegriff wird von Dr. Schnabel unterschiedlich verwendet. Einmal nennt er Demenz als Folge einer bekannten Ursache aus dem Lebensverlauf (z.B. Parkinson, Alkoholabusus, Schlaganfall) des Patienten und unterscheidet diese von Betroffenen, bei denen er bisher keine erklärliche Ursache für die kognitiven Störungen in der Krankengeschichte feststellen konnte. Bei letzteren führt er dann eine sogenannte Alzheimer-Diagnostik durch, welche für ihn aus Demenz-Tests (MMST, Uhrentest) besteht. Die Tests hat er an seine MFA delegiert. Ein routinemäßiges MRT bei Patienten mit Verdacht auf Demenz, wie es in den Leitlinien empfohlen wird, lehnt Herr Dr. Schnabel aus dem Grund ab, dass dies terminlich und finanziell nicht zu leisten sei.

„Aber dass ich jetzt sage, jeden, bei dem ich einen Verdacht auf Alzheimer habe, schicke ich zum MRT, das geht nicht. Ist nicht möglich. Das kann die Gesellschaft nicht leisten, sag ich mal. Steht zwar in den Leitlinien, aber ist nicht drinne. Das kann sowohl die Radiologie nicht leisten, als auch die Krankenkasse nicht, von den Kosten her. Wenn ich jedem das angedeihen würde, das müssten die mal hochrechnen. Die können froh sein, dass keiner so was macht.“ (Z. 79-88)

Auch hier ist eine Hirnatrophie als Beweis für eine Demenzerkrankung eher ein Zufallsbefund, z.B. wenn Herr Dr. Schnabel eine MRT bei einem Patienten aus einem anderen Grund, wie dem Ausschluss eines Schlaganfalls, angeordnet hatte.

„Das sind auch meistens Zufallsbefunde, wo man sagt, ok, da muss ich eigentlich mal einen Schlaganfall ausschließen, dass da nichts gewesen ist und da kommt am Ende Hirnatrophie raus und dann weiß man's.“ (Z. 77-79)

Für Herrn Schnabel stellt sich auch die Frage der Relevanz einer apparativ teuren Diagnostik, wenn hinterher keine Therapie möglich sei.

„Weil auch, das ist ja immer so, wenn ich eine klinische Diagnostik mache oder eine hochapparatив teure Diagnostik mache und habe hinterher therapeutisch keine Möglichkeiten, ist es auch immer wieder fragwürdig. Da mach ich für einen Tausender ein MRT und hinterher sag ich: 'Na, machen kann ich eigentlich auch nichts.' Außer pflegen, betreuen und sonst was machen.“ (Z. 88-92)

Ähnlich gestaltet sich seine Einstellung zu den Therapieoptionen. Die eigenen Erfahrungen haben Herrn Dr. Schnabel gelehrt, dass die medikamentöse Therapie von Alzheimer nichts bringe.

„Halt ich gar nichts von, kann ich gleich sagen, halt ich überhaupt nichts von. Ich habe noch nicht einen gesehen, der dadurch besser geworden ist.“ (Z. 93-94)

Die Leitlinie der DEGAM findet Herr Dr. Schnabel noch am sinnvollsten im Gebrauch, allerdings ist er der Meinung, dass das allgemein angestrebte Ziel einer Strukturierung von Krankheiten bei Demenz nicht möglich sei, da jeder Fall anders ist.

„Also, es ist, es ist, man kann in diesen Fällen keine konkrete Leitlinie erstellen. Es ist immer das Ziel, das zu machen und in irgendwelche Bahnen zu lenken. Jeder ist anders.“ (Z. 213-215)

Die Leitlinie sei im Fall einer Demenz ärztlicherseits schnell abgearbeitet, da es keine Prävention und keine ansprechende Therapie gäbe.

„Und ich weiß nicht, an welcher Stelle will ich denn? Vorbeugen kann ich gar nicht, überhaupt nicht. Es gibt keine Prävention. Schluss aus. So! Über die medikamentöse Therapie haben wir schon drüber gesprochen. Da wird was empfohlen, es wird nicht befohlen, das ist auch richtig, ja aber letztendlich führt's zu kaum was. Keine Wirkung, ja. Und ansonsten ist das Ganze, Leitlinien ist ja nur für Ärzte, wenn's die DEGAM macht, relativ schnell abgearbeitet und dann geht's in die Pflege und dann war's das. Einfach in die Betreuung und Pflege.“ (Z. 215-221)

Von einem generellen Demenzscreeningtest ab 70 Jahren ist Herr Dr. Schnabel wenig überzeugt. Er habe von den Krankenkassen schon einmal eine solche Information erhalten, allerdings sei dann nichts weiter daraus entstanden. Der Filter, Alter über 70, sei nicht gut gewählt und außerdem stelle sich die Frage der Konsequenz.

„Und wenn man jetzt richtig zuschlägt und sagt: 'Na gut, ich lasse jetzt jeden, wo die kognitiven Fähigkeiten nachlassen, laut Hilfsmittel - Richtlinie - es ist ja eine Richtlinie - eine Ergotherapie zukommen.', und die noch in der Dauertherapie, na Holla die Waldfee. Da klingeln aber die Kassen.“

*Das wollen sie auch nicht mehr hören. Denn das wäre das Gescheiteste, was man machen könnte.“
(Z. 238-242)*

Herr Dr. Schnabel ist der Meinung, dass solch ein Screening so viele neue kognitive Einschränkungen bei Patienten an das Tageslicht bringen würde, dass die Krankenkassen mit den therapeutischen Konsequenzen vollkommen überfordert wären.

Es wird deutlich, dass Herr Dr. Schnabel für Patienten mit Alzheimer-Demenz wenige Therapieoptionen sieht und daher seine Bemühungen infrage stellt. Möglicherweise ergibt sich daraus das eingangs benannte Problemfeld für ihn. Weil er aus der Diagnostik und Therapie keine Erfolge ableiten kann, fällt es ihm schwer, darin einen Sinn zu sehen. Ein Wissenskonflikt zeigt sich dadurch, dass Empfehlungen in den Leitlinien ausgesprochen werden, die Herr Dr. Schnabel einerseits nicht ignorieren will, die er aber andererseits erfahrungsgemäß als wenig sinnvoll erachtet. Es ist außerdem auffällig, dass Herr Dr. Schnabel sein Handeln und Denken immer wieder damit begründet, dass es im Endeffekt keine Therapie der Demenz gebe und dass er als Arzt daher wenig tun könne. Er wiederholt auch mehrmals, dass Pflege und Betreuung von Patienten mit Demenz nicht in seinen Aufgabenbereich fallen.

e) Die Versorgung von Demenzpatienten

Herr Dr. Schnabel beobachtet, dass Demenzpatienten in den Pflegeheimen zwar körperlich gut gepflegt und versorgt sind, aber kognitiv wenig gefördert werden. Er selbst sieht sich angesichts dieser Situation überfordert. Er kann zwar Verordnungen bspw. für Ergotherapie ausstellen, aufgrund schwieriger Organisation und hohem Bedarf sei das jedoch langfristig nicht sinnvoll.

„Aber eine Demenz-Beschäftigung gibt's fast gar nicht. Es sei denn, man schreibt endlos Rezepte über Ergotherapie und solche Geschichten, ja? Dass die dann so ein bisschen was Kognitives anbieten, das geht dann schon. Aber dann müssen die Ergotherapeuten aber dann auch in die Pflegeheime hin und solange das dann schon wieder zur Gruppentherapie wird, weil sie auch keine Möglichkeiten haben, jeden einzelnen zu betreuen, macht's auch keinen Sinn. Ja?“ (Z. 150-155)

Außerhalb der Pflegeheime gäbe es wenig Angebote im ambulanten Bereich, obwohl Herr Dr. Schnabel die neuen Angebote der Tagesbetreuung als sinnvoll und angenehm für den Patienten erachtet. Allerdings gibt es auch dort noch organisatorische Barrieren.

„Und da muss derjenige natürlich erst mal dafür bereit sein, sich jeden Früh in ein Auto zu setzen und irgendwohin zu fahren, die Familie muss bereit sein. Das muss ja organisiert werden. Dass da

jemand früh, die kommen ja auch nicht früh halb 7, wo der normale Mensch zur Arbeit geht, sondern die kommen halb 9 oder so, ja? Weil man will den alten Menschen ja auch nicht halb 5 aus dem Nest reißen. Warum das, ja? Ist ja auch nicht so. Das sind dann schon Schwierigkeiten.“ (Z. 159-164)

In seinen Augen sollte die Geriatrie in ihrer Arbeitsweise überprüft werden: Dort würde diagnostisch immer ein internistischer, jedoch kaum ein kognitiver Fokus gesetzt.

„Wenn ich heutzutage jemanden, der zu Hause nicht führbar ist, in die Geriatrie schicke, dann machen die bis zum Herzkatheter alles, Magenspiegelung, Darmspiegelung und dann kriegen die alle Falithrom und sonst irgendwas, ja, was eigentlich eine Riesen-Gefahr ist. Aber, und um die Demenz kümmert sich eigentlich keiner so richtig.“ (Z. 184-188)

Es zeigt sich, dass im Einzugsgebiet von Herrn Dr. Schnabel nicht genug Angebote für Demenzkranke vorhanden sind. In den Pflegeheimen scheinen vor allem personelle Engpässe die kognitive Förderung von Betroffenen zu behindern. Ambulante Tagesbetreuungen sind noch nicht genügend etabliert und auf die Tagesabläufe der Angehörigen unzureichend angepasst. Interessant ist, dass sich Herr Dr. Schnabel einen vermehrten Fokus der Geriatrie auf Demenz wünscht, obwohl er selbst Diagnostik und Therapie als sehr kritisch sieht. Offensichtlich erhofft er sich eine gute und ganzheitliche ärztliche Behandlung für geriatrische Patienten, die allerdings stationär auch oft nicht gewährleistet wird.

Es wird deutlich, dass sich Herr Dr. Schnabel damit konfrontiert sieht, dass Demenzpatienten in vieler Hinsicht anders zu behandeln sind als Patienten mit klarer definierten Erkrankungen und Symptomen. Einerseits ist die Diagnostik und Verlaufsbeobachtung mit psychosozialen Testungen zeitaufwändig und unbefriedigend, da es keine klaren Parameter zur Beurteilung des aktuellen Verlaufs im Vergleich zu einem Verlauf ohne Therapie gibt. Andererseits gibt es keine wirksame Therapie. Herr Dr. Schnabel ist daher mit seinen gewohnten ärztlichen Tätigkeiten schnell am Ende und sieht den Bedarf eher bei sozialen Unterstützungsangeboten. Es wird klar, dass er sich eine gute Versorgung von Demenzpatienten erhofft und besonders in der Pflege, Beratung von Angehörigen und täglichen Förderung durch ambulante Angebote Verbesserung wünscht, allerdings in seiner eigenen Versorgungspraxis keine Veränderung anstrebt. Die eher späte Aufdeckung von Demenzerkrankungen in seiner Praxis spricht dafür, dass Dr. Schnabel die Wahrung der Autonomie und Integrität des Patienten als Therapieziel anstrebt, auch dadurch, dass er die Patienten in Ungewissheit über ihre Erkrankung belässt. Die Forderungen nach Verbesserungen der Pflege und Betreuung zeigen auch, dass Herr Dr. Schnabel eher in Richtung dieses Therapieziels unterstützt werden möchte.

3.1.3 Frau Dr. Flint – die desintegrierte Quereinsteigerin

Das Interview mit Frau Dr. Flint fand an einem Wochentag nach der Arbeitszeit am Abend in ihrer Praxis statt. Den Kontakt hatte mir ein Hausarzt aus der gleichen Stadt vermittelt, welchen ich zuvor interviewt hatte. Frau Dr. Flints Praxis befindet sich in einer Kleinstadt mit rund 17.000 Einwohnern. Beim Eintreten in die Praxis bemerkte ich sofort die gemütliche Atmosphäre, die durch eine geschmackvolle Einrichtung hervorgerufen wurde. Die Räumlichkeiten wirkten durch die farbigen Wände und Möbel eher wie ein Wohnzimmer als eine Arztpraxis. Frau Dr. Flint kam gleich auf mich zu, bat mich, noch einen Moment Platz zu nehmen und setzte Wasser für einen Tee auf. Ich durfte mir einen Tee aus einem großen Sortiment wählen. Die Hausärztin verabschiedete ihre zwei MFA's und bat mich dann an ihrem Praxisschreibtisch Platz zu nehmen. Sie setzte sich mir schräg gegenüber. Frau Dr. Flint war mir gleich sympathisch. Sie war geschmackvoll gekleidet und wirkte aufgrund ihrer zugänglichen Art eher wie eine Freundin als eine Ärztin. Wir fingen zunächst ein lockeres Gespräch darüber an, wie sie Hausärztin in der Kleinstadt geworden war. Sie erzählte mir, dass sie eigentlich Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivtherapie an einem Haus der Maximalversorgung gewesen sei, dann aber aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung auf der Intensivstation relativ leicht auf die Allgemeinmedizin umschwenken können. Diese berufliche Veränderung hatte sie vor allem deshalb angestrebt, um dem Dienstsysteem im Krankenhaus zu entfliehen und mehr Zeit für ihren achtjährigen Sohn zu haben, den sie allein erzieht. Maschungen ist ihre Heimat aus Kindertagen und der Zufall wollte es, dass sie hier die Praxis von einem in Rente gehenden Hausarzt übernehmen konnte. Frau Dr. Flint führt die Praxis nun seit 5 Jahren allein, sie betreut ca. 1.500 Patienten pro Quartal und wirkt mit diesem Pensum stellenweise überfordert, was sie offen zugibt. Sie würde sich gern die Praxis mit einem ärztlichen Kollegen teilen und eine Berufsausübungsgemeinschaft gründen, doch sie hat auch in dieser Hinsicht keine große Hoffnung.

a) Stellenwert der Demenzkranken in der Hausarztpraxis

Frau Dr. Flint hat den Eindruck, dass über die Jahre, in denen sie jetzt in der Allgemeinmedizin tätig ist, die Demenzfälle zugenommen haben und die Tendenz der Neuerkrankungen eher steigend verläuft.

„Doch, es ist zunehmend mehr, also, in den Jahren jetzt auch.“ (Z. 9)

Von daher hat der Stellenwert von Demenzkranken in ihrer Praxis zugenommen.

b) Wahrnehmung kognitiver Veränderungen durch den Hausarzt

Frau Dr. Flint und ihr Personal bemerken oft selbst in ihrer Praxis, wenn bei Patienten kognitive Veränderungen auftreten. In manchen Fällen wird sie auch von Angehörigen angesprochen, doch meistens geht sie direkt auf ihre Patienten zu.

„Also, es kommen schon Anfragen von Angehörigen, aber es ist eher so, dass wir die Leute ansprechen.“ (Z. 28)

Die Hausärztin selbst hat die Erfahrung gemacht, dass durch den regelmäßigen Kontakt gerade mit älteren Patienten demenzielle Symptome relativ früh auffallen. Auch wenn der Patient selbst manchmal Symptome verschleiert, merkt Frau Dr. Flint, wenn sich etwas bei den Patienten verändert. Der regelmäßige Kontakt kommt entweder durch Disease-Management-Programme zustande oder einfach dadurch, dass Patienten selbst den menschlichen Kontakt in der Praxis suchen, weil sie zu Hause einsam sind.

„Naja, das ist schon unterschiedlich. Ich sag mal, die Leute, die wirklich regelmäßig herkommen, wegen DMP oder weil sie uns einmal in der Woche sehen wollen, weil sie sonst einsam sind, da, denk ich, kriegen wir's relativ früh mit. Es gibt 'n paar, also, wobei, wie gesagt, die, die regelmäßig kommen, da kriegen wir es gut mit. Auch wenn die natürlich versuchen es bis zum Schluss einfach zu verstecken. Aber, wie gesagt, wer herkommt und wen wir schon lange kennen, da ist es eher früh.“ (Z. 33-37)

Konkret ist es der Kurzzeitgedächtnisverlust, bspw. auffällig durch das Durcheinanderbringen von Medikamenteneinnahmen, das der Hausärztin und den MFA's auffällt. Durch den jahrelangen Kontakt mit den Patienten bemerkt die Ärztin allerdings auch Wesensveränderungen ihrer Patienten, wie z.B. aggressive Reaktionen aufgrund einer Überforderungssymptomatik, die für sie auf den Beginn einer Demenz hinweisen.

„Na, häufig, wenn die Patienten hier in der Praxis sind und wir mitkriegen, dass irgendwas mit den Medikamenten nicht stimmt. Wenn Patienten also am Tresen Medikamente holen wollen, die eigentlich noch gar nicht alle sein können. Oder eben manchmal wirklich einfach auch Wesensveränderungen. Das ist auch sehr auffällig.“ (Z. 13-16)

Es zeigt sich, dass Frau Dr. Flint keine Berührungängste mit dem Thema Demenz hat und ihre Patienten selbst auf bemerkte Veränderungen anspricht. Seltener suchen Patienten selbst oder Angehörige das Gespräch. Die Stärke der Hausärztin, ihre Patienten über einen langen Zeitraum mit ihrer Lebenssituation und ihrer Krankengeschichte zu verfolgen, zahlt sich durch eine frühe Erkennung kognitiver Veränderungen aus. Bei den Patienten, die regelmäßig in die Praxis kommen, kann Frau Dr. Flint eine Demenz bereits im Frühstadium feststellen. Erste Symptome bemerkt sie durch Wesensveränderungen ihrer Patienten oder

Probleme beim Erlernen neuer Aufgaben, wie z.B. der Medikamenteneinnahme.

c) Diagnostischer Weg zur Erhärtung eines Verdachts auf Demenz/Therapie/Leitlinien/MCI

Wenn, wie oben beschrieben, der Hausärztin Veränderungen bei ihren Patienten auffallen, führt sie einfache Screeningtests auf Demenz, wie den Uhrentest und den MMST, durch. Je nach Schwere der Symptomatik bringt sie den Patienten dann ambulant bei einem Psychiater oder stationär in der Psychiatrie unter. Dort wird dann die weitere Diagnostik durchgeführt.

„Naja, meistens machen wir den Uhrentest und Mini-Mental und dann, ja, das sind dann so unsere Tests und dann gucken wir, je nachdem, wie ausgeprägt es ist und welche Probleme das uns macht und wie das Netz rundrum ist, versuchen wir dann entweder ambulant die Patienten zu vermitteln an unseren Psychiater in Lermsdorf zum Beispiel oder eben auch in die Gerontopsychiatrie zur weiteren Diagnostik.“ (Z. 42-45)

Frau Dr. Flint ist der Überzeugung, dass für weiterführende Diagnostik in der Hausarztpraxis keine Zeit ist. Sie sieht die Defizite und kann sie mithilfe einfacher Tests auch objektivieren, aber eine Sicherung der Diagnose ist aufgrund von Zeitmangel in ihrer Praxis nicht möglich. Diese Aufgabe übernehmen die Ärzte der Gerontopsychiatrie.

„Ja, also ich finde das ganz praktisch mit der Gerontopsychiatrie, weil, ich sag mal, Uhrentest und Minimental sind zwar ein guter Anhaltspunkt, aber so für weitere Tests haben wir einfach auch nicht ausreichend Zeit. Wir sehen zwar, wie die Defizite sind, aber da fehlt einfach die Zeit.“ (Z. 50-52)

Auf das GBA angesprochen, findet Frau Dr. Flint Teile davon durchaus sinnvoll durchzuführen, doch auch hier zeigt sich, dass die Hausärztin mit dem großen Andrang an Patienten bereits völlig ausgelastet ist und daher für die Einführung neuer diagnostischer Maßnahmen weder Zeit noch Kraft aufbringen kann.

„Also, es gibt so ein paar Dinge, die ich ganz gut finde, so von den Sturztests und so, muss ich sagen. Wir sind dabei jetzt ein bisschen mehr danach zu gucken. Aber es ist für uns ein Zeitproblem. Weil wir einfach ziemlich viele Patienten haben. Das wird Ihnen Herr Schulz sicherlich auch schon erzählt haben. Das ist einfach, es ist wirklich ein Zeitproblem. Wenn Sie am Tag hier 75 Patienten oder mehr durch die Praxis schleusen, fehlt Ihnen einfach die Zeit und die Kraft.“ (Z. 104-108)

Mit oralen Antidementiva hat Frau Dr. Flint eher die Erfahrung gemacht, dass sie wenig bis gar nicht helfen. Allerdings werden das Ansetzen und die Kontrolle dieser Medikamente auch eher von den Fachärzten

durchgeführt. Frau Dr. Flint setzt die Mittel dann ab, wenn sie keine Verbesserung bemerkt.

„Meine Erfahrung mit Axoba und so ist eigentlich die, dass es eher wenig bringt. Fachärzte schreiben das immer auf, aber ich bin auch wirklich so, wenn, die Fachärzte kontrollieren ja auch inzwischen, das war bis vor kurzem auch anders. Aber sie sind ja inzwischen auch gezwungen wirklich nach 4 Wochen und dann nach 'nem Vierteljahr auch zu gucken, ob das wirklich was bringt und wenn es nichts bringt, setz ich's eben auch ab. Wenn's keine Verbesserung bringt.“ (Z. 117-122)

Frau Dr. Flint übernimmt die erste Stufe der Diagnostik einer Demenz, indem sie Screeningtests durchführt, die bei Auffälligkeiten allerdings nicht zur Diagnostizierung einer Demenz ausreichen. Sie übermittelt die Patienten dann zu Fachärzten, die eine genaue Diagnose stellen und ggf. Medikamente ansetzen, um deren Kontrolle sich diese dann auch kümmern. Es gibt gewisse Teile des GBA, die Frau Dr. Flint durchaus sinnvoll erscheinen, allerdings kann sie die Einführung neuer Strategien nicht gewährleisten, da sie mit ihrer aktuellen Arbeit vollkommen ausgelastet ist.

d) Die Versorgung von Demenzpatienten

Frau Dr. Flint hat den Eindruck, dass in ihrem Umfeld die Angehörigen mit der Versorgung von Demenzkranken eher alleingelassen sind. Vorhandene tagesklinische Angebote sind nicht in ausreichendem Umfang vorhanden und werden außerdem oftmals von den Krankenkassen nicht unterstützt. Die Ärztin sieht aber auch, dass die Tagespflege von den Patienten nur selten genutzt wird und nimmt an, dass das an dem geringen Angebot liegt.

„Also, es ist, eher sind die Angehörigen alleingestellt. Also, es gibt zwar so ein paar, also es gibt tagesklinische Angebote, die in vielen Fällen von der Krankenkasse, also von den Kostenträgern abgelehnt werden. Und Tagespflege nutzen ganz wenige Leute. Also, weil da, denk ich, auch nicht ausreichend Plätze sind. Das ist eher selten. Also meistens sind die wirklich auf sich allein gestellt.“ (Z. 73-76)

Hier stellt sich bereits die Frage, ob dieser von der Ärztin empfundene Mangel an Angeboten für Demenzpatienten real ist oder ob ihr Kontakte und Verbindungen zu möglicherweise vorhandenen Einrichtungen fehlen.

In ihren weiteren Ausführungen wird deutlich, dass nicht nur die Angehörigen bei der Versorgung von Demenzpatienten auf sich allein gestellt sind, sondern dass auch Frau Dr. Flint sich in ihrer Hausarztrolle als

Einzelkämpferin sieht. Zunächst verweist sie immer wieder auf den Zeitmangel, der ihr kaum ermöglicht, ihre Patienten ausreichend zu versorgen, geschweige denn eine neue Diagnostik einzuführen (siehe oben), andererseits fühlt sie sich von Patienten und Angehörigen einem starken Erwartungsdruck ausgesetzt.

„Wir haben, also, auf der einen Seite zu wenig Zeit, auf der anderen Seite ist es so, dass die Patienten und auch die Angehörigen von uns als Praxis einfach erwarten, dass wir alles für sie geben.“ (Z. 90-91)

Dieser von der Ärztin empfundene Druck und der Mangel an Zeit lässt sie ziemlich pessimistisch in die Zukunft blicken. Sie ist der Meinung, dass sich ihre Situation durch die Alterung der Bevölkerung und den Mangel an hausärztlichen Kollegen eher noch verschärfen wird. Sie ist als junge Ärztin bereits heute an den Grenzen ihrer Kräfte angekommen. Eine weitere Zunahme der Belastung wird also nicht nur sie zur Erschöpfung bringen, sondern zwangsläufig eine Verschlechterung der Versorgung der Patienten nach sich ziehen. Folgende Zeilen lesen sich wie ein Hilfeschrei.

„Also, ich bin jetzt 42 und ich bin am Limit meiner Kräfte. Bei dem, was jetzt hier zu versorgen ist. Es werden nicht mehr Kollegen, eher weniger, die Patienten werden tendenziell älter. Das heißt, es kommen mehr Hausbesuchspatienten einfach auch dazu. Die Versorgung wird eher schlechter werden.“ (Z. 127-130)

Besonders „schwierige“ Patienten mit fortgeschrittener Demenz, die sich nicht helfen lassen wollen, sind ein Indikator für Frau Dr. Flints Resignation. Zunächst schildert sie die Situation, in die sie manchmal gerät, wenn sie bei Hausbesuchen auf solche Patienten trifft. Sie drückt klar aus, wie schwer es ihr fällt, an der Situation dieser Menschen nichts verbessern und nur zusehen zu können, wie diese verwahrlosen.

„Wenn wir Hausbesuche machen und wir sehen, dass es dreckig ist, dass sie überfordert sind mit der Haushaltsführung und dem, was rundrum ist. Und, Sie kommen aber einfach an die nicht ran. Weil die nichts zulassen. Und dann stehen wir dann da und können nichts tun.“ (Z. 131-135)

Dabei hat Frau Dr. Flint die Ausdauer und auch die guten Ideen, die es braucht, um solchen Patienten in deren Lage zu helfen. Zunächst besucht sie diese Menschen regelmäßig, was ein hoher zeitlicher Mehraufwand ist, und versucht im Gespräch Hilfe anzubieten. Weiterhin hat sie auch therapeutische Ideen, wie Massage oder Wellness, um ihren Patienten Gutes zu tun. Es scheint niemanden zu geben, der sie in ihren Bemühungen und Initiativen um solche Patienten bestärkt, wodurch sie sich im Folgenden resigniert äußert, dass das alles sowieso zu nichts führe.

„Nein, aber ich kann es ja initiieren und ich kann jedes Mal mit den Patienten darüber reden und ich kann auch sagen: Ich denke, Sie sollten Hilfe annehmen. Wenn die das aber verweigern können, wenn die also sowohl die Pflege verweigern als auch die Therapie verweigern. Also Therapie machen wir ja dann auch nur, also nicht sowas anstrengendes, wie ZNS-Krankengymnastik, sondern Massage, Wellness. Und das bringt's ja nicht.“ (Z. 141-145)

Des Weiteren gibt es eine andere Gruppe in Frau Dr. Flints Wahrnehmung, die sie selbst als isoliert darstellt: die Angehörigen. Die Angehörigen versuchen sehr lange mit der veränderten Lebenssituation eines Demenzkranken allein umzugehen, sodass die Ärztin sich manchmal genötigt fühlt, selbst die Initiative zu ergreifen und die Angehörigen gezielt um die Annahme von Hilfe zu bitten.

„Also, in der Regel ist es so, dass die Angehörigen das ganz ganz lange deckeln. Also auch so lange, dass ich mir manchmal mehr Sorgen mache um die Angehörigen als um die Patienten und eher auch mit den Angehörigen reden muss: Suchen Sie sich Hilfe.“ (Z. 150-152)

Der Grund für dieses lange Schweigen der Angehörigen bis kurz vor dem eigenen Zusammenbruch ist laut Frau Dr. Flint Scham. Die Angehörigen versuchen so lange wie möglich allein zurecht zu kommen, weil sie sich schämen, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen.

„Aber häufig ist es eben auch so, dass die pflegenden Personen eine ganz große Scham haben, Hilfe anzunehmen. Und also wirklich kommen, wenn's kurz vor dem Dekompensieren ist. Also, wenn die selber eigentlich nicht mehr können, dann kommen sie. Auch wenn wir vorher schon drüber gesprochen haben und ich habe ihnen auch gesagt: Sie müssen sich Hilfe suchen.“ (Z. 152-156)

Wenn die Demenzpatienten dann in ein Pflegeheim kommen, sieht die Versorgung in Frau Dr. Flints Augen zwar einigermaßen gut aus, da es einige Angebote an Ergotherapie oder Sport gibt und die Patienten sich dadurch zumindest in ihrer Symptomatik nicht verschlechtern, andererseits ist auch hier wieder ein Zeitmangel zu beklagen.

„Also erstmal sind sie völlig durcheinander, weil es einfach ein Umgebungswechsel ist. Und das ist ja was, was die sehr, sehr schwer verkraften. Und dann habe ich die Erfahrung gemacht, hier in dem Heim, durch die angebotene Ergotherapie und Sportgruppen, dass die zumindest halbwegs so gehalten werden. Wobei häufig eben Zeit fehlt, auch dort Zeit fehlt.“ (Z. 166-169)

Dieser Zeitmangel führt wiederum zu einer schlechten Versorgung und veranlasst manche Angehörige

sogar, Eigeninitiative zu ergreifen um ihr Familienmitglied individuell zu fördern, was folgende Schilderungen eindrucksvoll deutlich machen.

„Also, ich habe so eine Privatpatientin, da bezahlen die Angehörigen einmal in der Woche eine Ergotherapieschülerin, die einfach nur mit der Mutti spazieren geht, die macht nichts anderes, die geht nur mit ihr spazieren, weil die Laufen trainieren. Wenn die regelmäßig läuft, wird das Gangbild auch wieder flüssiger und sie kann alleine laufen. Wenn sie aber sitzt und nur zum Mittagessen aufsteht, also, zum Mittagessen runtergehen soll in den Speisesaal, dauert das so lange, für die Pfleger, dass sie in den Rollstuhl gesetzt wird und runtergefahren wird. Ja, also da ist im Alltäglichen, die bieten zwar Ergotherapie an und Sportgruppe, aber im Alltäglichen fehlt denen die Zeit, die die bräuchten, um eben die 5 Minuten länger, die die Frau oder der Mann braucht, um selbst zu gehen, nicht haben.“ (Z. 169-177)

Diese Schilderung lässt vermuten, dass ein Großteil der Heimbewohner schlecht versorgt ist, da sich die Wenigsten solch eine individuelle Betreuung leisten können oder wollen.

Zusammenfassend ist zu erkennen, dass Frau Dr. Flint als Einzelkämpferin isoliert ist und andere Gruppen, wie die Angehörigen oder die Demenzpatienten von ihr ebenfalls als isoliert wahrgenommen werden. Ärztliche Kollegen kommen in ihren Ausführungen in unterstützender Rolle nicht vor. Angebote von außen, wie Tagesstätten oder Pflegeeinrichtungen sind entweder nicht ausreichend vorhanden, ungenügend genutzt oder genauso überfordert und unter Zeitdruck wie die Ärztin selbst. Auf Lösungen oder Hilfsmöglichkeiten angesprochen, wünscht sich Frau Dr. Flint vor allem, dass Patienten mit gewissen Anliegen, die sie in ärztlicher Weise nicht betreffen, auch nicht mehr zu ihr kommen sollten. Es wäre z.B. gut, wenn es eine Anlaufstelle für organisatorische Dinge in der Pflege geben würde. Die Schilderungen der Ärztin bleiben jedoch sehr abstrakt.

„Also, es müsste so'ne Struktur geben im Sinne einer Selbsthilfegruppe oder so, wo man solche Dinge auch, ja so: Wie beantrage ich eine Pflegestufe? Ja? (...) Also irgendwie so'ne externe Beratungsstelle würde ich mir wünschen. Wo man es ganz groß anschreiben kann: Hier können Sie fragen!“ (Z. 91-98)

Im Weiteren fehlen nach Ansicht von Frau Dr. Flint Anlaufstellen für Menschen, deren Probleme im sozialen und nicht im gesundheitlichen Bereich liegen. Auch hier ist die Ärztin oft involviert, obwohl es sich eigentlich nicht um ihren Aufgabenbereich handelt.

„Das ist aber kein ärztliches Problem, das ist eher ein soziales Problem, darum kann ich mich nicht kümmern. Das fehlt, (...) jemand, der sich eben um die sozialen Probleme kümmert. Ja, weil wir eben

häufig auch gerufen werden und dann konfrontiert werden, dass wir Leute einweisen sollen, einfach aus sozialer Indikation. Und die Leute kommen grundsätzlich dann zurück, ja, weil die soziale Indikation inzwischen keine Indikation mehr ist für einen Krankenhausaufenthalt.“ (Z. 186-192)

Es wird deutlich, dass sich Frau Dr. Flint vor allem Entlastung wünscht, sie aber keine Option im Kontakt mit ihren Kollegen oder anderen Netzwerken sieht. Die Versorgungslücke im ländlichen Raum an Frau Dr. Flints Wunscheinrichtungen, wie Beratungsstellen, wird hier offensichtlich. Da diese Einrichtungen in naher Zukunft sicher nicht existieren werden, sondern die Belastung für Frau Dr. Flint eher noch zunehmen wird, befindet sich die Ärztin in einer prekären Lage. Es zeigt sich, dass es der Quereinsteigerin ohne Hilfe nicht gelungen ist, ein Netzwerk um sich herum aufzubauen. Ihr großes Engagement und der Wille, allen Anliegen der Patienten und der Angehörigen gerecht zu werden, stellen sie in der Einzelpraxis vor ein nicht enden wollendes Arbeitspensum. Erste Anzeichen von Resignation und Müdigkeit sind nicht zu leugnen. Frau Dr. Flint ist ein Helfer, der nun dringend selbst Hilfe benötigt.

3.2 Ergebnisdarstellung anhand des Kategoriensystems

Im Folgenden werden die induktiv gewonnenen Kategorien in Hinblick auf die Forschungsfragen vorgestellt und mit passenden Interviewausschnitten aus dem restlichen Sample ergänzt. Des Weiteren werden deduktiv generierte Kategorien aus den anderen Interviews hinzugefügt.

Die Hauptthemen, mit denen ich mich als Forschende auseinandergesetzt habe, sind das Erkennen von Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis (1), die therapeutischen Vorgehensweisen (2), die Aufgaben und das professionelle Selbstverständnis des Hausarztes bei dem Umgang mit Demenzpatienten (3) und die Versorgungssituation aus der Sicht der Hausärzte von Demenzpatienten in der ländlichen Region (4). Zu jedem dieser Hauptthemen wurden anhand des Materials Kategorien und Subkategorien entwickelt, die nun in den einzelnen Kapiteln erläutert werden sollen.

3.2.1 Erkennen von Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis

Eine zentrale Forschungsfrage dreht sich um die Thematik des Aufdeckens einer Demenz durch den Hausarzt, der dabei angewandten Vorgehensweise und den dabei benutzten Hilfsmitteln. Im besonderen Fokus stehen dabei die Möglichkeiten der Früherkennung einer Demenz und die Einstellung der Hausärzte gegenüber neu etablierten Screeningmethoden (a) und Leitlinien (c). Auch Wissensstand und Erfahrungen der Hausärzte über und mit Demenz fließen hier mit ein (b).

Tab.2: Erkennen von Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis

| | Kategorie | Subkategorie |
|----|-------------------------------------|--|
| a) | Früherkennung demenzieller Symptome | Pros einer Demenzfrüherkennung |
| | | Contras einer Demenzfrüherkennung |
| | | Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines Screenings |
| | | Frühstadium wird ohne besonderen Fokus nicht bemerkt |
| b) | Einsatz von Wissen und Erfahrung | Geplantes Vorgehen bei der Diagnosefindung |
| | | Verlaufsbeobachtung |
| | | Kranken-/Lebensgeschichte des Patienten |
| | | (Fremd-)Anamnese, Rolle der Angehörigen |
| c) | Leitlinien | Gute Orientierungshilfe |
| | | Finanzielle und strukturelle Hindernisse bei der Umsetzung |

a) Früherkennung demenzieller Symptome

Zusammenfassung

Die Etablierung und Durchführung eines Screenings zur Früherkennung demenzieller Symptome in der Hausarztpraxis hängt sehr von den persönlichen Einstellungen gegenüber und Erfahrungen der Hausärzte mit der Demenzerkrankung ab.

Auf der einen Seite stehen im geriatrischen Bereich sehr engagierte Hausärzte, sowie Ärzte der jüngeren Generation, die einem Screening gegenüber sehr aufgeschlossen sind bzw. es in ihrer Praxis bereits durchführen. Aus Gründen der Erhaltung der sozialen Kompetenz des Betroffenen und der Verlangsamung des Krankheitsverlaufs sowie auch aus einem wissenschaftlichen Interesse an der Epidemiologie der Demenz sehen diese Ärzte eine *Früherkennung* demenzieller Erkrankungen als *wichtig und sinnvoll* an. Sie haben auch die Erfahrung gemacht, dass die Patienten bei der richtigen Kommunikation des Testablaufs, der Gründe einer solchen Testung und möglicher Resultate gern an einem Screening teilnehmen, da sie sich in ihren Anliegen und als Patient ernst genommen fühlen.

Die Mehrheit der interviewten Ärzte steht Demenzscreeningtests *skeptisch* gegenüber. Sie nehmen ein möglicherweise positives Testresultat bei unzureichenden Therapieoptionen als wenig sinnstiftend wahr, da es den Patienten bei zumeist noch gut erhaltener Alltagskompetenz grundlos verunsichert und verängstigt. *Schwierigkeiten bei der Umsetzung* in der Praxis ergeben sich aus dem Zeitmangel und der daraus resultierenden Delegation der Tests an die Sprechstundenhelfer, unausgereiften Filterfestlegungen für das Patientengut und den ungenauen Bestimmungen zur Durchführung von Demenzscreeningtests. Hier scheint auch der finanzielle Anreiz durch die Abrechenbarkeit des GBA nicht zielführend zu sein. Zwar führt es dazu, dass das Screening in den Hausarztpraxen vermehrt durchgeführt wird. Allerdings folgt den Resultaten oft keine Konsequenz. Manchmal wird noch nicht einmal die Hirnleistung mit beurteilt und der Hausarzt ist ggf. nicht in die Testung und Auswertung der Tests involviert, da dies die MFA's übernehmen.

Jedenfalls scheint eine *Früherkennung von Demenz ohne besonderen Fokus* wegen der eingespielten Abläufe in der Hausarztpraxis *nur selten* zu erfolgen. Sowohl der Patient, der durch die immer wiederkehrende Routine der ärztlichen Konsultation auch fortgeschrittene Symptome einer Demenz noch gut überspielen kann, als auch der Arzt, der in den alltäglichen Abläufen seinen Fokus vor allem auf die aktuelle Behandlung legt, verhindern das „Aufmerksamwerden“ auf neu aufgetretene kognitive Einschränkungen des Patienten. Ohne ein gezieltes Screening fällt dem Hausarzt eine Demenz meistens erst auf, wenn die Symptome sich nicht mehr verbergen lassen bzw. die häusliche Situation des Patienten nicht mehr haltbar ist, also im fortgeschrittenen Stadium der Demenz.

Beschreibung der Subkategorien

Pros einer Demenzfrüherkennung

Wie oben bereits erwähnt, sind die Hausärzte einer Früherkennung von Demenz gegenüber sehr kontrovers eingestellt. Auf der einen Seite stehen die Ärzte, die ein Detektieren früher Demenzstadien durch Screeningmethoden als *sinnvoll* erachten. Hierbei werden verschiedene Gründe vorgelegt, die ausschlaggebend dafür sind, warum das Patientenwohl positiv durch eine frühe Erkennung von einer Demenzerkrankung beeinflusst werden kann.

„Damit wir den Leuten eben wirklich eher helfen können. Weil das merkt man, wenn man jemanden beizeiten behandelt, dass man dann auch Erfolge sieht. Also, zumindestens, dass man die Erkrankung aufhalten kann, ja? Also, dass das wieder wesentlich besser wird, hab ich nun noch gar nicht, also selten erlebt. Aber dass man zumindestens, dass es nicht fortschreitet, ja? Und dass so ganz kleine Erfolge wieder da sind, das erlebt man.“ (Dr. Gora, Interview #2, Z. 174-178)

Die Ärzte, die das GBA regelmäßig in ihrer Praxis durchführen, haben die Beobachtung gemacht, dass die Patienten durchaus aufgeschlossen für Früherkennungstests auf Demenz sind. Dabei ist es jedoch wichtig, dass der Hausarzt den Sinn und die Grenzen von Demenzscreeningtests gegenüber dem Patienten richtig kommuniziert. Die Erfahrungen der Allgemeinmediziner sind dann, dass sich die Patienten in ihren Fragen und Nöten ernst genommen fühlen und bereitwilliger an den Testungen teilnehmen.

„Die Patienten machen das eigentlich gerne. Also, wenn man ihnen sagt, ich gebe Ihnen mal so einen Fragebogen, setzen Sie sich nochmal ins Wartezimmer, füllen den aus, dann sind die eigentlich auch dankbar, weil sie das Gefühl haben, es kümmert sich einer um ihr Problem. Das bedrückt die ja auch.“ (Dr. Kalo, Interview #9, Z. 111-113)

Des Weiteren sind Hausärzte auch aus wissenschaftlichem Interesse einem Screening auf Demenz

gegenüber aufgeschlossen. Es könnten so epidemiologische Daten gewonnen werden, die die von vielen Allgemeinmediziner als hoch empfundene Dunkelziffer an Demenzerkrankten objektivieren würde. Dies hätte wiederum zur Folge, dass die Behandlung einer Demenz noch mehr in den Forschungsmittelpunkt gerückt werden würde. Es zeigt sich eine Offenheit vonseiten der Hausärzte, einen aktiven Beitrag zur Erforschung demenzieller Erkrankungen zu leisten.

„Wie viele Demenzkranke haben wir denn überhaupt? Und, wie dement sind die, leichte und schwere Formen oder gibt es auch viele Menschen, die jünger sind als 60, die schon eine Demenz haben. Das finde ich schon sinnvoll, dass man erst die Epidemiologie macht und dann vielleicht sagt: Ok, das ist so ein riesiges Problem, dass man vielleicht auch noch mehr in die Forschung investiert, ja? Also, ich find's sinnvoll, deshalb machen wir's ja auch.“ (Dr. Giese, Interview #6, Z. 142-147)

Die Motivation einen Demenzscreeningtest im Rahmen des GBA's durchzuführen liegt darin begründet, den Krankheitsverlauf durch eine frühzeitige Therapie zu verlangsamen und die soziale Kompetenz zu schützen. Außerdem führt ein solches Screening zu einer besseren Einordnung der Symptome für den Arzt und den Betroffenen gleichermaßen.

"Aber er (der Test) wird gut angenommen von den älteren Herrschaften, also, von den Patienten insgesamt und man kann wirklich viel daraus dann auch ableiten." (Dr. Bick, Interview #5, Z.48-49)

Das GBA wird in einigen Hausarztpraxen standardmäßig ab dem Alter von 70 Jahren bei allen Patienten durchgeführt. Andere Hausärzte, die solch einen Demenzscreeningtest befürworten, aber es nicht standardisiert durchführen, richten sich nach eigenen Kriterien, ab wann sie dieses durchführen möchten. Dazu zählen das Beobachten von Symptomen in der Praxis, die auf eine Demenz hindeuten können, wie z.B. ein Kurzzeitgedächtnisverlust, Veränderungen der Persönlichkeit (z.B. innere und äußere Unruhe, Überforderung, Aggression, Ängstlichkeit) oder Störung der Orientierung sowie Anfragen von Angehörigen, anderen nahen Bezugspersonen oder selten das direkte Hilfesuch des Betroffenen.

Contras einer Demenzfrüherkennung

Demgegenüber stehen die Hausärzte, die eine Früherkennung der Demenzerkrankung eher *ablehnen*. Auch hierfür werden verschiedene Gründe angeführt. Zunächst werden Demenzscreeningtests infrage gestellt, weil es für Demenz aktuell keine definitive Therapieoption gibt und es daher eher zu einer Verunsicherung oder sogar Verängstigung der Patienten führt.

Diese Allgemeinmediziner versetzen sich in die Lage des Patienten und begründen ihre Einstellung gegen ein Screening damit, dass auch sie nicht frühzeitig wissen wollten, dass sie später einmal an Demenz

erkranken. Sie sind der Meinung, dass man dem Patienten eher schadet als hilft, wenn man ihm eine Diagnose unterbreitet, die nicht heilbar ist. Ein solches Vorgehen ist in ihren Augen Angst einflößend und kommt der Vorhersage des eigenen Todestages gleich.

„Und ich bin mir nicht ganz sicher, wenn ich alle durchscanne und jedem Dritten sage: Sie haben möglicherweise eine frühe Form von Demenz, ob ich dann nicht mehr Schaden als Nutzen anrichte. (...) Das ist so, wie wenn ich, wie wenn ich 'ne Untersuchung ankurbeln würde, um jeden eines Tages sagen zu können, wann sein Todestag ist. Ja? Das ist doch genauso, oder? So ähnlich ist es, wenn ich sage: Oh, Sie werden mal möglicherweise 'ne dolle Demenz kriegen.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 163-165, Z. 167-170)

Andere Ärzte führen an, dass ein auffälliges Screening-Ergebnis Patienten oft sehr beschämt und daher bei der Durchführung sensibel vorgegangen werden muss. Im Extremfall führen die Erfahrungen, einen Patienten durch ein auffälliges Testergebnis zu stark zu verunsichern, dazu, prinzipiell keine frühzeitigen Testungen mehr zu veranlassen. Da der Patient in seinem alltäglichen Leben noch gut zurecht kommt und er an sich selbst keinerlei Veränderungen bemerkt hat, kann es ihn aus der Bahn werfen, wenn ihm beispielsweise das Zeichnen einer Uhr nicht gelingt. Für die Ärzte besteht an dieser Stelle wegen der gut erhaltenen Alltagskompetenz noch kein Grund, weiter diagnostisch oder therapeutisch tätig zu werden. Handlungsbedarf besteht erst in späteren Demenzstadien, wenn aufgrund der Erkrankung Probleme entstehen.

„Und der Patient selbst, sie waren dann ein bisschen beschämt und die waren konsterniert, so etwas, ein bisschen, ja, dass sie es (den Uhrentest) nicht hinkriegen und waren traurig. Aber das ist dann ein Stadium, wo man eigentlich auch therapeutisch noch nicht eingreift. Ich greif da zumindest noch nicht ein, also, das ist, denk ich mal, ist dann noch nicht so spruchreif. (...) Weil es ja auch sehr viele sind und das reicht nicht aus, um eine Demenz zu diagnostizieren. Und sie haben sonst alles andere noch gut hingekriegt. Also ihren Haushalt und den Garten und Autofahren und all ihre Aufgaben konnten sie gut bewältigen, aber dieser Test war eben auffällig. Und weil viele eben doch nicht so richtig damit klar kamen, habe ich es dann auch gelassen.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 58-65)

Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Screenings

Des Weiteren gibt es Zweifel an der Durchführbarkeit eines GBA. Viele Ärzte geben an, aus Zeitgründen eine solche generelle Testung nicht durchführen zu können. Oftmals werden die Tests dann an die MTAs delegiert, was aber von einigen Hausärzten als kritisch angesehen wird. Die Durchführung von Demenztests erfordere eine professionelle und sensible Kommunikation mit dem Patienten und sollte Teil der

geschützten Arzt-Patienten-Beziehung sein.

„Man kann das auch nicht immer an die Schwestern delegieren, weil es auch ein gewisses Arzt-Patienten-Vertrauen ist.“ (Dr. Gora, Interview #2, Z. 151-152)

Außerdem sehen einige Hausärzte das GBA in dem Sinne als noch nicht ausgereift an, weil es keinen guten Filter gibt. Aktuell kann ab dem 70. Lebensjahr eine Screeningtestung durchgeführt werden, aber das Alter erscheint als Filter unzureichend, da sich einige Demenzformen früher manifestieren. Die Patientengruppe sollte mit genaueren Parametern eingegrenzt werden.

„Vor allem, die Frage ist ja: Will ich denn den Personenkreis eingrenzen? Will ich alle ab 50 screenen? Es gibt ja Alzheimer-Demenzen richtig früh. Wenn ich alle ab 50 screenen würde, dann, weiß ich nicht. So, und alle Alten, ab welchem Alter? Wo liegt die Grenze? Ich weiß nicht, ob das den Nutzen bringt, halt, ja.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 172-174)

Es kommt noch dazu, dass dadurch, dass nicht konkret festgelegt ist, wie der Hausarzt ein Screening auf Demenz durchzuführen hat, oft nur einige Tests gemacht werden, um es abrechnen zu können, wobei teilweise gar nicht die Hirnleistung beurteilt wird. Hier zeigt sich Geld als falscher Anreiz, um eine qualitativ gute Arbeit zu ermöglichen. Es muss genauer festgelegt werden, wie ein Screening abzulaufen hat, weil sonst eine Demenz unentdeckt bleiben kann, selbst wenn verschiedene Tests durchgeführt wurden.

„Es müsste aber natürlich noch mehr praktisch im hausärztlichen Bereich festgelegt werden und EBM, dass man dann auch natürlich die Uhr und dass man eben Hirnleistung auch mit abfragt. Ja, es reicht nicht der Barthel-Index und die Mobilität. Ja? Denn wir wollen ja eigentlich grad die Demenz im Anfangsstadium haben.“ (Dr. Bick, Interview #5, Z. 161-165)

Frühstadium wird ohne besonderen Fokus nicht bemerkt

In einem Punkt sind sich jedoch alle Hausärzte einig, nämlich, dass die Demenz im Anfangsstadium ohne besonderen Fokus in der hausärztlichen Praxis nicht auffällt. Die Abläufe bei einem Praxisbesuch sind oft Routine und selbst in fortgeschrittenen Demenzstadien kann der Patient diese noch gut meistern.

„Ich als Arzt krieg das oft gar nicht mit, weil der Patient, der mich besucht, in der Praxis, ... nur in der Praxis einen eingeschränkten ... Bereich seines Lebens hat. Den er noch recht gut beherrscht. Es ist nicht sehr kompliziert. In die Praxis zu gehen, seine Medikamente zu verlangen, die er braucht, sich Blutdruck messen zu lassen, den Zucker bestimmen zu lassen, über's Wetter zu sprechen oder

allgemeine Gespräche zu führen, so, und dann wieder zu gehen. Ja? Das sind also ganz relativ einfache Abläufe, die ... auch bei einer fortgeschrittenen Demenz noch gut beherrscht werden und die nicht weiter auffallen.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 28-34)

Auch treten die Hausärzte mit einer bestimmten Absicht an den Patienten heran und somit kommt es auch von der ärztlichen Seite durch routinierte Behandlungsabläufe dazu, dass neu auftretende kognitive Einschränkungen nicht bemerkt werden.

„Na, wie gesagt: Oftmals ist es so, dass ich das gar nicht sofort merke, weil, ich sag mal, ich seh die Patienten ja oftmals nur in einem bestimmten Zielauftrag und das fragt man dann ab oder der Patient kommt, weil er in irgendeinem Programm ist und dann merkt man das mitunter gar nicht so.“ (Dr. Gora, Interview #2, Z. 27-29)

Es hängt auch von der Zeitspanne ab, in der Patienten einbestellt werden bzw. vorbeikommen und wie lange die Patienten bei dem Arzt schon in Behandlung sind. Sind die Zeitabstände zwischen den Konsultationen gering, dann fallen Veränderungen schon einmal eher auf. Bei langen Zeitabständen kann es jedoch sein, dass sich in der Zeit die zuerst unbemerkte Demenz so verschlechtert hat, dass es zu akuten Notfällen kommt.

„Ja, wenn man den länger nicht gesehen hat oder so, ja, ein Chroniker, der einmal im Quartal seine Tabletten holt, manche, die man länger nicht gesehen hat und die kommen dann und das eskaliert dann so ein bisschen. Das ist sehr, sehr aufwändig.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 195-197)

Es zeigt sich, dass eine Früherkennung von Demenz, wenn denn gewünscht, gezielte Untersuchungen auf Demenz benötigen, da die immer wiederkehrenden Behandlungsmuster in der Hausarztpraxis eine einfache Verhaltensanpassung vonseiten des Patienten ermöglichen, was wiederum dazu führt, dass der Arzt neu aufgetretene demenzielle Veränderungen beim Patienten nicht erkennen kann. Eine regelmäßige Verfolgung der Lebens- und Krankengeschichte des Patienten kann zwar dabei helfen, kognitive Einbußen eher aufzudecken, sie bietet aber keine Garantie und nicht selten kommt es zu häuslichen Notlagen des von Demenz Betroffenen, ohne dass der Hausarzt vorher eine Möglichkeit zur Aufdeckung der Demenz wahrnehmen konnte.

Kriterien, die letztlich den Hausarzt veranlassen, eine Untersuchung auf Demenz durchzuführen, sind zunächst Symptome, die sie selbst am Patienten bemerken. Dazu zählen vornehmlich kognitive Einschränkungen, wie Wortfindungsstörungen und andere Kommunikationsprobleme bei der tiefgründigeren Gesprächsgestaltung, Störungen der zeitlichen Orientierung und Amnesie als

Kurzzeitgedächtnisverlust, z.B. beim Merken neu verordneter Medikamente oder von Gesprächsinhalten aus der letzten oder gar aktuellen Konsultation. Des Weiteren führen Wesensveränderungen, z.B. in Form von aggressivem oder enthemmtem Verhalten, Selbst- oder Fremdgefährdung im häuslichen Bereich sowie die Vernachlässigung der Körperhygiene zum Demenzverdacht. Häufig sind es auch Angehörige oder das Pflegepersonal, das auf solche Symptome hinweist und dadurch den Arzt zu weiterführender Diagnostik veranlasst. Auch gibt es Hausärzte, die das GBA routinemäßig ab dem 70. Lebensjahr bei jedem Patienten in ihrer Praxis durchführen, wodurch auch Demenzerkrankungen aufgedeckt werden, die vorher symptomlos verliefen.

b) Einsatz von Wissen und Erfahrungen

Zusammenfassung

Bei der Erkennung von Demenz in der Hausarztpraxis spielen der Wissensstand und die Erfahrungen des Arztes eine besondere Rolle. Die Ärzte gehen *planvoll und differenziert bei der Diagnosefindung* vor und sind dabei offen für eine fachärztliche Beurteilung, in seltenen Fällen aus Zeitmangel oder fehlendem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten auch darauf angewiesen.

Wichtige Ressourcen eines Hausarztes sind die *Kenntnisse der Biographie des Patienten* und die Möglichkeit des Erhebens einer genauen Anamnese sowie Fremdanamnese. Dabei spielen die Angehörigen eine oft ausschlaggebende Rolle, da sie als Betroffene kognitive Veränderungen der Patienten als erste bemerken. Da der Hausarzt auch oft Familienarzt ist, dient er als direkter Ansprechpartner. Ein damit einhergehender Vorteil des Hausarztes ist die langjährige Begleitung seiner Patienten. Zu erkennen, dass sich Persönlichkeits- und geistige Strukturen eines Menschen mit der Zeit ggf. pathologisch verändern, ist ein besonderer Vorteil des Hausarztes.

Beschreibung der Subkategorien

Geplantes Vorgehen bei der Diagnosefindung

Alle interviewten Hausärzte haben aufgrund ihres Wissens über Demenzerkrankungen und ihrer Erfahrungen mit unterschiedlichen Verläufen, Ursachen und Testverfahren ebendieser Strategien entwickelt, wie sie eine Demenzdiagnostik in ihren Praxisalltag einfügen und damit kognitive Einschränkungen aufdecken. Egal, ob der Arzt eine Demenzfrüherkennung als wichtig erachtet oder nicht, besteht irgendwann die Notwendigkeit, beobachtete Veränderungen im Verhalten des Patienten zu objektivieren und zu dokumentieren. Die Umsetzung der Diagnostik einer Demenz variiert stark von Arzt zu Arzt, jedoch lässt sich bei allen ein *planvolles* und an den individuellen Praxisalltag angepasstes Vorgehen erkennen. Einige Hausärzte orientieren sich stark an den Leitlinien, indem sie zunächst gefährliche oder reversible Verläufe eines kognitiven Defizits ausschließen. Durch bildgebende Diagnostik und Paraklinik werden diese schnell behandlungsbedürftigen und abwendbaren Ursachen kognitiver Auffälligkeiten

ausgeschlossen.

„Ähm, wir machen dann so einen MMST-Test, das ist soweit der einfachste, der schönste (ja). Da sieht man ja immer schon mal, ob etwas stimmt oder nicht. Und dann mach ich in der Regel, von meiner Seite auch schon mal 'ne Diagnostik. Also, bildgebende Diagnostik Kopf. In der Regel CT. Auch ab und zu mal ein MRT. (...) Wenn es von daher unklar bleibt, also, wenn es eher nicht in Richtung vaskuläre Demenz geht, sondern es völlig unklar ist, schick ich sie schon mal zum Neurologen auch.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 37-45)

Andere Allgemeinmediziner führen vorrangig Demenztests durch und überweisen dann bei Auffälligkeiten zum Neurologen. Beliebte geriatrische Tests, die sich gut in den Praxisalltag einfügen und oft genannt werden, sind der Uhrentest und der MMST, weniger häufig der DemTec. Von diesen oftmals beschriebenen Vorgehensweisen ausgehend gibt es auch extreme Abweichungen in beide Richtungen. Einerseits finden sich Hausärzte, die gar keine Diagnostik betreiben, sondern bei Verdacht auf Demenz direkt zum Neurologen überweisen und dann dem spezialisierten Facharzt das weitere Prozedere überlassen. Andererseits trifft man auch Hausärzte, die nach einer allgemeinen Diagnostik die Befundung ausweiten, nach speziellen Ursachen der Demenz forschen und beispielsweise bei Verdacht auf vaskuläre Demenz eine Risikostratifizierung durchführen, die Karotiden beurteilen lassen, ein 24-h-EKG zur Herzrhythmuskontrolle anordnen und die Blutfettwerte bestimmen.

Jedenfalls versuchen alle Hausärzte, wenn möglich, die Expertise eines Neurologen oder eines Psychiaters zu nutzen. Hierfür gibt es verschiedene Motivationen. Einerseits wollen die Hausärzte ihre Verdachtsdiagnose von einem spezialisierten Facharzt bestätigt wissen. Falls die Hausärzte keine Diagnose treffen können, erhoffen sie sich von dem Facharzt möglicherweise eine Aufklärung der kognitiven Defizite. Andererseits gibt es aber auch die oben erwähnte Vorgehensweise, bei dem Verdacht auf eine Demenz aus Zeitmangel oder unzureichendem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten eine Demenz zu erkennen und zu behandeln, von Anfang an die Patienten an den Facharzt zu überweisen und ihm das weitere Vorgehen zu überlassen.

„Den Test mache ich eigentlich selten. Weil ich (...), ja, warum mach ich den selten, den Test?(...) Es geht ja auch um die Diagnose Alzheimer mit, ja, dass man die gleich mit stellt. Die traue ich mir eigentlich nicht so zu. Da gibt es die Multiinfarktdemenz, da gibt es die Alzheimerdemenz. Ich könnte vielleicht jetzt eine Demenz feststellen und die Einordnung, naja, das könnte ich mir denken, vielleicht, ja, aber das will ich nicht und das soll der Psychiater einordnen.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 106-110)

Ein wichtiger Punkt dabei scheint auch die Abgabe der Medikamentenverschreibung und der

Verlaufskontrolle der Wirksamkeit der Medikamente an den Facharzt zu sein. Die Medikamente gegen Demenz sind teuer und die Wirksamkeit sollte daher regelmäßig kontrolliert und dokumentiert werden. Dies schreckt die Hausärzte gleich doppelt ab, denn einerseits sehen sie die Gefahr in einen Regress durch die erhöhte finanzielle Belastung des Budgets zu geraten, andererseits erhöht sich der Arbeitsaufwand durch die Notwendigkeit der Erfolgskontrolle der medikamentösen Therapie.

„Vor allem wenn der Psychiater jetzt die Diagnose gestellt hat, dann habe ich auch den Krankenkassen gegenüber eine andere Position, wenn ich jetzt diese Medikamente verordne. Weil die auch teuer sind, ja, und, wenn ich die einfach aus eigenem Antrieb heraus verordnen würde, jetzt, und ich würde in einen Regress kommen, deswegen, hätte ich vielleicht Probleme, das dann zu begründen dann, ja? Wenn der Psychiater sie aber eingestellt hat und auch die Patienten überwacht, hab ich das Problem nicht.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 110-115)

Da es in der ländlichen Region, in der alle Hausärzte des Samples praktizieren, oft schwierig ist, zeitnah einen Termin bei einem Neurologen oder Psychiater zu erhalten, beginnen jedoch auch viele Hausärzte nach der entsprechenden Diagnostik eigenständig mit einer Therapie. Auch wenn sie sich eine andere fachärztliche Mitbeurteilung des betreffenden Patienten wünschen würden, ist das in der Realität nicht immer umsetzbar.

„Es ist natürlich hier auch ein bisschen knapp mit ärztlichen Kollegen, dann fang ich an zu therapieren. Wenn ich der Meinung bin, dass es jetzt doch auch im Verlauf schlechter geworden ist, man sieht die ja häufiger, die Patienten, auch die Angehörigen kommen, dann fangen wir medikamentös an zu therapieren.“ (Dr. Bick, Interview #5, Z. 60-63)

Verlaufsbeobachtung

In diesem Zitat klingt bereits die *Verlaufsbeobachtung* des Patienten durch den Hausarzt an. Die Therapie beginnt, wenn sich der Patient im Verlauf mit seinen Symptomen verschlechtert hat. Die langjährige Begleitung des Patienten durch den Hausarzt erweist sich hier einmal mehr als vorteilhaft und im Besonderen als wichtig, um neu auftretende, kognitive Veränderungen bei einem Patienten festzustellen. Des Weiteren erlangt der Allgemeinarzt durch Hausbesuche Einblicke in das persönliche Umfeld des Patienten und kann aus den äußeren Lebensumständen auf sich verändernde innere Prozesse des Patienten schließen.

„Oft kenne ich die Patienten auch vom Hausbesuch, dass ich schauen kann: Wie ist die Wohnung eingerichtet? Ist sie sauber, ist die Küche ordentlich oder ist alles durcheinander? Also da kann man

schon ganz viele Schlüsse ziehen. Und versuche auch die Familie mit einzubeziehen, dass ich also die Ehepartner und die Kinder oder die Nachbarn, die kenne ich ja meistens irgendwie schon auch mit, und die frage ich dann: Ist Ihnen etwas aufgefallen? Oft kommen die auch und sagen: Die Oma ist nicht mehr ganz wie sie mal war. Also, die Anamnese ist ganz wichtig, auch die Fremdanamnese und dann die Testverfahren sind meistens ergänzend.“ (Dr. Giese, Interview #6, Z. 41-47)

(Fremd-)Anamnese, Rolle der Angehörigen

Bei vielen Hausärzten klingt an, dass die *Fremdanamnese*, besonders über *Angehörige*, entscheidend zum Erkennen kognitiver Einschränkungen beiträgt. Oft sind es auch die Angehörigen selbst, die das Gespräch mit dem Hausarzt suchen, da sie auf Verhaltensänderungen aufmerksam geworden sind. Es zeigt sich, dass der Hausarzt von der Nähe zu den Angehörigen bei der Gewinnung wichtiger Informationen über seine Patienten profitiert. Die Kenntnis des familiären Umfelds und die Beziehung zu den Angehörigen des Patienten sind wichtige Ressourcen des Hausarztes, die ihn oft zuerst auf kognitive Veränderungen seiner Patienten hinweisen.

„Sodass in der Regel die Angehörigen es sind, die dann doch merken, dass er zum Beispiel Probleme hat, sein Geld abzuheben. Oder dass er nicht mehr weiß, was für ein Tag ist. Ja, solche Sachen, das Gedächtnis. Dann meistens kommen die Angehörigen und berichten mir dann über diese Auffälligkeiten.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 34-37)

Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten

Ein weiterer wichtiger Punkt, der den Hausärzten hilft, kognitive Veränderungen ihrer Patienten wahrzunehmen und richtig einzuordnen, ist die *Kenntnis derer Krankheits- und Lebensgeschichte*. Die Allgemeinmediziner haben einen reichen Erfahrungsschatz gesammelt und kennen ihre Patienten über Jahre. Sie wissen, wie ihre Patienten gelebt haben, welche psychischen und physischen Besonderheiten sie über Jahre begleiten und wie das persönliche Lebensumfeld gestaltet ist. Daher können sie einschätzen, was die Ursache von neu auftretenden kognitiven Defiziten bei ihren Patienten sein könnte.

„Das ist ja der Vorteil einer Hausarztpraxis. Dadurch, dass man die Patienten regelmäßig sieht oder manchmal auch in größeren Abständen, merkt man, wenn die sich verändern. Meistens, wenn die also mehrfach nach der Medikation fragen, ja. Man hat's dreimal besprochen, die gehen raus, kommen wieder rein. Dann denkt man so, so war der doch früher nicht. Und dass die, also, ich hab's schon gehabt vor allem bei den Älteren, dass die stimmungslabiler werden. Wenn die auf einmal zum Beispiel grundlos zunehmend aggressiver und bissiger werden und so. Man hakt dann nach.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 16-22)

Es zeigt sich, dass der Hausarzt über einen Erfahrungs- und Wissensschatz verfügt, der bei der Erkennung von demenziellen Veränderungen von großer Bedeutung ist. Einerseits besteht durch den täglichen Umgang mit Demenzerkrankten bereits eine gewisse professionelle Routine in der Diagnostik, wobei mehr oder weniger fachärztliche Hilfe beansprucht wird. Besonders hervorzuheben sind jedoch die engen persönlichen Kontakte mit Patienten und deren Angehörigen, die daraus resultierenden Biographiekennntnisse und die Beobachtung des Patienten über viele Jahre, die für das Erfassen von schleichenden pathologischen Prozessen, wie Demenz, wertvolle Ressourcen darstellen.

c) Leitlinien

Zusammenfassung

Es stellte sich weiterhin die Frage, inwieweit die Hausärzte die DEGAM-Leitlinie (siehe Einführung S. 3) nutzen und ob es sich in ihren Augen als sinnvolles Instrument zur Erkennung und Therapie einer Demenz eignet. Die meistens Ärzte des Samples empfinden die DEGAM-Leitlinie durchaus als gutes Hilfsmittel, angepasst an die örtlichen Gegebenheiten. Besonders beim diagnostischen Vorgehen leistet sie gute Dienste. Es zeigen sich im ländlichen hausärztlichen Bereich allerdings strukturelle und finanzielle Grenzen, so dass es den Ärzten nicht immer möglich ist, Diagnostik und Therapie laut der Leitlinie durchzuführen.

Beschreibung der Subkategorien

Gute Orientierungshilfe

Die meisten interviewten Hausärzte empfinden die DEGAM-Leitlinie als praxisnah und gut umsetzbar. Allerdings müssen sie die Vorgaben der Leitlinie an die Strukturen vor Ort anpassen und dabei ihren eigenen Weg bei der praktischen Umsetzung finden. Dabei können sich die Allgemeinmediziner insoweit an den Leitlinien orientieren, dass diese einen guten Mittelweg vorgeben, den man nicht zu sehr in beide Extreme strapazieren sollte. Es ist nicht vorteilhaft, sehr viel mehr zu leisten, als die Leitlinien fordern, da die Gefahr besteht in einen Regress zu geraten, andererseits sollte man aber auch nicht zu wenig der Behandlungsvorschläge umsetzen. An die örtlichen Gegebenheiten angepasst und gegebenenfalls etwas abgewandelt, bieten die Leitlinien dem Hausarzt einen guten Richtungsweiser für ein professionelles Vorgehen.

„Naja, Leitlinienmedizin, das ist oft ein bisschen an den Verhältnissen vor Ort vorbei. Also, ich sage mal, über die Leitlinien heraus zu therapieren ist nicht so gut, weil wir dann eben angreifbar sind und dann kommt sehr schnell auch ein Regress, dass wir Geld dort reinbezahlen. Aber sich auch strikt an die Leitlinie zu halten, also, auch Angst zu haben darunter zu bleiben, das ist auch ein großes Problem, hab ich eigentlich nicht. Also, man muss das schon an die Gegebenheiten anpassen. Und ich hab das bis jetzt auch immer straflos so gemacht.“ (Dr. Kalo, Interview #9, Z. 131-136)

Gerade was die Diagnostik anbelangt, ist die DEGAM-Leitlinie ein gutes Hilfsmittel. Es kann schwierig sein, eine Demenz von anderen Krankheiten, die mit kognitiven Veränderungen einhergehen, zu unterscheiden. Daher empfinden es die Hausärzte als hilfreich, sich in solchen Fragen, die nicht unbedingt in ihre Behandlungsroutine fallen, an die Leitlinien zu halten und so die richtige Diagnose zu stellen. Diese Art von Hilfestellung durch die Leitlinie schätzen die Hausärzte wert.

„Die Leitlinien sind 'ne feine Sache, man kann sich daran langhangeln. Es hilft auch gerade bei der Diagnostik, wenn man die wirklich durchzieht, dann hilft es auch Leute herauszufinden, die gar nicht das haben, was da drinsteht. Ja, also das halte ich schon für wertvoll.“ (Dr. Meyer, Interview #4, Z. 152-154)

Finanzielle und strukturelle Hindernisse bei der Umsetzung

Allerdings werden auch kritische Stimmen laut. Es gibt wegen struktureller und finanzieller Grenzen oft nicht die Möglichkeit, die Leitlinien auf alle Patienten mit kognitiven Auffälligkeiten anzuwenden. Beispielsweise ist es oft schwierig für den Hausarzt in seinem Aktionsbereich schnell eine bildgebende Diagnostik zu erhalten, da es zu wenig Kapazitäten in den umliegenden Krankenhäusern oder Praxen gibt. Auch besteht das Problem der finanziellen Umsetzung der laut Leitlinie gewünschten Therapiemöglichkeiten, wie z.B. einer Ergotherapie. Einige Hausärzte sind der Meinung, dass die Krankenkassen ein konsequentes Umsetzen der Leitlinien gar nicht tolerieren würden, da bei der großen Anzahl der Patienten, die theoretisch einen Anspruch auf diese Art von Therapie hätten, das finanzielle Limit schnell erreicht wäre.

„Ähm, ich hab 'nen Budget, das liegt bei den schwerst neurologischen Erkrankten bei mir jetzt bei 350% überm Soll. Ich kann jetzt nicht jedem Demenzpatienten auch noch 'ne Ergo zukommen lassen. Das nächste, da würden mir die Kassen ...(ja), das ist das eigentliche.“ (Dr. Meyer, Interview #4, Z.85-87)

Auch sei für demenzielle Veränderungen schwierig, eine Leitlinie zu erstellen, da sich das Krankheitsbild sehr individuell darstellt und daher nicht die gewünschte, konkrete Vorgehensweise zur Behandlung einer Demenz dargestellt werden kann. Jeder Demenzpatient wird von den Hausärzten als anders empfunden und es sei schwierig, in diesem Fall eine allgemeingültige Leitlinie zu verfassen.

„Ja, die DEGAM-Leitlinie ist sicher noch die beste. Aber ist ja trotzdem sehr schwammig, ja? Wie Leitlinien das nun mal so an sich haben. Im Ausnahmefall geht auch das, so ungefähr, ja? Also, es ist,

es ist, man kann in diesen Fällen keine konkrete Leitlinie erstellen. Es ist immer das Ziel, das zu machen und in irgendwelche Bahnen zu lenken. Jeder ist anders.“ (Dr. Schnabel, Interview #3, Z. 212-215)

Es zeigt sich, dass Leitlinien durchaus eine gute Hilfestellung für die Allgemeinmediziner geben, sich jedoch auch Grenzen in der praktischen Umsetzung zeigen, sei es durch finanzielle oder örtliche Gegebenheiten oder auch durch das Krankheitsbild der Demenz an sich, das sich nicht immer in die Bahnen einer Leitlinie lenken lässt.

3.2.2 Therapie

Ein weiteres wichtiges Thema und ein Unterpunkt der Forschungsfrage ist das therapeutische Vorgehen der Hausärzte nach den diagnostischen Abläufen und dem Erkennen der Demenzerkrankung. Zu den genannten und hier besonders hervorgehobenen Therapieoptionen der Hausärzte gehören die medikamentöse Behandlung mit Antidementiva und Beruhigungsmedikamenten sowie nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Förderung von Demenzerkrankten, wie beispielsweise Physio- oder Ergotherapie.

Tab.3: Therapie von Demenzerkrankungen in der Hausarztpraxis

| Kategorie | Subkategorie |
|------------------|---|
| Therapieoptionen | Antidementiva |
| | Beruhigungsmedikation |
| | Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Förderung von Demenzerkrankten |

Therapieoptionen

Zusammenfassung

Der Einsatz von *Antidementiva* wird von den meisten Ärzten als wenig hilfreich, aufwändig und kostenintensiv angesehen. Da es jedoch in den Leitlinien empfohlen wird, lassen sich einige Allgemeinmediziner zumindest auf einen Therapieversuch ein oder führen die Therapieempfehlung des Neurologen fort. Es gibt aber auch Hausärzte, die den Gebrauch von Antidementia als sinnvoll betrachten, besonders weil dabei gegebenenfalls eine Verzögerung des Fortschreitens eines persönlichen und sozialen Verfalls erreicht werden kann. Der Krankheitsverlauf an sich wird somit positiv beeinflusst, vor allem, wenn die Medikamente im Frühstadium der Demenz verordnet werden. Mit der Verschreibung von *Beruhigungsmedikamenten* zur Beherrschung der Symptome einer Demenz, beispielsweise Unruhe oder Aggression, haben Hausärzte eher schlechte Erfahrungen gemacht, da diese Medikamente im Alter eine

paradoxe Wirkung zeigen können und somit die Symptomatik eventuell noch verschlechtern. In Einzelfällen kommen sie aber als Off-Label-Use zum Beispiel als Einschlafmedikation zum Einsatz.

Bei der Verordnung von *unterstützenden therapeutischen Maßnahmen* haben die Hausärzte freie Handhabe und entscheiden je nach Situation, wodurch der Patient noch profitieren kann. Allerdings zeigt sich oft eine halbherzige und unprofessionelle Umsetzung der Verschreibung von Physio- oder Ergotherapie, mangels engagiertem, ausgebildetem Personal und bedingt durch unzureichende Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz.

Beschreibung der Subkategorien

Antidementiva

Der Einsatz von *Antidementiva* wird von den meisten Hausärzten als kritisch angesehen, da der therapeutische Erfolg in vielen Fällen ausbleibt. Einige Allgemeinmediziner verzeichnen aber auch Erfolge bei der Anwendung der Medikation. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass durch die Medikamente im Frühstadium der soziale und körperliche Verfall hinausgezögert werden kann. Deshalb sollte diese Therapiemöglichkeit im Rahmen der Früherkennung einer Demenz versucht werden, da sie den weiteren Lebens- und Leidensweg des Patienten positiv beeinflussen kann.

„Die Behandlung mit Medikamenten ist sowieso nicht so sicher, manche scheinen etwas zu profitieren davon, allgemein sagt man ja wohl, dass man die Symptomatik wohl ein halbes Jahr rausschieben kann, ja.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 79-81)

In den meisten Fällen verschreiben die Hausärzte Antidementiva noch eher zögerlich und nicht flächendeckend bei jedem Patienten mit neu auftretenden kognitiven Defiziten, obwohl sie diese Art von Therapie nicht grundsätzlich ablehnen. Ursachen, warum Hausärzte der Behandlung mit Antidementiva zwiespältig gegenüberstehen, liegen in der relativen Kostenintensität der Wirkstoffe und in dem Aufwand, der mit der Kontrolle der Wirksamkeit der Medikamente zusammenhängt. Ein weiterer Grund der Unentschlossenheit gegenüber einer konsequenten Therapie mit Antidementiva ist die unzureichende Erfahrung der Ärzte auf diesem Gebiet und das damit verbundene mangelnde Selbstbewusstsein auf diese Weise zu therapieren.

„Man ist sicherlich auch immer noch sehr zurückhaltend, auch mit der medikamentösen Therapie, dass man sich das auch manchmal nicht eher traut zu machen, ja? Das würde sicherlich auch was bringen.“ (Dr. Gora, Interview #2, Z. 186-188)

Andere Ärzte sind schlichtweg von der Wirkung der Medikamente nicht überzeugt. Aus eigener Erfahrung

können sie berichten, dass sie bei keinem Demenzpatienten eine Verbesserung durch diese Art von Therapie beobachten konnten. Ihre Meinung bestärken sie durch den Verweis auf entsprechende Studien, die nur eine Nichtunterlegenheit im Vergleich zu keiner Therapie mit Antidementiva postulieren oder Expertenmeinungen, die sie zu diesem Thema eingeholt haben. Wenn der Neurologe eine medikamentöse Therapie gegen Demenz ansetzt, führen die Hausärzte die Medikation weiter fort, doch auch hier wurde oft beobachtet, dass die Antidementiva wegen unzureichender Wirkung durch die Fachärzte wieder abgesetzt werden.

„Ich habe mit vielen Leuten gesprochen, mit welchen, die auch wirklich mitten in der Szene sind, ich halte die für Schwachsinn! Ja? Also, wenn man sich die Studien, die Originalstudien zum Teil anguckt und mal von echten Pharmakologen die Kritiken da. Man muss sich überlegen, eine Nichtunterlegenheitsstudie. Das heißt also, man konnte nur beweisen, dass mit den Medikamenten nicht mehr Schaden passiert als ohne. (...) Bei den älteren Demenzen halte ich es ehrlich gesagt, weil, sie sind ja auch sehr, sehr teuer, für rausgeschmissenes Geld. (...) Überzeugend ist es für mich nicht, die Zahlen dazu.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 128-140)

Eine kategorische Ablehnung der Antidementiva kann aber auch zu einem Gewissenskonflikt führen. Die Medikamente werden in den Leitlinien empfohlen und die Fachärzte ordnen sie in den meisten Fällen bei den betroffenen Patienten an. Es besteht also die Daseinsberechtigung einer Therapie, die zwar noch nicht ausgereift ist, allerdings mangels Alternativen aktuell die einzige Möglichkeit einer Behandlung der Ursachen der Demenz darstellt. Die Hausärzte reflektieren sich in ihrem Handeln. Es fällt ihnen schwer, eine Therapie durchzuführen, an deren Wirkung sie zweifeln, doch sie sind sich auch ihrer Rolle als Berater des Patienten bewusst. Es ist ausschlaggebend für den weiteren Weg des Patienten, wenn der Hausarzt eine Therapie empfiehlt oder verweigert, denn eine Verlangsamung des Krankheitsverlaufs durch die Medikamente ist in manchen Fällen zu beobachten, auch wenn der durchschlagende Erfolg nicht eintritt. Diese Verantwortung kann den Allgemeinmediziner in eine Zwickmühle bringen.

„Es ist auch eine hundeteure Therapie und man ist immer in der Diskrepanz: Verweigert man es dem Patienten? Empfiehlt man es gar nicht erst? Sagt man von vornherein, ich glaube an den Kram nicht? Oder, wie ist es, ja? Das ist so die Zwickmühle, ja?“ (Dr. Schnabel, Interview #3, Z. 97-99)

Bei anderen Therapiemöglichkeiten zur Unterstützung der Selbstständigkeit entscheiden die Hausärzte individuell, wie der Patient am besten gefördert werden kann. Die Kenntnis des Patienten und der Demenzform erleichtern hierbei das Vorgehen. Das Spektrum reicht von der Verordnung von Physio- oder

Ergotherapie über Phytotherapie bis hin zum Off-Label-Use anderer Medikamente, beispielsweise ein Neuroleptikum zum ruhigeren Schlafen.

Beruhigungsmedikation

Die Anwendung von beruhigenden Medikamenten bei Demenz, wie Benzodiazepinen oder Neuroleptika, wird aber von vielen Hausärzten als durchaus kritisch gesehen, da die Patienten unter deren Einfluss oft paradoxe Verhaltensweisen zeigen, also in ihrem Antrieb eher gesteigert als gehemmt werden. Es kann ein Delir ausgelöst werden, das selbst unter stationärer psychiatrischer Behandlung schwer zu behandeln ist. Daher ist äußerste Vorsicht bei der Anwendung solcher Medikamente bei alten und dementen Menschen geboten.

„Weil die beruhigenden Medikamente, die man sonst geben würde, im Alter oft paradox wirken. Ja, also Faustan, also Diazepam, also Benzodiazepine wirken oft paradox und Neuroleptika auch, sodass man anstatt einer beruhigenden, eine antreibende Wirkung noch hat. Und selbst in der Gerontopsychiatrie kommt es vor, dass die Leute nicht mehr auf die Reihe gekriegt werden und dann bleiben die manchmal dann dort, ja, bis zum Ende ihres Lebens.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 212-216)

Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Förderung von Demenzerkrankten

Maßnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit, wie Ergo- oder Physiotherapie, können bei Bedarf problemlos durch den Hausarzt verordnet werden. Dabei ist natürlich ausschlaggebend, inwieweit der Patient davon profitiert oder nicht.

„Wer's braucht, wo ich wirklich noch Chancen sehe, kriegt's. Keine Frage. Aber bei vaskulären Demenzen, wo das Gehirn aussieht wie ein Schweizer Käse, ist die Frage: Warum muss ich da jetzt noch 'ne Ergo machen? Wie viel ärgere ich den Patienten damit und wie viel kommt wirklich raus für den?“ (Dr. Meyer, Interview #4, Z. 97-100)

Allerdings besteht das Problem hier eher bei der Umsetzung der Verordnungen. Dadurch, dass gut ausgebildetes Personal nicht ausreichend vorhanden ist, wird beispielsweise eine verordnete Physiotherapie bei Demenzpatienten eher halbherzig angewendet, während in anderen Bereichen bereits gut etablierte Strukturen zur Förderung von Behinderten bestehen. Auch werden manchmal, da nicht genügend Ergotherapeuten vorhanden sind, mehrere Patienten gleichzeitig in einer Gruppe betreut, obwohl eine individuelle Behandlung geplant war. Maßnahmen, die den Patienten basal stimulieren könnten, wie ein Vollbad, Schwimmen oder einfach Spazierengehen, sind im Alltag aus Zeitmangel nicht durchführbar. Von Demenz Betroffene sind nicht Teil anderer organisierter Versorgungssysteme und werden daher oft in ihrer

Förderung vernachlässigt.

„Also, oder die Physiotherapie, wenn jemand Kontrakturen hat, weil er im Rollstuhl sitzt, die macht ein bisschen die Arme und das war's dann. Es ist alles so halbherzig. Ja, wenn ich sehe, was für Behinderte gemacht wird, schwere körperlich und geistig Behinderte, die kriegen oft 'ne sehr, sehr gute Versorgung, aber für die Demenzkranken, die im Prinzip auch schwer geistig behindert sind, wird es nicht gemacht.“ (Dr. Giese, Interview #6, Z. 115-118)

Es zeigt sich, dass sich die Therapieoptionen bei Menschen mit Demenz noch in einem Entwicklungsprozess befinden. Besonders die Antidementia unterliegen bei den Hausärzten einem kontroversen Diskussionsprozess, wobei das Meinungsspektrum von völliger Ablehnung bis Aufgeschlossenheit reicht. Die Förderung und Stimulation noch vorhandener Fähigkeiten und Sinne der Demenzpatienten geschieht in der Praxis oft noch unzureichend, da es noch keine etablierten und professionellen Versorgungswege für Demenzerkrankte gibt, wie es beispielsweise bei anderen Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung der Fall ist.

3.2.3 Aufgaben des Hausarztes / professionelles Selbstverständnis

Bei einer weiteren zentralen Forschungsfrage ging es um die Aufgaben, die sich der Hausarzt bei der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken selbst stellt. Es zeigte sich, dass die Aufgaben, die sich der Hausarzt selbst zuschreibt, eng mit seinem professionellen Selbstverständnis verknüpft sind. Als professionelles Selbstverständnis wird in diesem Rahmen der Anspruch des Hausarztes definiert, dem er als guter Arzt gerecht werden will und die Rolle, in der er sich gegenüber seinen Patienten sieht. In diesem Kapitel wird auf die Kompetenzbereiche und -grenzen der Hausärzte eingegangen (a), das Selbstverständnis der Ärzte als Heiler und Versorger genauer erläutert (b) und die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen als gleichermaßen Betroffene als wichtige hausärztliche Aufgabe (c) beleuchtet.

Tab.4: professionelles Selbstverständnis/Aufgaben des Hausarztes

| | Kategorie – Rolle des Hausarztes | Subkategorie - Rollen Aspekte |
|----|----------------------------------|---|
| a) | Medizinischer Experte | Fachmann sein, Fachmann werden |
| | | Nicht Spezialist, sondern generalistischer Facharzt |
| | | Vernetzung mit fachärztlichen Kollegen |
| b) | Heiler und Versorger | Übergang von "curing" zu "caring" |
| c) | Vermittler | Gespräch mit Patient |
| | | Gespräch mit Angehörigen |

a) Medizinischer Experte

Zusammenfassung

Je nachdem, wie fachlich kompetent sich der Hausarzt auf dem Gebiet der Demenzerkrankungen einschätzt, übernimmt er mehr oder weniger die Behandlung und Betreuung von Demenzpatienten. Hier ist die Spannweite groß zwischen sehr engagierten und geriatrisch weitergebildeten Hausärzten, die für ihre von Demenz betroffenen Patienten ohne Weiteres Verantwortung übernehmen und solchen Ärzten, die das Erkrankungsbild der Demenz als zu umfangreich für ihren allgemeinärztlichen Aufgabenbereich empfinden. Oft gelingt aber in diesem Fall eine Zusammenarbeit mit den neurologischen und psychiatrischen Fachärzten, wobei eine gute Vernetzung mit diesen Kollegen als wichtige Kompetenz gewertet wird. Auch besteht vonseiten einiger Hausärzte die Motivation, aufgrund der zunehmenden Relevanz der Demenz in ihren Praxen eine geriatrische Weiterbildung anzustreben.

Beschreibung der Subkategorien

Fachmann sein – Fachmann werden

Es ist naheliegend, dass der Arzt mehr Aufgaben bei der Betreuung und Behandlung von Demenzkranken übernimmt, je mehr er seinen Fähigkeiten auf diesem Gebiet vertraut. Wie oben bereits erläutert, gehen die meisten Hausärzte planvoll bei der Diagnostik vor und trauen sich auch eine therapeutische Behandlung, z.B. mit Antidementiva, zu. Besonders eindrücklich zeigt sich dieses *eigenständige Handeln* bei den Hausärzten, die sich im geriatrischen Bereich besonders engagieren oder auch schon langjährige Erfahrung im Bereich der Allgemeinmedizin gesammelt haben (siehe Fallbericht Dr. Schnabel und Dr. Bick). Bei anderen Ärzten sieht man die Bereitschaft, im Bereich der Geriatrie weitere *fachliche Kompetenzen zu erwerben* und so einer adäquaten Behandlung der alternden Bevölkerung gerecht zu werden. Die Möglichkeit einer geriatrischen Zusatzausbildung wird von ihnen in Erwägung gezogen, nicht zuletzt, weil aufgrund der von Ihnen beobachteten demographischen Entwicklung die hochaltrigen Patienten immer mehr in den Fokus der ländlich praktizierenden Allgemeinmediziner rücken werden und sich die Hausärzte eine angepasste und gute Versorgung dieser Patientengruppe wünschen.

„Ich könnte mir das noch intensiver vorstellen, ich überlege auch, ob ich noch diese Zusatzausbildung zur geriatrischen Grundversorgung mache, die es ja noch gibt. Das ist so ein, kennen Sie, ja, das ist so ein 60-Stunden-Kurs oder 80-Stunden-Kurs.“ (Dr. Giese, Interview #6, Z. 147-149)

Nicht Spezialist, sondern generalistischer Facharzt

Andererseits findet sich auch die Einstellung, dass die Diagnostik und besonders auch die Therapie nicht in *den Aufgabenbereich des Hausarztes fallen* und somit Teile oder gar die gesamte Behandlung von Patienten mit neu aufgetretenen kognitiven Störungen an ambulante oder stationäre fachärztliche Betreuung

abgegeben werden. Der Hausarzt versteht sich hier als *Allgemeinmediziner*, der bei bestimmten Erkrankungen diagnostische und therapeutische Vorgehen nicht in Eigenregie übernommen hat, da sie ein komplexes Krankheitsbild darstellen und eher von einem Facharzt begutachtet und behandelt werden sollten. Die Demenz zählt zu diesen Erkrankungen, auf deren Gebiet oft die Zusammenarbeit mit den Fachärzten angestrebt wird. Diese Zusammenarbeit ist häufig ein fruchtbarer Prozess. Es ist als hausärztliche Kompetenz zu werten, wenn der Allgemeinmediziner gute Kontakte zu den Fachärzten in seinem Umfeld pflegt und somit *gut vernetzt* von deren Behandlungsvorschlägen profitiert.

„Und zum Teil mache ich Einweisungen in eine neurologisch-psychiatrische Einrichtung, also eine Gerontopsychiatrie praktisch, dass die versuchen durch Medikamente eventuell eine Verbesserung zu erreichen, auch eine Ausschlussdiagnostik, dass eben nicht organische Ursachen vorliegen.“ (Dr. Kalo, Interview #9, Z. 53-56)

Die Relevanz von Patienten mit demenziellen Erkrankungen in der Allgemeinarztpraxis nimmt zu und viele Hausärzte sind daher bereits auf dem Weg ihre fachlichen Kompetenzen auf diesem Feld zu erweitern und die Behandlung in ihre alltägliche Routine einzugliedern. Denn Ärzte, die sich eine solche Übernahme der Betreuung von Demenzpatienten noch nicht zutrauen, haben meistens gute Kontakte zu ihren fachärztlichen Kollegen, sodass über diesen Weg eine gute Versorgung der betroffenen Patienten gewährleistet ist. Es stellt sich als wichtige Fähigkeit eines Hausarztes heraus, seine fachlichen Grenzen zu kennen und Hilfe anzunehmen.

b) Heiler und Versorger

Zusammenfassung

Es besteht eine klare Tendenz, dass sich das Selbstbild des heilenden Hausarztes immer mehr zum versorgenden Hausarzt bewegt und die Allgemeinmediziner den Anspruch an sich haben, ihre Patienten so gut wie möglich zu versorgen, auch wenn deren Grunderkrankung nicht heilbar ist. Es wird jedoch deutlich, dass die Ärzte gerade im fortschreitenden Stadium der Demenz an die Grenzen ihrer Belastbarkeit und ihrer betreuenden Möglichkeiten kommen. Die sich verschlechternde Symptomatik der Demenz fordert den Hausarzt immer wieder heraus, neue Versorgungsgleichgewichte zu finden, in denen sich alle Betroffenen gut aufgehoben fühlen. Die intensiven, breitgefächerten Versorgungsaufgaben, die der Allgemeinarzt in diesen Fällen übernehmen muss, sind zeitaufwändig und können manchmal als aufreibend empfunden werden, besonders, wenn es zu schwer beherrschbaren Situationen mit für die Beteiligten unbefriedigendem Ausgang kommt.

Beschreibung der Subkategorie

Übergang von "curing" zu "caring"

Oft herrscht unter den Ärzten noch das Selbstverständnis vor, Heiler von Erkrankungen zu sein, also nach der Stellung einer Diagnose hoffentlich kurativ tätig werden zu können. Da es bei der Demenz noch keine überzeugenden therapeutischen Ansätze gibt, fragen sich Hausärzte mit diesem Selbstbild, ob eine Diagnostik und Therapie überhaupt sinnvoll sind, geschweige denn die Früherkennung. Herr Dr. Schnabel ist hierfür ein besonders eindrucksvolles Beispiel, da für ihn außer der Diagnostik keine weiteren Aufgaben bei der Behandlung von Demenzpatienten anfallen. Betreuung und Pflege betreffen nicht seinen Arbeitsbereich (2.1.3). Es zeigt sich jedoch, dass sich für viele Hausärzte ihr Selbstverständnis vom Heiler zum Versorger verschiebt, sicher auch dadurch bedingt, dass Patienten mit anderen unheilbaren Erkrankungen wie Krebs durchaus noch eine gute Lebensqualität ermöglicht werden kann. Die aktuelle Situation des Patienten mit den momentanen Bedürfnissen wird zunehmend in den Vordergrund gestellt, um ein Leben und Sterben in Würde zu ermöglichen. Die Behandlung hört nicht mit der gesicherten Diagnose auf, sondern der Hausarzt verfolgt weiter den Verlauf des Patienten und führt immer wieder Maßnahmen durch, die dem Patienten eine bessere Versorgung ermöglichen. Dazu gehören beispielsweise das Angebot einer adäquaten Förderung des Demenzkranken und ggf. auch eine diagnostische und therapeutische Re-Evaluation, wenn der aktuelle Behandlungsplan nicht ausreichend erscheint.

„Ja, und man guckt, was man mit der Person selber noch machen kann. Ja, auch manchmal mit Ergotherapie kann mitunter was bringen. Und auch so Demenzgruppen, wo die dann hin können, wo die auch nachmittags mal hingefahren werden. Dann sind die von zu Hause mal raus und sind auch mehr oder weniger unter ihresgleichen. Bzw. dass man auch nochmal eine Facharztvorstellung macht, ja? Dass man also doch sagt: 'Mensch, hier lass ich nochmal einen Neurologen drauf gucken, da kann vielleicht noch etwas anderes eine Rolle spielen.' Dass die da nochmal einem MRT oder so einer anderen Testung nochmal zugeführt werden. Schlimmstenfalls auch mal stationär müssen, wenn wir sie also gar nicht eingestellt kriegen. Das ist also so im Wesentlichen unsere Funktion.“ (Dr. Gora, Interview #2, Z.136-143)

Es deutet sich an, dass eine gute Versorgung von Demenzerkrankten, je weiter die Erkrankung fortschreitet, sehr aufwändig werden kann. Auch wenn sich viele Hausärzte diesen Herausforderungen stellen, müssen sie sich doch eingestehen, dass ein großer zeitlicher und auch organisatorischer Aufwand mit der Begleitung der Betroffenen einhergeht. Die Betreuung von Demenzpatienten nimmt an Intensität zu, je mehr sich das Krankheitsbild exprimiert. Es werden mehr Hausbesuche nötig, die Mitbetreuung der Angehörigen intensiviert sich aufgrund deren psychischen Belastungen und in vielen Fällen ist es notwendig, eine befriedigende Lösung für den weiteren Lebensweg der Erkrankten und der Angehörigen zu erarbeiten. Dies alles fordert von dem Hausarzt eine emotionale Zuwendung zu seinen Patienten und dessen

Lebensumständen. Der Prozess, bis sich das Gefühl einstellt, dass der Patient nun wieder gut versorgt ist und somit ein neues Gleichgewicht erreicht wurde, kann aufreibend sein.

„Weil das in der heißen Phase ist das richtig aufwändig. Da muss man relativ häufig zum Hausbesuch halt dann auch doch hin, wenn dann irgendwelches Theater ist. Manchmal sind sie ja auch unkooperativ, ja, und das ist schwierig. Ich hatte so einen Fall, also das war, sehr, sehr anstrengend. (...) Der ist Nächte lang mit dem Hammer die Hausflure rauf und runter gerannt und hat an die Türen geklopft. Die Nachbarschaft und die Ehefrau, die sind mir hier auf die Bude gerückt und das war gar nicht so einfach, das geregelt zu kriegen.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 209-216)

Wenn es nicht möglich ist, dieses neue Gleichgewicht zu erreichen, kann es sein, dass die Situation in der Häuslichkeit des Patienten eskaliert und eine Zwangseinweisung in die Gerontopsychiatrie notwendig wird. Diese Situationen werden von den Allgemeinmedizinerinnen als sehr belastend beschrieben, da sie sich zu Maßnahmen gezwungen sehen, die sie dem Patienten nicht verständlich machen können und die ihn wahrscheinlich in eine schwer zu verarbeitende neue Umgebung und Situation bringen, die aber wegen Eigen- oder Fremdgefährdung notwendig werden. Genauso schwierig kann es sein, einem Patienten, der die Fähigkeit zur Selbstreflexion verloren hat und sich einer Betreuung durch andere Menschen entzieht, hilflos bei seiner Verwahrlosung zuzusehen.

„Es gibt ein Großteil der Patienten, die sich nicht helfen lassen wollen. (...) Ja, sie können, jeder kann in seinem Saustall versauen. Heutzutage. Das ist einfach so. Da habe ich keine rechtliche Handhabe und das ist eigentlich der schwere Part. Zuzugucken, wie die vergammeln.“ (Dr. Flint, Interview #8, Z. 130-135)

Bei palliativ verlaufenden Erkrankungen wie Demenz ist der Hausarzt als Versorger und Betreuer besonders gefragt, sowohl vom betroffenen Patienten, als auch von dessen Angehörigen. Die besondere Herausforderung bei der Demenz besteht in der zunehmenden Belastung aller Beteiligten mit dem Fortschreiten der Krankheit und der damit verbundenen kontinuierlichen Re-Evaluation der Versorgungssituation. Dabei ist es nicht immer möglich, eine befriedigende Lösung zu finden. Der Anspruch der Hausärzte ein guter Versorger zu sein, bedeutet auch Leiden zu lindern, was bei der Betreuung von Demenzpatienten nicht immer gelingen kann.

c) Vermittler

Zusammenfassung

Die Hausärzte stehen in direkter Kommunikation mit den Patienten und den Angehörigen und der Großteil

der Interviewten dieses Samples sehen das Vermitteln wichtiger Informationen als eine ihrer Hauptaufgaben. Dabei steht besonders auch das Überbringen einer schlechten Nachricht und die Vorbereitung auf etwas Lebensveränderndes, in diesem Fall dem Vorliegen einer Demenzerkrankung, im Vordergrund. Die Kommunikation mit dem Patienten gestaltet sich bei der Überbringung der Nachricht einer Demenzdiagnose als zögerlich und bedarf Fingerspitzengefühl, da die direkte Konfrontation mit Demenz und dazugehörigen Einschränkungen bei dem Patienten zu Hilflosigkeit und manchmal sogar Fatalismus führen kann. Umso deutlicher reden die Ärzte mit den Angehörigen und versuchen gemeinsam einen an die jeweilige Situation angepassten Plan für die Zukunft zu entwerfen.

Beschreibung der Subkategorien

Gespräch mit Patienten

Die Kommunikation mit dem Patienten erfolgt angepasst an das Demenzstadium und verläuft in den meisten Fällen doch eher zögerlich. Die meisten Hausärzte bitten bei dem Gespräch um die nahe Zukunft die Angehörigen mit dazu, da diese auch oft die meisten Fragen haben, besonders, was die Betreuung zu Hause betrifft. Demenz wird von den Hausärzten als ein hochsensibles Thema wahrgenommen, mit dem man, wenn überhaupt, den Patienten nur Schritt für Schritt konfrontieren kann. Dabei spielt auch der Erkenntnisprozess des Patienten eine wichtige Rolle. Es kann sein, dass die Botschaft beim ersten Gespräch nicht verarbeitet wird. Aus dieser Erfahrung heraus vereinbaren die Allgemeinmediziner oft weitere Gesprächstermine, um sicherzustellen, dass der Patient seine Krankheit versteht, akzeptiert und nicht verdrängt. Auch versuchen die Ärzte schon die nächsten, kleinen Schritte vorzuschlagen und den Patienten in der weiteren Vorgehensweise anzuleiten, also beispielsweise die Botschaft der Erkrankung weiter an ihre Angehörigen zu kommunizieren.

„Aber ansonsten ist es schon relativ zögerlich. Also, nicht so brachial mit der Tür in's Haus, zu sagen: 'So, Sie wissen jetzt, Sie haben also Alzheimer seit zwei Stunden und jetzt ist es vorbei.' So können wir es natürlich nicht machen, ja. Das geht nicht. Dass man sagt: 'Bei Ihnen besteht der Verdacht auf so eine Erkrankung und Sie haben sicher schon mal was davon gehört und da müssen Sie mal mit den Kindern drüber sprechen.' Oder wie auch immer. Und dann machen wir nochmal einen zweiten Termin und nochmal einen dritten Termin und reden dann nochmal drüber.“ (Dr. Schnabel, Interview #3, Z. 119-124)

Manchmal sprechen die Ärzte dem betroffenen Patienten gegenüber das Wort „Demenz“ nicht einmal direkt aus, da sie diese Diagnose als zu niederschmetternd empfinden, aus dem Blickwinkel betrachtet, dass man keine aussichtsreichen Therapieoptionen anbieten kann.

„Ich finde, das ist ja gerade bei dem Krankheitsbild, was man de facto sonst nicht behandeln kann, ist das ja wie ein Fallbeil. Wenn man jemandem sagt: So, Sie haben jetzt 'ne Demenz. Oder, Sie kriegen 'ne Demenz. Ja? Und deswegen nehme ich das Wort so in der Form nicht in den Mund.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 61-64)

Gespräch mit den Angehörigen

Die Kommunikation mit den Angehörigen erfolgt im Gegensatz dazu um einiges direkter und weniger schonend. Dabei führen die Ärzte ihnen konkret vor Augen, was auf sie zukommen könnte. Die Allgemeinmediziner haben die Erfahrung gemacht, dass die Angehörigen oft unter einer großen Belastung stehen, da diese sich emotional mangels objektiver Distanz nicht ausreichend vor dem sich veränderten und ggf. verletzenden Verhalten der Demenzerkrankten schützen können und daher darunter besonders leiden. Die Hausärzte versuchen deshalb schon frühzeitig eine gute Vorbereitung zu treffen und im Gespräch Lösungen aufzuzeigen und sehen dies als eine wichtige Aufgabe ihrerseits an.

„Obwohl ich sie ja darauf hinweise, ja. Nachdem ich das ja ein paar Mal erlebt habe, weise ich die Angehörigen ganz deutlich darauf hin, das ist auch ganz wichtig von meiner Seite aus, das Gespräch mit den Angehörigen. Ja, denen Hinweise zu geben, wie sie sich verhalten sollen und was auf sie zukommt.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 148-151)

Da dies ein langwieriger Prozess ist, versuchen die Hausärzte, wenn möglich, geraume Zeit bevor der Patient intensiver betreut werden muss, mit den Angehörigen einen Plan zu erarbeiten und eine individuelle Lösung für die Betreuung zu finden, z.B. wenn die Patienten allein leben. Dies ist unter anderem auch notwendig, da eine Betreuung Demenzkranker im System der Pflegestufen nicht berücksichtigt wird.

„Und das ist auch oft 'ne Frage, dass ich, sagen wir mal, mit einem Jahr Vorlauf versuche ein bisschen vorzubereiten. Das mach ich. Denn die Betreuung Demenzkranker ist ja blöderweise nicht adäquat abgebildet in dieser Krankenversicherung.“ (Dr. Schulze, Interview #7, Z. 69-72)

Es kommt jedoch nicht selten vor, dass, trotz dieser offenen Gespräche und Hilfsangebote, die Angehörigen lange Zeit versuchen, die Betreuung selbst zu stemmen und erst wieder die Hilfe des Hausarztes suchen, wenn sie wirklich erschöpft sind. Dies kann mit der Scham der Angehörigen zusammenhängen, bei der Betreuung versagt zu haben und Hilfe in Anspruch zu nehmen.

„Auch wenn wir vorher schon drüber gesprochen haben und ich habe ihnen auch gesagt: Sie müssen sich Hilfe suchen. Es gibt einen ambulanten Pflegedienst. Oder dann doch, wenn er nachts immerzu

wach ist und sie eben auch wach hält. Dann muss er eben in's Heim. Ja, das geht nun mal nicht anders. Ähm, das dauert lange, so, und das dauert wirklich so lange, bis die kurz vor, dass die Angehörigen kurz vor dem Zusammenbrechen sind. Also trotz Gesprächen vorher, weil die Scham einfach so groß ist.“ (Dr. Flint, Interview #8, Z. 155-160)

Doch auch wenn die Angehörigen es allein versuchen und Empfehlungen der Hausärzte zunächst nicht berücksichtigen, bleibt der Hausarzt in belastenden Situationen für sie der erste Ansprechpartner. Das Pflegen einer guten Arzt-Angehörigen-Beziehung sehen die meisten Hausärzte daher als eine wichtige Aufgabe an.

3.2.4 Versorgungssituation von Patienten mit Demenz

Zum Abschluss des Interviews sollte die Frage beantwortet werden, wie die Hausärzte die Versorgung von Demenzkranken in ihrer Umgebung wahrnehmen. Dabei sollten gute Ansätze hervorgehoben (a) und eventuelle Barrieren in der Versorgung benannt werden (b). Des Weiteren wurden Faktoren des gesellschaftlichen und sozialen Umfelds (c), die Einfluss auf die Betreuung von Demenzpatienten haben, genannt.

Tab.5: Versorgungssituation von Patienten mit Demenz

| | Kategorie | Subkategorie |
|----|----------------------------------|---|
| a) | Chancen/gute Ansätze | Tagesstätten als gute Alternative |
| b) | Barrieren | Versorgung in den Pflegeheimen |
| | | Budget des Hausarztes limitiert die Förderung von Demenzpatienten |
| | | Versorgung in der Geriatrie |
| c) | Gesellschaft und soziales Umfeld | Verschiedene Lebensphasen von Alt und Jung |
| | | Ansprüche an das Altwerden |

a) Chancen/gute Ansätze bei der Versorgung von Patienten mit Demenz

Zusammenfassung

Bis auf einen Hausarzt praktizieren alle interviewten Mediziner in der gleichen Region und doch zeigten sich große Unterschiede in der Wahrnehmung der Versorgungssituation von Patienten mit Demenz. Besonders das Angebot an tagespflegerischen Einrichtungen wird von kaum etabliert bis reichlich vorhanden geschildert. Es haben jedoch alle Hausärzte Erfahrungen mit der ambulanten Betreuung von Demenzerkrankten gemacht und die Eindrücke von dieser Art der Versorgung sind durchweg positiv. Die verschiedenen Beschäftigungsangebote werden von gut ausgebildetem Personal angeleitet, sodass die Demenzpatienten in ihren Fähigkeiten adäquat gefördert und die Kontakte zu anderen Betroffenen erhöht

werden, die soziale Kompetenz und die Angehörigen werden entlastet. Hier zeigt sich ein guter Weg zur Versorgung von Demenzerkrankten, auch wenn es noch organisatorische Schwierigkeiten bei der Umsetzung gibt und das Angebot in der ländlichen Region nicht ausreicht.

Beschreibung der Subkategorien

Tagesstätten als gute Alternative

Alle befragten Hausärzte sehen in den Tagesstätten bzw. ambulanten Betreuungsgruppen einen guten Ansatz zu einer besseren Versorgung von Menschen mit Demenz. Die Gruppen werden durch gut ausgebildetes Personal betreut und das Programm ist speziell auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Teilnehmenden abgestimmt. Die Interaktion mit Gleichgesinnten führt oft zu einer besseren sozialen Integration und die Demenzpatienten nehmen gern an solchen ambulanten Angeboten teil.

„Es gibt so ein paar Dinge, diese geriatrische Rehabilitation. Wenn man die Leute abholt, zu Hause, irgendwo hinfährt, in so eine, ich sag mal in Anführungsstrichen ‘Spaßgruppe’, das ist nicht Spaß, das macht die Beschäftigung mit Sport, mit Kognitivem, mit Essen und Trinken, geselliges Beisammensein, ein bisschen Musik und so was, das macht einen Sinn, das ist gut.“ (Dr. Schnabel, Interview #3, Z. 155-158)

Was jedoch den Umfang der ambulanten Betreuung in Tagesstätten angeht, haben die Ärzte unterschiedliche Wahrnehmungen. Einige Hausärzte haben den Eindruck, dass ambulante Angebote reichlich vorhanden sind und weiterhin zunehmen. Häufiger kennen die Allgemeinmediziner ein oder zwei Tagesstätten in ihrem Umfeld, die auch einige ihrer Patienten besuchen oder die sie den Patienten selbst empfehlen. Wiederum andere empfinden einen Mangel bzw. eine fehlende Inanspruchnahme ambulanter Betreuungsmöglichkeiten. Allgemein entsteht jedoch der Eindruck, dass in der Region noch nicht ausreichend tagespflegerische Einrichtungen für die Anzahl der Betroffenen vorhanden sind und dass sich Versorgungsangebote dieser Art erst noch etablieren müssen.

„Also, es gibt zwar so ein paar, also es gibt tagesklinische Angebote, die in vielen Fällen von der Krankenkasse, also von den Kostenträgern abgelehnt werden. Und Tagespflege nutzen ganz wenig Leute. Also, weil da, denk ich, auch nicht ausreichend Plätze sind.“ (Dr. Flint, Interview #8, Z. 73-76)

Neben der zögerlichen Etablierung der Tagespflege gibt es auch noch organisatorische Schwierigkeiten bei der Integrierung der ambulanten Versorgung von Demenzerkrankten in den familiären Alltag. Oft liegt es einfach an den unterschiedlichen Zeitpunkten, an denen die Familienmitglieder ihren Tag beginnen und dadurch der von Demenz Betroffene möglicherweise für eine Zeit unbeaufsichtigt bleiben müsste, bevor die Abholung zur Tagesstätte erfolgt. Auch muss eine gewisse Bereitschaft vonseiten des Patienten vorhanden

sein, an einen zunächst unbekanntem Ort mit unbekanntem Menschen zu reisen.

„Und da muss derjenige natürlich erst mal dafür bereit sein, sich jeden Früh in ein Auto zu setzen und irgendwohin zu fahren, die Familie muss bereit sein. Das muss ja organisiert werden. Dass da jemand früh, die kommen ja auch nicht früh halb 7, wo der normale Mensch zur Arbeit geht, sondern die kommen halb 9 oder so, ja? Weil man will den alten Menschen ja auch nicht halb 5 aus dem Nest reißen.“ (Dr. Schnabel, Interview #3, Z. 159-163)

Tagesklinische Angebote stellen ein gute Alternative zur Betreuung zu Hause dar, entlasten die Angehörigen und fördern Menschen mit Demenz adäquat. In diesem Punkt sind sich die Allgemeinmediziner einig. Das Angebot betreffend hat jeder Arzt verschiedene Wahrnehmungen, allerdings ist es in der Region noch nicht ausreichend etabliert. Wenn dem Allgemeinarzt, wie im Regelfall geschildert, für seinen Patientenstamm nur ein oder zwei tagesklinische Einrichtungen zur Verfügung stehen, ist das nicht ausreichend. Der Bedarf ist, von den Hausärzten empfunden, wesentlich höher.

b) Barrieren bei der Versorgung von Patienten mit Demenz

Zusammenfassung

Bei den Hausärzten besteht Einigkeit über die noch unspezifische und daher inadäquate pflegerische und ärztliche Betreuung von Demenzpatienten im stationären Bereich. In den Pflegeheimen ist zwar oft ein theoretisches Förderungskonzept der Betroffenen vorhanden, praktisch ist aufgrund des Zeit- und Motivationsmangels des unzureichend ausgebildeten Personals jedoch keine angepasste Betreuung gewährleistet. Die Hausärzte versuchen, den augenscheinlichen Mangel an Förderung der Demenzerkrankten mit dem Ausstellen von Rezepten für Ergo- oder Physiotherapie entgegenzutreten, sind aber in ihrem Budget finanziell begrenzt. In der Geriatrie wird der Fokus zu stark auf die internistische Behandlung des alten Menschen gelegt. Eine Demenz wird dort oft leichtfertig ohne fundierte Diagnostik festgestellt und behandelt.

Beschreibung der Subkategorien

Versorgung in den Pflegeheimen

Ein wichtiger Punkt, den viele Hausärzte bei der Versorgung von Demenzkranken bemängeln, ist die oft unzureichende und inadäquate Betreuung in den Pflegeheimen. Als eine grundlegende Ursache dafür sehen die Allgemeinmediziner das schlecht ausgebildete Personal. Dabei liegt der Beginn des Problems in der ungenügenden finanziellen Investition in qualifizierte und ausreichend vorhandene Arbeitskräfte. Oft ist zwar ein theoretisches Betreuungskonzept vorhanden, die praktische Umsetzung ist jedoch unzureichend.

*„Es wird viel angeboten, theoretisch, praktisch sitzen die Leute auch den ganzen Vormittag dort im Heim am Tisch mit runter hängendem Kopf und warten auf's Mittagessen. Haben dann vielleicht einmal in der Woche Tanz, im Rollstuhl, einmal in der Woche Musik. Das steht dann so auf dem Plan. Man denkt sich dann so als Laie: Das ist ja viel, was dort gemacht wird. Aber praktisch ist da nicht viel. Könnte besser werden. Es liegt einfach daran, dass das Personal nicht gut ausgebildet ist dafür.“
(Dr. Giese, Interview #6, Z. 96-111)*

Diese Betreuungssituation ist für die Bewohner des Heims aber auch für die Ärzte, die ihre Patienten manchmal besuchen, sehr belastend, auch wenn dies weder vonseiten der Patienten noch vonseiten der Ärzte thematisiert wird. Die Bewohner können für ihre Rechte aufgrund ihrer Erkrankung und ggf. finanziellen Situation nicht mehr eintreten und die Ärzte sehen das Problem einer ungenügenden finanziellen Förderung auf gesellschaftlicher Ebene, dem sie selbst machtlos gegenüber stehen. Fakt ist, dass sich die Patienten in solcher Pflegesituation unwohl fühlen und auch die Allgemeinärzte die Bewohner in solchen Heime nicht gut aufgehoben wissen. Durch den Kostendruck wird die Deprofessionalisierung der Pflegeheimmitarbeiter weiter vorangetrieben.

„Es gibt also Altersheime, wo mit diesen Patienten sehr burschikos und schnöde und kurz angebunden und wirklich schlecht umgegangen wird, wo sich die Leute dann nicht gut fühlen, nicht wohl fühlen, aber es nicht thematisieren können, weil das oft dann auch Heime sind mit geringeren Sätzen, das heißt, sie könnten sich ein anderes Heim vielleicht gar nicht leisten. Und diese Heime, die mit den Sätzen nicht so hoch sind, die stellen auch oft Personal ein, was nicht gut qualifiziert ist, was keine Motivation unbedingt hat. (...) Wer noch ein bisschen was mitbekommt, gerade auf der emotionalen Schiene, dem geht's dann dort nicht so gut. Und das kriegt man auch mit, dann auf Hausbesuchen, dass sie sich nicht so wohlfühlen.“ (Dr. Wolf, Interview #1, Z. 298-307)

Das Problem liegt also in der unzureichenden Motivation und der mangelnden Qualifikation der Pflegekräfte über den professionellen Umgang mit Demenzpatienten. Auf die basalen Bedürfnisse, wie Nahrungsaufnahme und einen guten pflegerischen Zustand der Patienten, wird geachtet, jedoch werden ihre noch vorhandenen Fähigkeiten kaum gefördert und ihre Sinne selten stimuliert, obwohl sie auf der sinnlich emotionalen Ebene noch sehr gut ansprechbar sind. Auch die motorischen Fähigkeiten lassen nach, wenn nicht regelmäßig geübt wird und die Bewegung in den Alltag integriert wird. Das Vorhandensein einer Ergotherapie oder einer Sportgruppe ist für einen Demenzpatienten im Pflegeheim nicht ausreichend, wenn im Tagesgeschehen die Zeit für angeleitete Bewegung fehlt. Es zeigt sich ein halbherziger und unprofessioneller Umgang mit Demenzerkrankten, der aufgrund des chronischen Zeitmangels noch verschärft wird.

„Wobei häufig eben Zeit fehlt, auch dort Zeit fehlt. Also, ich habe so eine Privatpatientin, da bezahlen die Angehörigen einmal in der Woche eine Ergotherapieschülerin, die einfach nur mit der Mutti spazieren geht, die macht nichts anderes, die geht nur mit ihr spazieren, weil die Laufen trainieren. Wenn die regelmäßig läuft, wird das Gangbild auch wieder flüssiger und sie kann alleine laufen. Wenn aber sie aber sitzt und nur zum Mittagessen aufsteht, also, zum Mittagessen runtergehen soll in den Speisesaal, dauert das so lange, für die Pfleger, dass sie in den Rollstuhl gesetzt wird und runter gefahren wird. Ja, also da ist im Alltäglichen, die bieten zwar Ergotherapie an und Sportgruppe, aber im Alltäglichen fehlt denen die Zeit, die die bräuchten, um eben die 5 Minuten länger, die die Frau oder der Mann braucht, um selbst zu gehen, nicht haben.“ (Dr. Flint, Interview #8, Z. 168-177)

Budget des Hausarztes limitiert die Förderung von Demenzpatienten

Durch den augenscheinlichen Mangel an adäquater Förderung versuchen die Hausärzte in manchen Fällen, die Patienten mit ihren Möglichkeiten zu unterstützen und verschreiben regelmäßig beispielsweise Ergo- oder Physiotherapie. Allerdings sind die Allgemeinmediziner durch die Kontrolle der Krankenkassen in ihrem *Budget eingeschränkt* und somit in ihrer Intention, den Patienten etwas Gutes zu tun, begrenzt.

„Wir sind auch durch unsere ständigen Kontrollen der Physiotherapie und Ergotherapie, und Logopädie ist ja dann auch oft wichtig, begrenzt in unseren Verschreibungsmöglichkeiten, sodass man dann für den Patienten manchmal nicht sehr viel mehr machen kann. Ja, wir stellen dann schon mal einen Antrag auf Sondergenehmigung, das gibt's ja auch, diese Langfristgenehmigung für ein Jahr, aber das ist zum Teil nicht ausreichend.“ (Dr. Bick, Interview #5, Z. 83-87)

Versorgung in der Geriatrie

Des Weiteren sehen die interviewten Hausärzte auch den aktuellen Versorgungszustand von Demenzpatienten in der Geriatrie und anderen stationären Einrichtungen, wie der Gerontopsychiatrie, als mögliche Barriere. Entweder wird bei den in die Geriatrie eingewiesenen Patienten gar keine oder eine ungenügende Demenzdiagnostik durchgeführt. Der Fokus liegt eher auf einer forcierten internistischen Diagnostik und Therapie, auf die Psyche des alten Menschen wird weniger geachtet. Es kommt oft vor, dass bei Patienten leichtfertig eine Demenz festgestellt wird, ohne dass sie einer Diagnostik zugeführt wurden.

„Knallharter Kritikpunkt: Spezialeinrichtungen, Fachkliniken. Keine ausreichende Diagnostik. Die Patienten kommen mit einer Demenzdiagnose raus und im Endeffekt kriegt er sein Memantine, weil der Psychotherapeut in der Gruppensitzung gesagt hat: Das ist eine Demenz. Weder Vitamin B12 noch Schilddrüse noch Bildung noch noch noch. Und das ist eher leider Gottes die Regel und nicht die

Ausnahme.“ (Dr. Meyer, Interview #4, Z. 113-117)

Die Interviewten machen deutlich, dass im stationären Bereich, sei es pflegerisch oder ärztlich, die Versorgung von Demenzpatienten oft noch nicht in professionellen Händen ist. Bewährte Muster in der Pflege und in der ärztlichen Betreuung lassen sich nicht ohne weiteres auf Demenzpatienten übertragen. Mit einem gut gepflegten körperlichen Zustand und einer angepassten internistischen Therapie, die für andere alte Menschen genügt, ist der alte, demente Mensch nicht ausreichend versorgt.

c) Gesellschaft und soziales Umfeld

Zusammenfassung

Die aktuelle Entwicklung der Gesellschaft von der Großfamilie hin zu verstreuten, lockeren Familienbanden sehen viele Hausärzte als Problem bei der Versorgung von alten Menschen, da die Leistungen, die früher in der Familie nebenbei erbracht wurden, heute von den Pflegeeinrichtungen nur unzureichend gedeckt werden können. Mancher Allgemeinmediziner wünscht sich solch eine familiäre Betreuung für seine Patienten, auch wenn dies heutzutage nicht verlangt werden kann. Diese Entwicklung liegt laut der Allgemeinmediziner einerseits in dem Abzug der jungen Leute wegen schlechter beruflicher Aussichten in der Region, andererseits aber auch in veränderten Prioritäten hin zu Selbstverwirklichung auf der persönlichen und beruflichen Ebene und weg von den traditionellen familiären Strukturen. Das betrifft nicht nur die jungen Leute, sondern auch alte Menschen, die hohe Erwartungen in ihren Lebensabend legen, wobei familiäre Bindungen eine weniger wichtige Rolle spielen.

Beschreibung der Subkategorien

Verschiedene Lebensphasen von Alt und Jung

Eine Barriere bei der Versorgung demenzkranker Menschen liegt auch in den veränderten gesellschaftlichen Strukturen. Dadurch, dass sich das Zusammenleben von der Großfamilie zu vereinzelt und verstreut lebenden Familienangehörigen hin verändert, sind Menschen im Alter oft auf sich allein gestellt. Die verschiedenen Lebensphasen von Jung und Alt sind schwerer zu vereinbaren. Wenn Kinder vorhanden sind, haben diese sich oft ein eigenes Leben aufgebaut und es kann nicht erwartet werden, dass Angehörige beispielsweise ihren Beruf aufgeben, um die Betroffenen zu pflegen. Eine solche Aufopferung kann aus finanziellen, aber auch rein organisatorischen Gründen nicht verlangt werden, auch wenn sich die Hausärzte das manchmal wünschten.

„Dass die Großfamilie doch wieder irgendwann funktioniert, dass eben die Leute durch veränderte soziale Verhältnisse vor Ort arbeiten können, dass sie nicht alle in der Welt verstreut rumlaufen, dass Oma und Opa nur noch ganz alleine da sind, das wäre schon ein sehr guter Ansatzpunkt. Geht auch in

manchen Ländern immer noch.“ (Dr. Kalo, Interview #9, Z. 84-87)

Ansprüche an das Altwerden

Eine weitere Veränderung in der Gesellschaft, die eine gute Versorgung im Alter erschwert, sind, laut eines Interviewten, die starken Selbstverwirklichungstendenzen, die mit gewissen Ansprüchen einhergehen. Die Prioritäten der jungen Menschen verschieben sich von der Familie hin zu beruflicher und persönlicher Selbstverwirklichung und auch die alten Menschen geben sich nicht unbedingt mit einem Lebensabend im familiären Kreis zufrieden, sondern erwarten die Erfüllung bestimmter Wünsche, wie Reisen oder die Ausübung neuer Hobbies, die aber nicht immer realistisch sind. Das Beispiel anderer Länder zeigt, wie ein Altwerden und Sterben innerhalb des familiären Kreises verlaufen kann. Pflegedienste und Heime werden dort, wo die Familie noch im Mittelpunkt steht, nur selten benötigt.

„Diese Ansprüche sind in diesen Ländern nicht so hoch, die haben dafür aber ihre familiäre Bindung und ganz andere Ansprüche. Die wissen, mein Sohn, meine Tochter, meine Enkel, die sind alle um mich herum und jeden Tag kann ich mit jemandem Kontakt haben. Ich brauche die AIDA nicht oder den Tanzklub. Und dann läuft das. Und die sterben alle zufrieden zu Hause. Ohne dass sie einen Pflegedienst brauchen, ohne dass sie in ein Heim müssen oder sonst irgendwas. Und das ist bei uns, in unserer Gesellschaft so (...), dass alle mehr auf den Job konzentriert sind, dadurch die familiären Bindungen weggehen und dann bleiben die, die Patienten, die bleiben übrig. Ja? Und das ist die Problematik in der Gesellschaft. Wohin damit?“ (Dr. Schnabel, Interview #3, Z. 269-276)

Es zeigt sich, dass die Veränderungen hin zu einer zunehmenden Vereinzelung in unserer Gesellschaft die Versorgung alter Menschen erschweren kann und die Etablierung von Pflegeeinrichtungen und -diensten erst notwendig macht. Manche Hausärzte wünschen sich die Zeiten der Großfamilie zurück, da ihnen diese Versorgung besser erscheint, auch wenn sie verstehen, dass sie heutzutage eine solche einschneidende Anpassung des Lebens der Angehörigen, wie sie eine dauerhafte Pflege von Demenzpatienten mit sich bringt, nicht erwarten können. Der Umbruch in den gesellschaftlichen Strukturen erfordert neue Versorgungsalternativen. In ländlichen Regionen scheinen diese Veränderungen erst jetzt richtig relevant zu werden, was auch ein zukunftsorientiertes Umdenken weg von alten Versorgungsmustern von den Hausärzten fordert.

3.3 Ergebnisse des Kategoriensystems im Vergleich mit den Fallberichten

Die Fallberichte dienen dazu, die Bandbreite des Materials zu veranschaulichen und sollen auch die Extreme des Samples ausloten. Bei der Durcharbeitung der anderen Interviews und der Erarbeitung des Kategoriensystems wurde deutlich, dass Frau Dr. Bick einen besonderen Fall darstellt. Durch ihre

geriatriische Weiterbildung besitzt sie eine Professionalität im Umgang mit Demenzpatienten, die über das Maß der anderen Hausärzte hinausgeht. An ihrem Beispiel kann man erkennen, dass eine fachlich und strukturell gute Versorgungspraxis im hausärztlichen Milieu nicht unmöglich ist, jedoch besonderes Engagement in diesem Bereich benötigt. Im Sample befinden sich zwei andere Hausärzte, die sich in näherer Zukunft im geriatriischen Bereich weiterbilden wollen, da sie die Notwendigkeit durch die steigende Anzahl älterer Patienten in ihrer Praxis sehen. Diese Offenheit schlägt sich bereits in ihrem Umgang mit Demenzpatienten und ihrer Einstellung zur Früherkennung von kognitiven Störungen nieder. Die beiden Hausärzte sind ca. 40 Jahre alt und gehören somit zu den jüngeren Medizinerinnen. Dr. Schnabels Fall indes spiegelt die Einstellungen und Handlungsweisen dreier weiterer Hausärzte wieder und ähnliche Ausführungen findet man in fast allen Interviews wieder. Durch seine offene Direktheit bietet sein Fall einen guten Einblick in die Grundhaltung vieler Hausärzte gegenüber Demenz, auch wenn die meisten nicht so drastische Formulierungen wählten, wie er. Die Hausärztin Flint steht wiederum für sich, jedenfalls im erforschten Sample. Es ist allerdings ungewiss, wie groß die Dunkelziffer solcher hausärztlicher Einzelkämpfer ist, die am Limit ihrer Kräfte versuchen, ihren Patienten eine gute Versorgung nach bestem Gewissen zu ermöglichen. Dieser Fall soll alarmieren und wurde ausgewählt, um Aufmerksamkeit auf die Gefahren einer Desintegration zu lenken und die Nöte der Hausärzte zu verdeutlichen. Die Fälle Flint und Bick bilden somit die Extreme ab, während Dr. Schnabels Fall eher die Einstellung und Handlungsweisen vieler Hausärzte widerspiegelt.

Diese aus den Fällen und Interviews gewonnenen Erkenntnisse werden im folgenden Kapitel diskutiert. Das entwickelte theoretische Modell wird zunächst beschrieben und die gefundenen Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur verglichen und analysiert. Es interessiert, inwieweit die Ergebnisse dieser Arbeit Resonanz in der bereits durchgeführten Forschung auf diesem Gebiet finden. Jedoch ist auch die kritische Auseinandersetzung mit der Methode der Datenerhebung und -analyse, der Stichprobe sowie der Generalisierbarkeit der Befunde wichtig. Das Fazit der Arbeit und schließlich der Ausblick sollen zu weiteren Untersuchungen im Bereich der hausärztlichen Versorgungsforschung anregen.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse

4.1.1 Zusammenfassung und Entwicklung des theoretischen Modells

Der Umgang der befragten Hausärzte in dieser Studie mit Patienten, bei denen Demenzsymptome neu auftreten, ist stark von der persönlichen Einstellung gegenüber und den Erfahrungen mit dem Krankheitsbild Demenz geprägt. Zur Kontrastierung der Handlungsmotive, des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens sowie der wahrgenommenen Versorgungssituation in der Region wurden drei Eckfälle besonders bearbeitet. Der Vergleich zeigt das Spektrum der Herangehensweisen der Hausärzte an

das Krankheitsbild der Demenz, konkret den Vergleich zwischen der „engagierten Spezialistin“, dem „erfahrenen Pragmatiker“ und der „desintegrierten Quereinsteigerin“ (Tab.6)

Tab.6: Die Eckfälle „engagierte Spezialistin“, „erfahrener Pragmatiker“ und „desintegrierte Quereinsteigerin“ im Vergleich

| | | | |
|--|--|---|---|
| Rollenbild/ Aufgaben- zuschreibung | Spezialistin auf dem Gebiet der Geriatrie Als Beispiel vorangehen Andere Hausärzte von der konkreten Durchführung des GBA überzeugen Früherkennung der Demenz propagieren Gute Versorgung des Patienten gewährleisten Hoher Anspruch an sich selbst | Diagnostik der Erkrankung, basierend auf den Kenntnissen der Biographie und Krankengeschichte des Patienten Aufklärung über Krankheitsverlauf, Kommunikation und Planen der Zukunft mit den Angehörigen Durch mangelnde Therapie sind ärztliche Aufgaben schnell erschöpft, Hauptaufgaben liegen bei Pflege und Betreuung | Einzelkämpferin Aufgabenübernahme im sozialen Bereich Eigentliche Aufgaben im gesundheitlichen Bereich kommen zu kurz, da zu wenig Zeit Unterstützung der Angehörigen, die lange Zeit allein versuchen, mit dem Kranken zu leben Initiative für Betroffene ergreifen, gute Versorgung gewährleisten |
| Diagnostik und Therapie | Screeningtests Paraklinik zum Ausschluß behandelbarer Ursachen Überweisung zum Psychiater oder eigenständiger Beginn der medikamentösen Therapie | Screeningtest bei Patienten mit nicht anderweitig erklärlichen Ursachen für kognitive Einbußen Keine apparativ teure Diagnostik bei mangelnden Therapieoptionen Vollkommene Ablehnung der medikamentösen Therapie | Erhärtung des Verdachts durch einfache Screeningtests, dann weitere Diagnostik und Therapie durch Facharzt, eventuell Weiterführung einer angesetzten Therapie Für mehr Aufwand keine Zeit |
| Versorgung | Kaum Alternativen in der Demenzbetreuung, wenig kognitive Förderung bei beginnenden Demenzen Kaum Angebote für Angehörige Tageskliniken guter Ansatz, aber noch nicht ausreichend vorhanden | Ambulante Angebote sind gut, aber zu wenig vorhanden Pflegeheime ohne kognitive Förderung Geriatrie auf den Prüfstand, da zu starker internistischer Fokus, Demenz nicht ausreichend behandelt | Zu wenig Angebote für Betroffene und Angehörige Kaum individuelle Förderung in Altenheimen Patienten, die zu Hause verwahrlosen, sich nicht helfen lassen, werden als große Belastung empfunden |

Besonders deutlich werden die unterschiedlichen Grundhaltungen bei der Einstellung der Befragten gegenüber einer Früherkennung von Demenzen durch das GBA. Daher bietet es sich an, in einer Gegenüberstellung die Argumentation für und gegen eine Demenzfrüherkennung aufzuzeigen (Abb.2).

Abb. 2: Darstellung verschiedener Grundhaltungen zur Früherkennung von Demenz auf Basis der Interviews

| Grundhaltungen zur Früherkennung | |
|--|---|
| PRO | Contra |
| <ul style="list-style-type: none"> • Frühstadium der Demenz als sensible Phase, in der die Erkrankung im Verlauf positiv beeinflusst werden kann (#2, Z. 174-178) • Erhalt der persönlichen und sozialen Kompetenz der Betroffenen (#5, Z. 40) • Verlangsamung des Krankheitsverlauf durch frühzeitige Therapie (#5, Z. 33-35) • Objektivierung einer gefühlt hohen Dunkelziffer, Epidemiologie erforschen (#6, Z. 142-147) • Aufgeschlossenheit der Patienten gegenüber Früherkennungsprogrammen (#9, Z. 111-113) • Etablierung eines Screenings ist für die Früherkennung von Demenz wichtig, weil Symptome sonst zu spät entdeckt werden (#5, Z. 96-98) | <ul style="list-style-type: none"> • Bewahrung des Patienten vor der Ungewissheit, möglicherweise an einer unheilbaren Krankheit zu leiden (#7, Z. 163-165, Z. 167-170) • Verunsicherung des Patienten durch ein positives Testergebnis bei noch erhaltener Alltagskompetenz (#1, Z. 58-65) • Frühe Diagnostik aufgrund weniger/zweifelhafter Therapieoptionen für Patienten verängstigend (#7, Z.28-31) • Beschämung des Arztes und des Patienten gleichermaßen durch die Enthüllung einer unheilbaren, tabuisierten Krankheit (#4, Z.130-134) • Überzeugung, dass ein Screening auf Demenz nicht praktikabel ist ,z.B. Zeitmangel (#2, Z. 151-152), kein guter Filter (#7, Z. 172-174), GBA-Durchführung nicht konkret festgelegt (#5, Z. 161-165) |

Aus den Eckfällen in Kombination mit dem restlichen Interviewmaterial konnten die Typologien „Heiler und Versorger“, „medizinischer Experte“ und „Vermittler“ erarbeitet werden, die die Rollenkonzepte und die daraus folgenden Erwartungen des Hausarztes an sich selbst bzw. die zugeschriebenen Aufgaben verdeutlichen (Tab.10). Dabei wurden die Aussagen aller anderen Interviewten, die sich in ihren Haltungen und Handlungen mal mehr mal weniger einem Eckfall zuordnen lassen und daher als "Mischtypen" bezeichnet werden können, gezielt auf Rollenverständnisse untersucht, um die aus den Eckfällen gewonnenen Erkenntnisse zu stützen.

Tab.7: Darstellung der Typologien verschiedener Rollenkonzepte der Hausärzte

| Typologie | Rollenkonzept – Erwartungen und Aufgaben |
|-----------|--|
|-----------|--|

| | |
|------------------------------|--|
| Heiler und Versorger | <u>Lösungen anbieten als Heiler:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Krankheitsbild wie Demenz begrenzte Aufgaben • Keine befriedigenden Therapieoptionen führen zu Infragestellung der (Früh-)Diagnostik |
| | <u>Lösungen anbieten als Versorger:</u> <ul style="list-style-type: none"> • (frühe) Sicherung der Diagnose wichtig – Gewissheit und Vorbereitung auf das Kommende • Begleiten des Patienten und der Angehörigen in seinen momentanen Bedürfnissen, Lebensqualität verbessern • Adäquate Förderung • diagnostische und therapeutische Re-Evaluation • Finden immer wieder neuer Versorgungsgleichgewichte |
| Medizinischer Experte | <u>Fachmann sein/Fachmann werden:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Geriatriische Weiterbildung erwerben • Alter Patient tritt in den Fokus des Hausarztes • Erkenntnis, dass Relevanz von demenziellen Erkrankungen im Patientengut zunimmt |
| | <u>Allgemeinarzt bleiben/Vernetzung mit anderen Fachärzten:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Therapie einer Demenz werden nicht als eigener Aufgabenbereich wahrgenommen • Das Demenzsyndrom erscheint zu speziell und umfangreich • Zusammenarbeit mit Fachärzten, Überweisung des Patienten und nachfolgend Weiterführung der vorgeschlagenen Therapie |
| Vermittler | <u>Gespräch mit dem Patienten:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Zögerlich, sensibel die Nachricht der Diagnose überbringen, da Hilflosigkeit und Fatalismus ausgelöst werden können • Erkenntnisprozess der Betroffenen ist langsam |
| | <u>Gespräch mit den Angehörigen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Direkt, konkret, Informationen vermitteln - Was kommt auf sie zu? • Plan für die Zukunft erarbeiten • Lösungen für die Betreuung finden |

Es besteht Einigkeit unter den Ärzten, dass das Frühstadium einer Demenz ohne besonderen Fokus nicht erkannt wird. Eine Ursache kann sein, dass der Arzt selbst mit einer bestimmten Absicht an den Patienten herantritt und das Augenmerk dabei nicht auf demenzielle Veränderungen legt. Andererseits fällt es dem Patienten durch die bekannten Abläufe in der Hausarztpraxis oft noch lange Zeit leicht, Demenzsymptome zu überspielen. Auch zeigt sich, dass der Zeitabstand zwischen den Konsultationen oft zu groß ist, um kleinere Auffälligkeiten zu bemerken und nicht selten die Konfrontation des Hausarztes mit der Erkrankung erst bei der Eskalation der häuslichen Situation des Patienten erfolgt. Allerdings können durch den direkten und oft langjährigen Patientenkontakt Demenzsymptome auch frühzeitig auffallen. Indikatoren sind bspw. Wortfindungs- und Sprachstörungen, besonders bei tiefgründigeren Nachfragen, Wesensveränderungen, nachlassender Überblick über Medikamentenverordnungen, Störungen der zeitlichen Orientierung, Amnesie und Apraxie. Außerdem führen einigen Hausärzte Demenztests aufgrund der Einführung des GBAs in den Gebührenkatalog bei Patienten ab 70 Jahren standardmäßig durch, wodurch ebenfalls bis dato unentdeckte demenzielle Veränderungen auffallen.

Egal, ob die Erkennung der Demenzerkrankung zu einem eher frühen Zeitpunkt durch den Hausarzt als wichtig erachtet wird oder nicht, besteht irgendwann die Notwendigkeit, beobachtete kognitive

Veränderungen des Patienten zu objektivieren und zu dokumentieren. Dabei variiert der Weg zur Diagnose von Arzt zu Arzt, doch ist immer ein differenziertes Vorgehen zu erkennen, das sich der Hausarzt, adaptiert an seinen Praxisalltag, erarbeitet hat. Das diagnostische Handeln der Hausärzte orientiert sich an den Leitlinien, beinhaltend den Ausschluss reversibler und gefährlicher Verläufe kognitiver Störungen, der Objektivierung der Symptome durch neuropsychologische Testungen und das Miteinbeziehen des Neurologen, meistens durch die Überweisung des Patienten mit dem Wunsch der Mitbeurteilung der Demenzsymptomatik. Das Prozedere ist dabei immer auf den Patienten abgestimmt. Die hausärztlichen Ressourcen erweisen sich bei der Diagnostik einer chronisch fortschreitenden Krankheit wie Demenz als sehr hilfreich. Die Kenntnis der Lebens- und Krankengeschichte, die Möglichkeit der Erhebung einer genauen Anamnese bzw. Fremdanamnese durch Angehörige sowie die Verlaufsbeobachtung der Veränderung geistiger und persönlicher Strukturen durch das Begleiten des Patienten über einen langen Zeitraum gehören zu den Stärken des Hausarztes, die bei der Diagnostik von Demenz besonders wichtig sind.

Nach der Feststellung der Diagnose folgt die Therapie, die jedoch bei der Demenzerkrankung noch keine definitive Heilung, sondern maximal eine Verlangsamung des Krankheitsprozesses und eine Linderung der Symptome verspricht. Die Haltung der befragten Hausärzte gegenüber den vorhandenen Therapiemöglichkeiten wurde größtenteils als kritisch erlebt. Die geschilderten Erfahrungen fasst Tabelle 11 zusammen.

Tab. 8: Erfahrungen mit der Therapie einer Demenz im hausärztlichen Setting

| Therapieoption | Erfahrungen in der Anwendung |
|--|---|
| Antidementiva | <ul style="list-style-type: none"> • Bei Demenz im Frühstadium kleine Erfolge gesehen (Verlangsamung des persönlichen und sozialen Verfalls) • Therapeutischer Erfolg bleibt oft aus • Kostenintensiv • Hoher Aufwand durch regelmäßige Kontrolle der Wirksamkeit • Mangelnde Überzeugung von der Wirksamkeit • Weiterführung einer durch Neurologen angesetzten Medikation • Ansetzen und Durchführen einer medikamentösen Therapie durch den Hausarzt nicht regelmäßig |
| Beruhigungsmedikation | <ul style="list-style-type: none"> • Paradoxe Wirkung • Gefahr des Delirs • Nur temporärer und vorsichtiger Gebrauch bei alten und dementen Menschen! |
| Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Förderung von Demenzpatienten | <ul style="list-style-type: none"> • Je nach Demenzform und Situation des Patienten: Versuch der Förderung durch Verschreibung von Physio- und Ergotherapie • Umsetzung oft unzureichend • Hausarzt durch Budgetierung in seinen Möglichkeiten begrenzt |

Die Versorgungssituation im ländlichen Bereich Sachsen-Anhalts wird von den Hausärzten als defizitär und nicht ausreichend vorhanden beschrieben. Die Betreuungslandschaft von Demenzpatienten beschränkt sich auf wenige tagesklinische Angebote und die Unterbringung im Pflegeheim als Alternative zur häuslichen Pflege durch Angehörige. Die Beschäftigung und Förderung von Demenzpatienten in ambulanten

Tageseinrichtungen wird dabei als sehr positiv für die Betroffenen erlebt, jedoch übersteigt aus der Sicht der Hausärzte im ländlichen Bereich die Nachfrage aktuell das Angebot. Es bestehen Bedarfe bei der tagespflegerischen, ambulanten Versorgung sowie bei Angeboten externer Beratungs- und Sozialstationen. Die Versorgung in den Pflegeheimen ist in vielerlei Hinsicht nicht gut an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst. Die körperliche Pflege wird gewährleistet, doch geistige Förderung und emotionale Zuwendung wird aufgrund mangelnder personeller und zeitlicher Ressourcen oft vernachlässigt. Die ambulant-fachärztliche Versorgung durch niedergelassene Neurologen und Psychiater kann nicht allen Patienten mit kognitiven Einschränkungen zuteilwerden, da schlichtweg nicht genügend Kapazitäten vorhanden sind. Die stationäre Behandlung in der Geriatrie oder Gerontopsychiatrie wird als zu wenig demenzspezifisch erlebt, es wird eher auf die körperlichen Gebrechen oder die Ruhigstellung des Patienten fokussiert. Auch wünschen sich einige Hausärzte Unterstützung bei den sozialen Belangen, die bei Demenzpatienten zu einer guten Versorgung in großem Maße dazugehören, wie die Etablierung von Beratungsstellen für Patienten und Angehörige oder Hilfe bei dem Management häuslicher und pflegerischer Herausforderungen.

Die in diesem Kapitel vorgenommene Zusammenfassung der Ergebnisse macht einmal mehr die vielfältigen Herausforderungen deutlich, die die Versorgung der Demenz mit sich bringt. Es scheint, dass die vielen Seiten der Demenz eine personen- und situationsbezogene Behandlung und Versorgung des Betroffenen verlangen und von dem Hausarzt ein Umdenken in der Diagnostik, Therapie und Versorgung fordern. Die Aufgabe besteht darin, nicht nur eine Erkrankung zu behandeln, die sich in ihrem Erscheinungsbild in vielen Aspekten der Kontrolle und Therapie durch den Arzt entzieht, sondern auch, jeden Patienten mit jeweils individuellen Symptomen und spezifischem Krankheitsverlauf zu begleiten und zu versorgen. Jeder Patient ist anders. Die starke Prägung der hausärztlichen Behandlung von Patienten mit demenziellen Defiziten durch die eigenen Erfahrungen und die daraus geformte persönliche Einstellung der Mediziner liegt vielleicht genau darin begründet, dass diese Erkrankung von dem Hausarzt verlangt, ein an jeden Fall neu angepasstes Versorgungskonzept zu entwickeln.

4.1.2 Literaturvergleich mit den Ergebnissen der Forschungsfragen

a) Akzeptanz von Früherkennungsprogrammen auf Demenz in der Hausarztpraxis

Ein wichtiges Forschungsinteresse dieser Arbeit liegt darin, herauszufinden, inwieweit Früherkennungsprogramme auf Demenz in der Hausarztpraxis Anklang finden und angewendet werden. Mit der Einführung des hausärztlich-geriatriischen Basisassessments in die Gebührenordnung der Allgemeinmediziner seit Oktober 2013 steht ein Werkzeug zur Verfügung, um frühe, kognitive Veränderungen bei Patienten zu objektivieren. Die Enttabuisierung der Demenz wird durch Institutionen, wie dem Bundesministerium für Gesundheit (z.B. mit dem Projekt Zukunftswerkstatt Demenz, 2017) oder der DAzG, weiter voran getrieben und das Interesse der Bevölkerung wächst beständig, das

Erkrankungsrisiko an Demenz zu erfahren (Bundesärztekammer 2018). Deshalb werden Früherkennungsprogramme relevanter. Bei den befragten Hausärzten finden solche Programme aktuell wenig Anklang (siehe Abb.2). Die Bereitschaft zur konsequenten Anwendung des GBA bei allen Patienten über 70 ist noch relativ gering und eher als Ausnahme zu werten, obwohl den Hausärzten bewusst ist, dass sie ohne einen besonderen Fokus beginnende Demenzen nicht erfassen. Das bestätigen auch neuere Untersuchungen (Eichler et al. 2014). Die mangelnde Akzeptanz und Anwendung von den aktuell vorgeschlagenen Tests zur Früherkennung von Demenz liegt möglicherweise in der Erkrankung selbst begründet, die sich immer noch einer befriedigenden Diagnostik und Therapie entzieht. Die Progressionswahrscheinlichkeit von MCI zum Vollbild einer Demenz ist im Einzelfall schwierig vorauszusagen (Kaduszkiewicz et al. 2014). Zur Sensitivität der diagnostischen Testungen, also dem Wert, der besagt, bei wie vielen der erkrankten Patienten die Krankheit tatsächlich durch den Test erkannt wird, gibt es keine Angaben. Die Ätiologie und Pathogenese der Demenz sind sehr unterschiedlich und noch Gegenstand der Forschung. Eine Frühbehandlung, die den Krankheitsverlauf aufhalten kann, ist nicht vorhanden. Für die Tests, die im Rahmen des GBA zur Früherkennung von Demenz vorgeschlagen werden, gibt es keinen Standard, wie und in welcher Reihenfolge vorgegangen werden soll. Der Hausarzt kann selbst entscheiden, welche Tests er verwenden möchte. Dadurch kann es sein, dass das GBA vom Hausarzt durchgeführt wird, ohne dass die Hirnleistung durch standardisierte Testverfahren beurteilt wurde. Außerdem sind viele der befragten Hausärzte der Meinung, dass die Lebensqualität des Patienten durch eine Demenzfrüherkennung keineswegs verbessert, sondern durch das Wissen um eine unheilbare Krankheit verschlechtert wird (siehe Abb.2). All diese Faktoren stützen die Empfehlung der DEGAM-Leitlinie, ein generelles Screening auf Demenz nicht durchzuführen (Hensler et al. 2006). Die Hausärzte führen eine Demenzdiagnostik im Einzelfall bei bestimmten Aufgreifkriterien durch, wie es in der DEGAM- Demenzleitlinie auch beschrieben ist. Allerdings geht es beim GBA nicht um ein generelles Screening, sondern um die Beurteilung bestimmter altersspezifischer Beeinträchtigungen einer bereits vorselektierten Gruppe von Patienten. Dabei sollen körperlich und geistig aktive ältere Patienten ohne Behinderungen („robuste“ Patienten) von denen unterschieden werden, die Zeichen von Gebrechlichkeit oder Einschränkungen oder ein erhöhtes Risiko dafür (Patienten mit „frailty“) aufweisen (2017). Zum Zeitpunkt der Interviewführung gab es diese Leitlinie noch nicht, das GBA konnte zwar abgerechnet werden aber außer dem Alter (ab dem 70. Lebensjahr) gab es keine Cut-off-Kriterien. Das GBA als relativ neues Instrument der Detektion von Demenzen empfanden die Hausärzte aus oben genannten Gründen als unausgereift. Ob nun durch die GBA-Leitlinie mit vorgeschaltetem Screening auf Frailty Demenztestungen von den Hausärzten häufiger durchgeführt und dadurch auch vermehrt Frühformen einer Demenz aufgedeckt werden können, muss weiterführende Forschung zeigen.

b) Einflussfaktoren der Einstellung von Hausärzten gegenüber dem Krankheitsbild Demenz

Es konnten verschiedene Faktoren herausgearbeitet werden, die die Einstellung der befragten Hausärzte gegenüber dem Krankheitsbild Demenz beeinflussen. In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass je nach Engagement für geriatrische Patienten und Ausbildungsstand auf diesem Gebiet große Unterschiede bei der Behandlungsqualität von Demenzpatienten zu verzeichnen sind. Dies bestätigen auch andere Studien (Björkstén et al. 2014). Dabei spielt eine Rolle, inwieweit der Hausarzt das Ausmaß der Demenzerkrankung in seiner Praxis wahrnimmt, etwa als zunehmend großen Anteil in seinem Patientengut, für den eine persönliche Weiterbildung und Weiterentwicklung der eigenen Praxis wichtig ist oder mehr als gleichbleibend geringen Anteil, der eher in den Aufgabenbereich der Spezialisten und Pflegeinstitutionen fällt. Es konnten der Ausbildungsstand bzw. das Weiterbildungsinteresse im geriatrischen Bereich, hervorgehend aus der Einschätzung des Stellenwerts von Demenzpatienten in der eigenen Praxis, als wichtiger Einflussfaktor auf die Einstellung der Hausärzte gegenüber Demenz herausgearbeitet werden. Des Weiteren spielt die Beurteilung der zusätzlichen Kosten und des zeitlichen Aufwands eine entscheidende Rolle. Demenzpatienten sind in vielerlei Hinsicht besondere Patienten für die Hausärzte dieses Samples. Die Herausforderung zeigt sich in einer fortwährenden Re-Evaluation des kognitiven Leistungsvermögens des Patienten, um ein Fortschreiten von leichten Einschränkungen zu einer Demenz nicht zu verpassen und zu objektivieren, einer genauen Differenzialdiagnostik, die eventuell mit bildgebenden Verfahren bestätigt werden muss, einer medikamentösen Therapie, die ebenfalls einer genauen Kontrolle unterliegt und schließlich einer Betreuung, die eher unter einem palliativen Gesichtspunkt steht und die Herstellung immer wieder neuer Versorgungsgleichgewichte zur Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen und deren Angehörigen fordert. In all diesen Stadien werden sowohl zeitliche als auch finanzielle Ressourcen der befragten Ärzte strapaziert, welche jedoch bereits knapp bemessen sind. Diese Ressourcenknappheit und die damit einhergehenden Mängel bei der hausärztlichen Versorgung von Demenzpatienten sind bereits bekannt (Koch et al. 2010). Daraus ergibt sich eine mehr oder weniger starke Überforderung, die die Einstellung der befragten Hausärzte gegenüber Demenzpatienten prägt. In dieser Studie wird deutlich, dass der in Leitlinien und Verordnungen vorgegebene Behandlungs- und Betreuungsplan von Demenzpatienten im hausärztlichen Setting aufgrund der großen Individualität und Vielschichtigkeit der Erkrankung nicht immer eingehalten werden kann und nicht selten den finanziellen und zeitlichen Rahmen des in einer Hausarztpraxis Möglichen sprengt. Eine eher zurückhaltende und abwehrende Haltung gegenüber Demenzdiagnostik und -therapie ist die Folge. Begrenzte Mittel machen eine Behandlung von Patienten, die viele Ressourcen benötigen, zu einem Balanceakt und nicht selten befinden sich Hausärzte in einem Dilemma zwischen den Ansprüchen einer guten Behandlung einzelner Patienten und dem Druck, allen Patienten gerecht zu werden.

c) Untersuchungsmethoden zur Detektion einer Demenz und Nutzung der Therapiemöglichkeiten

Es konnte gezeigt werden, dass der Großteil der Hausärzte durch die Ansprache von Angehörigen oder der

Betroffenen selbst auf demenzielle Symptome des Patienten aufmerksam werden und eher selten durch Unterbrechungen der routinierten Abläufe in der Hausarztpraxis oder zufällige Beobachtungen selbst Veränderungen wie z.B. durch Wortfindungs- und Sprachstörungen, Wesensveränderungen, nachlassender Überblick über Medikamentenverordnungen, Störungen der zeitlichen Orientierung, Amnesie und Apraxie bemerken. Eine patientengruppenorientierte Durchführung des GBA wurde nur von einer geriatrisch weitergebildeten Hausärztin praktiziert. Die neuropsychologischen, motorischen und kognitiven Tests zur Detektion einer Demenz werden im Regelfall erst bei augenscheinlichen Symptomen als Einzelfallentscheidung durchgeführt. Die postulierte Zurückhaltung der Hausärzte gegenüber neuropsychologischer Testungen (Pentzek et al. 2005) scheint weiterhin aktuell und auch die in dieser Studie genannten Gründe, wie zeitlicher und finanzieller Druck, diagnostische Unsicherheit und die befürchtete Verängstigung des Patienten durch die Tests konnten in dieser Studie bestätigt werden. Der Großteil der befragten Hausärzte bezieht neurologische und psychiatrische Fachärzte durch Überweisung des Patienten zur weitergehenden Differenzialdiagnostik und Therapie in den Prozess der Detektion einer Demenz mit ein. Zwar wird auch oft auf die Schwierigkeit des Erhaltens eines zeitnahen Termins beim Facharzt verwiesen, aber in den meisten Fällen versuchen die Hausärzte zumindest, einen anderen spezialisierten Facharzt in die Behandlung mit einzubinden. Die in einer Studie erkannte noch geringe Überweisungsrate von Patienten mit kognitiven Defiziten aus der hausärztlichen Praxis zu anderen Fachärzten (van den Bussche et al. 2011) ist laut der befragten Hausärzte nicht auf mangelnde Bereitschaft, sondern auf ungenügend vorhandene fachärztliche Kapazitäten zurückzuführen. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass sie sich eine Zusammenarbeit mit den Spezialisten wünschen. Auch fühlen sich viele Hausärzte entlastet, wenn der Facharzt die Demenz-Therapie übernimmt. Die Hürde, eine medikamentöse Therapie selbstständig zu beginnen, ist für viele Hausärzte aufgrund des hohen finanziellen und zeitlichen Aufwandes bei zweifelhafter Wirksamkeit zu hoch und wird besser toleriert, wenn Fachärzte diese Therapie ansetzen und kontrollieren. Es bestätigt sich hier, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und anderem Facharzt die Behandlung eines Patienten verbessert (Russ et al. 2013) und es zeigt sich, dass eine solche Arbeitsgemeinschaft von den Hausärzten gewünscht und angestrebt wird.

Nichtsdestotrotz machen die in dem Sample dieser Studie beobachteten großen Unterschiede in den diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen, abhängig von der Einstellung und dem Bildungsstand der Hausärzte gegenüber Demenz (siehe Falldarstellungen), deutlich, dass die Versorgung von Demenzpatienten je nach Hausarzt stark variieren kann.

d) Rollenkonzepte der Hausärzte

Die in dieser Arbeit entwickelten Rollenkonzepte sind speziell auf das Krankheitsbild der Demenz herausgearbeitete Aufgaben- und Verantwortlichkeitsbereiche, die sich die Hausärzte selbst zuschreiben. Mit allgemeinen Rollenbildern, die Aspekte der ärztlichen Tätigkeit beschreiben, haben sich bereits

verschiedene Arbeitsgruppen auseinandergesetzt. Besondere Beachtung und Akzeptanz erfährt dabei das vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2005 entwickelte Grundgerüst „CanMEDS 2005 Framework“ zur Definition der Rolle des Arztes, welches neben der Rolle des Medizinischen Experten noch andere wichtige Funktionen hervorhebt, die einen guten Arzt ausmachen. Dazu gehören Fähigkeiten der Kommunikation, der Zusammenarbeit, eines guten Managements und des lebenslangen Lernens, genauso wie das Vermögen als Fürsprecher des Patienten zu agieren und eine ethisch hochstehende ärztliche Haltung zu wahren. 2009 wurde dieses Grundgerüst als „CanMEDS - Family Medicine Framework“ speziell für Allgemeinmediziner angepasst.

Die in dieser Arbeit beschriebene Rolle des medizinischen Experten lässt sich mit der CanMED-Rolle des Experten für Allgemeinmedizin vergleichen. Die hausärztliche Tätigkeit deckt das ganze Spektrum der Medizin ab – von der Prävention über die Diagnostik, Therapie bis hin zu Rehabilitation und Palliativmedizin. Der Hausarzt will dabei demenzielle Symptome, die er bei seinen Patienten bemerkt, so effizient wie möglich trotz begrenzter Ressourcen managen. Dazu gibt es die Strategie, zu weiterer Diagnostik und Therapieanordnungen den Spezialisten zu konsultieren und die Betreuung des Patienten mit dessen Anweisungen weiterzuführen. Ein anderes Vorgehen ist es, bei der Wahrnehmung eines steigenden Bedarfs der Versorgung von Demenzpatienten selbst Wissensgrundlagen und Fertigkeiten zu erwerben. Die Erkenntnis um die Relevanz von demenziellen Erkrankungen im Patientengut führt zu einer Anpassung an das spezielle Patientenkollektiv und die örtlichen Anforderungen. Diese Strategien machen den Hausarzt zu einem wertvollen Akteur für die Versorgung von Demenzpatienten in ihrer Region.

Die Rolle des Vermittlers bei der Kommunikation von Informationen und bei der Gesprächsführung mit Patient und Angehörigen fällt unter die CanMEDS-Kategorie des Kommunikators. Am Beispiel der Kommunikation eines Verdachts auf Demenz gegenüber dem Patienten sind Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen, Ermutigung, Trost spenden und Zuhören gefragt, die eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung kreieren und in deren Rahmen es möglich wird, eine Diagnose zu formulieren und das weitere Vorgehen zu planen. Wiederholte Kontaktierungen und angemessene Informationsvermittlung sind dabei essentiell. Dabei befindet er sich ebenfalls im dynamischen Austausch mit den Angehörigen und bietet auch hier Orientierung, Aufklärung und Begleitung an.

Des Weiteren konnte in dieser Arbeit eine Veränderung des Rollenbildes weg vom Heiler und hin zum Versorger herausgearbeitet werden. Dieser Shift zu einem neuen Rollenverständnis bei der Behandlung von Demenzpatienten ist wichtig, da sonst bei Schwierigkeiten von der kurativen Behandlungsstrategie („curing“) zu einer begleitenden, fürsorglichen Behandlungsweise („caring“) überzugehen, Frust, Hilfslosigkeit und Traurigkeit vonseiten des Arztes die Arzt-Patienten-Beziehung belasten können (Apeoa-Varano et al. 2011). Es zeigt sich, dass dieser Shift auch Einfluss auf die Einstellung zur Frühdiagnostik der Demenz hat. Waren Hausärzte, die durch die unbefriedigenden Therapieoptionen der Demenz und deren aktueller Unheilbarkeit ihrem Rollenbild des Heilers nicht gerecht werden konnten, eher einer

Demenzfrüherkennung abgeneigt, zeigten sich Hausärzte, die sich für diese Patientengruppe bereits als Versorger sahen, einer frühen Sicherung der Diagnose, auch durch ein Screening, aufgeschlossen und konnten aus dem offenen Umgang mit der Demenzdiagnose bereits positive Aspekte, wie eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und der Angehörigen durch Aufklärung und Begleitung sowie eine adäquate Förderung der Erkrankten gewinnen. Auf der anderen Seite war natürlich auch ein größerer Aufwand zur diagnostischen und therapeutischen Re-Evaluation und dem Finden immer neuer Versorgungsgleichgewichte nötig.

e) Versorgungssituation und Netzwerke im ländlichen hausärztlichen Setting

Basierend auf der Aussage der Hausärzte stellt sich die pflegerische Versorgung von Demenzpatienten in der ländlichen Region Sachsen-Anhalts noch als ungenügend und unprofessionell dar. Aktuell befinden sich verschiedene tagespflegerische und geriatrische Einrichtungen im Aufbau. Solche Entwicklungen, besonders im tagesklinischen Bereich, empfinden die Hausärzte als sehr hilfreich. Auch Pflegeheimplätze werden schnell zur Verfügung gestellt, allerdings wird die Pflege aufgrund schlecht ausgebildeter Arbeitskräfte und Zeitmangel von den Hausärzten als unprofessionell wahrgenommen. Es scheint, dass Demenzpatienten oft nicht die nötige Aufmerksamkeit zuteil wird, da ihre Betreuung den Rahmen der Versorgung eines kognitiv gesunden, alten Menschen bei weitem übertrifft. Dies bestätigen auch ausführlichere Überlegungen und Nachforschungen zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz (Brandenburg & Günther 2013). Hier werden die Mängel in der Versorgung von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen einerseits auf einen Fachkräftemangel aufgrund politischer und gesellschaftlicher Benachteiligung der Pflegenden und sinkender Attraktivität des Pflegeberufs (schlechte Bezahlung, Schichtdienste, belastende Arbeitsbedingungen, zunehmende Funktionalisierung) zurückgeführt. Andererseits liegt das Problem in dem Versuch, die Lebensqualität von Heimbewohnern extern, bspw. über Testungen durch MDK-Dienste, zu kontrollieren und zu objektivieren, was die Gefahr des Verlustes des Interesses an einer individuellen Förderung von Lebensqualität in sich birgt. Nicht zuletzt spielt auch die fehlende gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Altern und die mangelnde Diskussion über die gewünschte Pflege und die einzubringenden Ressourcen eine Rolle (ebd.). Ein Umdenken neuer und angepasster Versorgungswege für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen ist nötig, gerade weil ein Großteil der Bewohner von Pflegeheimen heute von Demenz betroffen ist.

Netzwerke betreffend, zeigt eine neuere Studie (Wolf-Ostermann, et al. 2017), dass Menschen mit Demenz in solchen Versorgungsverbänden häufiger eine evidenzbasierte und von Leitlinien empfohlene Versorgung erhalten. Eine strukturierte, demenzspezifische Betreuung wiederum hat eine signifikante Verbesserung der Situation von Betroffenen und Angehörigen zur Folge (Thyrian et al. 2017).

Zu einer weiteren Verbesserung der Versorgung kann die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte beitragen. In Deutschland gibt es seit 2011 ein Modellvorhaben, welches durch den Gemeinsamen

Bundesausschuss vorgelegt wurde und worin erprobt werden soll, wie solch eine Übernahme ärztlicher Aufgaben konkret in der Praxis ablaufen kann. Im Bereich Demenz können im Rahmen dieser Richtlinie Tätigkeiten wie Verlaufsbeobachtung und -dokumentation inform von Assessments, Bewertung der Selbstmanagementfähigkeiten oder Beratung von Angehörigen von Pflegekräften durchgeführt werden. Die positiven Erfahrungen mit interprofessionellen Teams, die international sowie national bereits gesammelt wurden (Dini Pou del Castillo, AGnES-Projekt), führten noch nicht zu einer Übernahme solcher neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung, da von vielen Ärzten Deprofessionalisierung, Statusverlust und Bedrohung der ärztlichen Definitionsgewalt befürchtet wird (Herrmann & Lehmann 2016).

4.2 Diskussion der Methode

4.2.1 Diskussion der Datenerhebung und -analyse

Grundsätzlich sind qualitative Ansätze eher dadurch gekennzeichnet, subjektbezogene Perspektiven in den Vordergrund zu rücken (Lamnek 2006). Aufgrund dieser Fokussierungen ergeben sich die Gütekriterien, woran die Qualität der Forschungsarbeit gemessen werden kann. Diesem Projekt liegen die Gütekriterien (im Folgenden kursiv geschrieben) zugrunde, die Steinke in ihrer Übersichtsarbeit zusammengefasst hat (2000).

Die Schritte der Analyse wurden während des Forschungsprozesses kontinuierlich dokumentiert und schließlich im Methodik-Kapitel beschrieben. Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 2016) wurde passend zur Forschungsfrage und den zu erzielenden Ergebnissen ausgewählt (*empirische Verankerung*).

Die Interviews konnten im direkten Arbeits- und Lebensumfeld der Hausärzte erhoben werden. Die sich daraus ergebenden Herausforderungen an die Forscherin wurden im Kapitel 4.1.3 dargestellt (*reflektierte Subjektivität*).

Zwar konnte aufgrund der in allen Interviews deutlich werdenden Diversität an Handlungsansätzen und individuellen Versorgungssituationen keine theoretische Sättigung erreicht werden, jedoch gelang es einen Überblick über unterschiedliche Arbeitsweisen und Handlungsstrategien zur Beantwortung der Forschungsfrage zu erhalten. Durch die Auswahl dreier sehr unterschiedlicher Eckfälle sowie deren Analyse konnten die Bandbreite des erhobenen Materials ausgelotet werden (*Limitation*).

Einen weiteren wichtigen Beitrag zu einem qualitativen Arbeiten (*intersubjektive Nachvollziehbarkeit*) lieferten die regelmäßigen Forschungskolloquien des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG), der Universität Magdeburg. Unter der Leitung der Soziologinnen Dr. Astrid Eich-Krohme und Dr. Anke Spura konnte ich mit anderen im qualitativen Bereich tätigen Doktoranden Material, Methodik und Ergebnisse rege diskutieren und von der Erfahrung und Expertise der anderen Teilnehmenden profitieren. Ähnlichen Austausch boten die Promovierenden-Treffen des Instituts für Allgemeinmedizin unter der Leitung von Prof. Herrmann, wo ich den Fortschritt meiner Forschungsarbeit

vorstellte und mit anderen Promovierenden in den Austausch trat.

4.2.2 Diskussion der Stichprobe

Die Rekrutierung der teilnehmenden Hausärzte erfolgte zunächst über mein persönliches Netzwerk und die daraus resultierenden Empfehlungen (Schneeballsystem). So konnten Ärzte für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden, die sonst wahrscheinlich nicht eingewilligt hätten. Das zeigt der erfolglose Versuch der Rekrutierung von Hausärzten über bloßen E-Mail- oder Telefonkontakt. Es konnten somit Erlebniswelten sichtbar gemacht werden, die sonst eher verborgen bleiben. Die Ärzte, die über das Schneeballprinzip rekrutiert wurden, stellen möglicherweise eine Subgruppe dar, da es sich eher um Mediziner handelte, die gern an Forschungsprojekten teilnehmen und etwas an der aktuellen Situation Demenzkranker verbessern wollen. Es ergab sich die örtliche Begrenzung der Hausarztpraxen auf den ländlichen Bereich Sachsen-Anhalts. Die wahrgenommene Zunahme an Demenzerkrankten im Patientengut sowie die beschriebene Versorgungssituation durch die befragten Hausärzte sind daher im Kontext dieser Region zu betrachten und möglicherweise nicht auf urbane Räume übertragbar. Dadurch, dass mir die Ärzte bereits bekannt waren oder der Kontakt durch Empfehlungen anderer Mediziner zustande kam, konnte schnell eine vertrauens- und respektvolle Gesprächsatmosphäre geschaffen werden. Dies war auch dadurch möglich, dass ich mich immer als Kollegin vorstellte und daher eine Art soziale Nähe erzeugt wurde. Trotz des gemeinsamen, fachlichen Hintergrunds war es mir in der Position als Lernende möglich, einen umfassenden Einblick in die Arbeitsweisen der Ärzte zu erhalten.

4.2.3 Grenzen der Generalisierbarkeit der Befunde

In dieser Studie werden die Praxissituation und der Arbeitsalltag einzelner Hausärzte demenzielle Erkrankungen betreffend erforscht, um einen Überblick über Vorgehensweisen und Handlungsmotive der Mediziner in diesem Bereich zu gewinnen. Es handelt sich um Einzelfallrekonstruktionen, die keine repräsentativen, statistischen Folgerungen zulassen. Wie oben bereits erwähnt, bleibt offen, ob sich die Ergebnisse im Bereich der wahrgenommenen Situation, der Versorgung und des Bedarfs im Bereich der hausärztlichen Betreuung von Demenzpatienten auf andere Bundesländer übertragen lassen.

4.2.4 Offene Fragen aufgrund des Studiendesigns

Die Rekrutierung der Teilnehmer über vorrangig private Kontakte und das Schneeballprinzip sind gezielte Auswahlverfahren und es besteht die Gefahr, sich dadurch in einer spezifischen Gruppe zu bewegen und andere Bereiche nicht abzudecken. Es kam es bei dieser Arbeit zu einer Selektion, da mir bekannte Hausärzte ihrerseits bekannte Hausärzte zur Teilnahme bewogen und eventuell ähnliche Handlungsmotive und Einstellungen bei Kollegen zu finden sind, die man gut kennt oder mit denen man gar befreundet ist. Eine weitere Einschränkung des Samples ergibt sich möglicherweise daraus, dass die teilgenommenen Ärzte

allgemein an einer Verbesserung der Forschung auf dem Gebiet der Demenz interessiert sind, was einige auch so geäußert haben.

4.3 Fazit

Der Umgang der Hausärzte mit Patienten, bei denen ein Verdacht auf Demenz besteht, ist größtenteils weiterhin als zurückhaltend und abwartend zu bewerten. Der Hausarzt handelt in den meisten Fällen erst, wenn andere Personen, besonders aber die Angehörigen des Betroffenen, auf Veränderungen im Zusammenleben mit dem Patienten aufmerksam machen und Hilfe suchen. Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz, wenn Symptome auftreten und gelindert werden müssen, greift der Hausarzt regulierend und organisierend ein, wobei er nicht selten eskalierten Situationen ausgesetzt ist. Eine Früherkennung von Demenz wird trotzdem überwiegend als kritisch angesehen und findet aus Gründen der gefürchteten Verunsicherung des Patienten bei mangelnder Therapieoption einerseits, mangelndem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten bei der Frühdiagnostik einer Demenz andererseits und nicht zuletzt dem empfundenen Mangel an Ressourcen, wie Zeit und finanziellem Budget, keine flächendeckende Zustimmung. Die Problematik liegt hier nicht in einem unzureichenden Wissen über Demenz, denn alle Hausärzte kennen die korrekte Vorgehensweise einer Demenzdiagnostik und -therapie, sind mit den Leitlinien vertraut und wissen um die Bestrebungen, mit dem GBA verschiedene Screening-Tests auf Demenz in der Praxis in Bezug auf Einzelfälle zu implementieren. Die Schwierigkeit ist eher, dass sich viele Hausärzte in der ländlichen Region als Einzelkämpfer wahrnehmen, wenige Netzwerke kennen oder auch tatsächlich zur Verfügung haben und ihre Entscheidungen und Handlungen somit in besonderem Maße von der persönlichen Erfahrung mit und Einstellung gegenüber der Behandlung einer Demenz zusammenhängen. Eine negative Erfahrung mit beispielsweise der Beschämung eines Patienten, der keine Uhr zeichnen kann, aber sonst im Alltag noch gut zurecht kommt, kann dazu führen, dass der Hausarzt gar keine Uhrentests mehr durchführt. Tatsächlich zeigt sich in vielen Fällen, dass die Einstellung des Hausarztes, geprägt durch seine Erfahrungen, ausschlaggebend dafür ist, ob er dem GBA aufgeschlossen ist und der Behandlung und Betreuung von Demenzpatienten engagiert gegenübersteht. Die Herausforderung besteht darin, Fortbildungsprogramme zu entwickeln, bei denen Hausärzte nicht so sehr ihr Wissen, sondern ihre Einstellungen und Handlungsmotive gegenüber Demenz hinterfragen. Des Weiteren erscheint es wichtig, Programme zu erstellen, mit denen es Hausärzten leichter fällt, sich mit Kollegen und anderen fachspezifischen Einrichtungen zu vernetzen. Eine interprofessionelle Kommunikation, besonders im Bereich der Versorgung des „besonderen Patienten mit Demenz“ mit all seinen Herausforderungen, ist notwendig. Die Versorgung betreffend ist zu hoffen, dass langsam auf den vorherrschenden Mangel an adäquaten pflegerischen Einrichtungen und Beratungsstellen für Betroffene, Angehörige und Ärzte reagiert wird. Mit den im Januar 2017 neu strukturierten und definierten Pflegegraden, bei denen Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen besonders berücksichtigt werden, ist zu erwarten, dass sich die

Situation der Betroffenen und deren Angehörigen entspannt. Auch die 2017 eingeführte DEGAM-Leitlinie zum GBA verspricht eine Hilfestellung für ein strukturierteres Vorgehen bei der Frühdiagnostik von Demenz. Weitere Forschung muss zeigen, ob dies tatsächlich der Fall sein wird.

4.4 Ausblick

4.4.1 Praktische Konsequenzen und Implikationen

Den Ergebnissen dieser Arbeit folgend, rückt eine konkrete Förderung der Vernetzung von Hausärzten in den Fokus. Möglicherweise wäre eine Anregung von Qualitätszirkeln dazu förderlich, bei dem Austausch über Erfahrungen mit der Diagnostik, Therapie und Versorgung von kognitiv eingeschränkten Patienten sich gemeinsam auf die Suche von regionsspezifischen Lösungen zu begeben. Diese interkollegiale Kommunikation sollte des Weiteren auf eine Annäherung mit anderen fachärztlichen Kollegen und Demenzforschern ausgeweitet werden. Von den Ressourcen des Hausarztes als langjähriger Begleiter seiner Patienten und als Akteur im Forschungsfeld der Entdeckung und Erstversorgung einer Demenz können die Wissenschaftler profitieren. Andererseits kommt eine Verbesserung der interprofessionellen Versorgung den Patienten zugute. Beispielsweise eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung, bei der geriatrisch engagierte Hausärzte, Fachärzte und Wissenschaftler jeweils aus ihrem Blickwinkel erfolgsversprechende und -erprobte Erkenntnisse teilen, könnte eine Horizonterweiterung für alle Beteiligten bedeuten. Weiterhin erscheint es wichtig, die Rolle des begleitenden Hausarztes, ähnlich wie bei der Palliativversorgung, als wichtigen Aufgabenbereich bei der Versorgung von Demenzpatienten zu fördern. Oftmals behindert die Skepsis gegenüber der Frühdiagnostik und Therapie einer Demenz die Auseinandersetzung mit der Krankheit. Die empfundene Handlungseinschränkung lähmt den Hausarzt in seiner Motivation, aktiv etwas für den Patienten zu tun. Eine abwartend-passive Haltung wird von den meisten Hausärzten als das Beste wahrgenommen, was für den Patienten getan werden kann, also ihn so lang wie möglich in der Illusion seines gewohnten und normalen Lebens zu belassen. Ein Umdenken vom heilenden zum begleitenden Arzt, zumindest in diesem Bereich, kann den Begriff Behandlungserfolg umdefinieren von einem Verschwinden der Symptome zu einem Verhandeln und Akzeptieren der neuen Situation, von einem guten Leben nicht ohne, sondern mit der Erkrankung. Von vielen Hausärzten gewünscht und sicher hilfreich für alle Beteiligten wäre in diesem Rahmen die Implementierung einer Demenzberatung als Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige, die den Hausarzt in seiner Aufgabe als Ratgeber entlasten würde. Die Erstellung einer strukturierten Information über die Angebote zur Versorgung von Demenzpatienten in der Region würde allen Beteiligten einen guten Überblick verschaffen und eventuelle Versorgungsengpässe aufdecken, zumal in dieser Studie deutlich wurde, dass alle Ärzte über unterschiedliche Informationen über das Angebot für Demenzpatienten in der Region verfügen. Ein Überblick über vorhandene Angebote sowie eine externe Beratungsstelle sind ein anzustrebendes Ziel für die ländliche Region Sachsen-Anhalt. In diesem Rahmen sollte weitere qualitative Forschung speziell

vorhandene und benötigte Ressourcen der Region aufdecken. Vereinzelt Hausärzte mit geriatrischer Ausbildung zeigen, dass eine auf den Patienten gut abgestimmte Behandlung in einer Praxis, die eng mit anderen Behandelnden und Einrichtungen zusammenarbeitet, möglich ist. Diese Ärzte setzen bereits die grundlegenden Elemente eines guten Krankheitsmanagements mit angepasstem Behandlungsplan und regelmäßigen Untersuchungsterminen um. Inwieweit ein strukturiertes Versorgungsprogramm für Demenz sinnvoll wäre, muss weitergehende Forschung zeigen.

4.4.2 Anregungen für weitere Untersuchungen

In diesem Sinne ergeben sich folgende Anregungen für mögliche weiterführende Forschungen auf diesem Gebiet. Interessieren würden beispielsweise diese Fragen: Welche Unterstützungsangebote/Netzwerke gibt es in Sachsen-Anhalt und in welchem Maß werden sie in Anspruch genommen? Welche Personengruppen werden erreicht? Wer informiert über solche Unterstützungsangebote und wie gelangen die Informationen zu den Betroffenen? Welche Bedeutung haben bereits bestehende Netzwerke für Hausärzte? Welchen Einfluss haben Fortbildungen auf das Handeln von Hausärzten im Bereich Demenz? Welche Rolle spielt die hausärztliche Versorgung in der Gesamtversorgung von Demenzpatienten in Sachsen-Anhalt? Es zeigt sich, dass in diesem Bereich noch weitere qualitative Forschung vonnöten ist, um das Gesamtbild der Versorgung von Demenzpatienten in der Region zu vervollständigen.

5 Zusammenfassung

Von Demenz sind heute in Deutschland 1,6 Millionen Menschen betroffen, mit steigender Tendenz. Ihre Versorgung stellt vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine immer größere Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen dar. Hausärzte nehmen eine besondere Rolle in der medizinischen Versorgung ein. Über ihre Handlungsweisen und Versorgungsstrukturen, gerade im ländlichen Raum, ist jedoch wenig bekannt. Diese Studie hat deshalb das Ziel, im Rahmen eines Wissensaustauschs zwischen Primärversorgern und neurowissenschaftlichen Forschern, die aktuellen hausärztlichen Versorgungsperspektiven und Umgehensweisen mit Demenzpatienten zu erforschen. Dazu wurden von April bis Oktober 2015 neun leitfadengestützte Interviews geführt, welche im Anschluss transkribiert, anonymisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden (Mayring 2015) sowie drei Eckfälle herausgearbeitet, um besondere Haltungen und Unterschiede der Interviewten darzustellen.

Es konnten zwei Grundhaltungen gegenüber der *Früherkennung von Demenz* im Rahmen des GBAs herausgearbeitet werden. Eine befürwortende Haltung, bei offenem Umgang profitiere der Betroffene von einer frühen Diagnose durch eine Verlangsamung des Krankheitsverlauf und den Erhalt seiner persönlichen und sozialen Kompetenz und demgegenüber eine ablehnende Haltung, der Betroffene sei vor dem Wissen über eine unheilbare Krankheit zu schützen. Einigkeit besteht darüber, dass das Frühstadium der Demenz ohne besonderen Fokus nicht erkannt werde. *Aufgreifkriterien*, wie Wortfindungs- und Sprachstörungen, Störungen der zeitlichen Orientierung, Amnesie und Apraxie, werden oftmals erst im fortgeschrittenen Stadium der Demenz durch den Hausarzt erkannt oder durch Angehörige kommuniziert. *Diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen* können je nach Hausarzt stark variieren und hängen u.a. vom geriatrischen Weiterbildungsinteresse und vom eigenen *Rollenverständnis* des Hausarztes ab. Im Fokus steht der Shift vom Heiler zum Versorger. Hausärzte, die durch die unbefriedigenden Therapieoptionen der Demenz und derer aktuellen Unheilbarkeit ihrem Rollenbild des Heilers nicht gerecht werden können, sind eher einer Demenzfrüherkennung abgeneigt, wogegen Hausärzte, die sich für diese Patientengruppe bereits als Versorger sehen, einer frühen Sicherung der Diagnose, auch durch ein Screening, aufgeschlossen sind. Die *Versorgungssituation* im ländlichen Raum stellt sich für die Hausärzte immer noch als ungenügend dar, obgleich tagesklinische Angebote in ihren Augen bereits gute Dienste leisten. Netzwerke im ländlichen Raum sind noch nicht ausreichend etabliert.

Die Ergebnisse dieser Studie können dazu dienen, Fortbildungsprogramme zu entwickeln, bei denen Hausärzte nicht so sehr ihr Wissen, sondern ihre Einstellungen und Handlungsmotive gegenüber Demenz hinterfragen. Als praktische Anwendung erscheint es zielführend Kollegen und fachspezifische Einrichtungen miteinander zu vernetzen und Beratungsstellen innerhalb dieser Netzwerke für Betroffene und Angehörige aufzubauen. Ein strukturiertes Vorgehen bei der Frühdiagnostik mittels GBA in der Hausarztpraxis wurde 2017 etabliert. Eine Evaluation dieser neuen Entwicklung als Hilfsmittel für die Hausärzte wäre wünschenswert.

6 Literaturverzeichnis

- Abholz, H. H., & Pentzek, M. (2007). Primary Care in Patients with Dementia - Reflections Based on Experience from General Practice and on Empirical Findings. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83 (2), S. 61-65
- Adams, W. L., McIlvain, H. E., Geske, J. A., & Porter, J. L. (2005). Physicians' perspectives on caring for cognitively impaired elders. *The Gerontologist*, 45(2), 231–239. <https://doi.org/10.1093/geront/45.2.231>
- Adams, W. L., McIlvain, H. E., Lacy, N. L., Magsi, H., Crabtree, B. F., Yenny, S. K., & Sitorius, M. A. (2002). Primary care for elderly people: why do doctors find it so hard?. *The Gerontologist*, 42(6), 835–842. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.835>
- American Psychiatric Association (Hrsg.) (2013). DSM5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Auflage. Washington DC: American Psychiatric Publishing
- Apesoa-Varano, E. C., Barker, J. C., & Hinton, L. (2011). Curing and caring: the work of primary care physicians with dementia patients. *Qualitative health research*, 21(11), 1469–1483. <https://doi.org/10.1177/1049732311412788>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. <https://www.awmf.org/leitlinien.html> (zuletzt geprüft am 18.11.2020)
- Asch, S., Connor, S. E., Hamilton, E. G., & Fox, S. A. (2000). Problems in recruiting community-based physicians for health services research. *Journal of general internal medicine*, 15(8), 591–599. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02329.x>
- Bickel, H., & Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2015). Die Epidemiologie der Demenz. Das Wichtigste. <https://alzheimer-mv.de/wp-content/uploads/2018/11/die-epidemiologie-der-demenz.pdf> (zuletzt geprüft am 14. Juli 2019)
- Björkstén, K. S., Fällin, K., & Ulfvarson, J. (2014). Custodian for elderly with memory impairment in Sweden - a study of 260 physicians' statements to the court. *BMC geriatrics*, 14, 94. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-94>
- Brandenburg, H., & Güther, H. (2013). Lebensqualität und Demenz – theoretische, methodische und praktische Aspekte. In: Kumlehn, M., & Coors, M. (Hrsg.). *Lebensqualität im Alter*. Stuttgart, S. 127-149
- Bruce, D. G., Paley, G. A., Underwood, P. J., Roberts, D., & Steed, D. (2002). Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services. *The Medical journal of Australia*, 177(4), 186–188. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04729.x>
- Buhagiar, K., Afzal, N., & Cosgrave, M. (2011). Behavioural and psychological symptoms of dementia in primary care: a survey of general practitioners in Ireland. *Mental health in family medicine*, 8(4), 227–234.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2018). Beschluss der Bundesärztekammer über die „Stellungnahme zum Umgang mit prädiktiven Tests auf das Risiko für die Alzheimer Krankheit“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 115(10):A-455 / B-397 / C-397 <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=196606> (zuletzt geprüft am 14. Juli 2019)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), & Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) (2018). *Gemeinsam für Menschen mit Demenz. Bericht zur Umsetzung der Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz 2014-2018*, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit. Zukunftswerkstatt Demenz <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/zukunftswerkstatt-demenz.html> (zuletzt geprüft am 19.05.2022)
- Chen, L., Reed, C., Happich, M., Nyhuis, A., & Lenox-Smith, A. (2014). Health care resource utilisation in primary care prior to and after a diagnosis of Alzheimer's disease: a retrospective, matched case-control study in the United Kingdom. *BMC geriatrics*, 14, 76. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-76>
- Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *PLoS medicine*, 14(3), e1002245. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002245>
- 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. *The Gerontologist*, 44(4), 500–507. <https://doi.org/10.1093/geront/44.4.5009>

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz <https://www.deutsche-alzheimer.de> (zuletzt geprüft am 19.05.2022)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM] (Hrsg.) (2008). Demenz. DEGAM – Leitlinie Nr. 12, Düsseldorf
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM] (Hrsg.) (2017). Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis, Köln
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN] und Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN] (Hrsg.) (2016). S3-Leitlinie „Demenzen“, Bonn
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). ICD-10-GM Version 2020. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f00-f09.htm#F00> (zuletzt geprüft am 19.05.2022)
- Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen. DZNE. <https://www.dzne.de/forschung/forschungsbereiche/versorgungsforschung> (zuletzt geprüft am 30. November 2018)
- Dick, F. (2005). Zu Fragen des Demenz-Begriffes und der Demenz-Diagnostik. <http://www.dr-franz-dick.com/fortbildungstexte/Demenzbegriff%20und%20Demenzdiagnostik%20Franz%20Dick.pdf> (zuletzt geprüft am 14. Juli 2019)
- Dini Pou del Castillo, M. L. (2013). Externe Evaluierung des AGnES-Projekts in Mecklenburg-Vorpommern (Dissertation), Universitätsmedizin Berlin Charité
- Donath, C., Grässel, E., Grossfeld-Schmitz, M., Menn, P., Lauterberg, J., Wunder, S., Marx, P., Ruckdäschel, S., Mehlig, H., & Holle, R. (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. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-314>
- Edwards, R., Voss, S. E., & Iliffe, S. (2015). The development and evaluation of an educational intervention for primary care promoting person-centred responses to dementia. *Dementia (London, England)*, 14(4), 468–482. <https://doi.org/10.1177/1471301213499768>
- Eichler, T., Thyrian, J. R., Hertel, J., Köhler, L., Wucherer, D., Dreier, A., Michalowsky, B., Teipel, S., & Hoffmann, W. (2014). Rates of formal diagnosis in people screened positive for dementia in primary care: results of the DelpHi-Trial. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 42(2), 451–458. <https://doi.org/10.3233/JAD-140354>
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Kassenärztliche Bundesvereinigung. <https://www.kbv.de/html/ebm.php> (zuletzt geprüft am 19.05.2022)
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2018). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Flick, U. (2014). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH
- Förstl, H., Bickel, H., Frölich, L., Gertz, H. J., Kurz, A., Marksteiner, J., Monsch, A. U., Pantel, J., Schmidt, R., & Schönknecht, P. (2008). Leichte kognitive Beeinträchtigung mit Vorzeichen rascher Verschlechterung [Mild cognitive impairment with predictors of rapid decline]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 133(9), 431–436. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1046730>
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J. L., de Leon, M., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M. C., Whitehouse, P., Winblad, B., & International Psychogeriatric Association Expert Conference on mild cognitive impairment (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet (London, England)*, 367(9518), 1262–1270. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68542-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68542-5)
- Global Burden of Disease Study (GBD 2019) Dementia Forecasting Collaborators (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Public health*, 7(2), e105–e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2012). Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf (geöffnet am 15. Juli 2021)
- Hausner, L., Damian, M., Jekel, K., Richter, M., & Frölich, L. (2012). Einstellungen und Wahrnehmungen zur Demenz-Versorgung in Deutschland. Daten aus der IMPACT-Umfrage [Attitudes toward dementia management in Germany - Data from the IMPACT survey

- (Important Perspectives on Alzheimer's Care and Treatment)]. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 137(25-26), 1351–1355. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1305081>
- Hensler, S., Engeser, P., & Kaduszkiewicz, H. (2006). Screening bei der hausärztlichen Versorgung der chronische Erkrankungen Depression, pAVK und Demenz. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 82(5): S. 199-204. <http://doi.org/10.1055/s-2006-933418>
- Herber, O. R., Schnepf, W., & Rieger, M. A. (2009). Recruitment rates and reasons for community physicians' non-participation in an interdisciplinary intervention study on leg ulceration. *BMC medical research methodology*, 9, 61. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-61>
- Herrmann, M., & Lehmann, B. (2016). Die Allgemeinmedizin. In: Dick, M., Marotzki, W., & Mieg, H. (Hrsg.): *Handbuch Professionsentwicklung 2016*, Bad Heilbrunn. S. 477-488
- Hermann, M., Robra, B.-P., Eich-Krohm, A., Hintzenstern, J., & Marx, Y. (2016). Transfer neurowissenschaftlicher Forschung in hausärztliche Versorgung - NEUROTRANS: Abschlussbericht : Laufzeit: 01.10.2013 bis 31.12.2015; 2016. Förderkennzeichen BMBF 01GP1307. Hannover: TIB <https://edocs.tib.eu/files/e01fb16/875200702.pdf> (zuletzt geprüft am 19.05.2022)
- Hoffmann, F., Kaduszkiewicz, H., Glaeske, G., van den Bussche, H., & Koller, D. (2014). Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. *Aging clinical and experimental research*, 26(5), 555–559. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0210-6>
- Hoffmann, W., Thyrian, J. R., Wübbeler, M., & Michalowski, B. (2017). Demenz: Bessere Versorgung in Netzwerke. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2017; 114(9): A-413 / B-357 / C-348. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=186601> (geöffnet am 14. Juli 2019)
- Holle, R., Grässel, E., Ruckdäschel, S., Wunder, S., Mehlig, H., Marx, P., Pirk, O., Butzlaff, M., Kunz, S., & Lauterberg, J. (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. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-91>
- Hudson, J. M., Pollux, P. M., Mistry, B., & Hobson, S. (2012). Beliefs about Alzheimer's disease in Britain. *Aging & mental health*, 16(7), 828–835. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.660620>
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*, 2. überarb. Auflage. Berlin: Springer Verlag
- Hoffmann-Riem, C. (1985). *Das adoptierte Kind. Familienleben mit doppelter Elternschaft*. 3. Auflage München: Wilhelm Fink Verlag, S.301
- Iliffe, 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. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm407>
- Iliffe, S., Wilcock, J., & Haworth, D. (2006). Obstacles to shared care for patients with dementia: a qualitative study. *Family practice*, 23(3), 353–362. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi116>
- Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München (Hrsg.) (2009). *CanMEDs Allgemeinmedizin*. https://www.am.med.tum.de/sites/www.am.med.tum.de/files/Canmeds_German%20Version.pdf (geöffnet am 14. Juli 2019)
- Jiwa, M., Nichols, P., Magin, P., Pagey, G., Meng, X., Parsons, R., & Pillai, V. (2014). Management of behavioural change in patients presenting with a diagnosis of dementia: a video vignette study with Australian general practitioners. *BMJ open*, 4(9), e006054. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006054>
- Jennings, A. A., Foley, T., McHugh, S., Browne, J. P., & Bradley, C. P. (2018). 'Working away in that Grey Area...' A qualitative exploration of the challenges general practitioners experience when managing behavioural and psychological symptoms of dementia. *Age and ageing*, 47(2), 295–303. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx175>
- Jessen, F., Wiese, B., Bickel, H., Eiffländer-Gorfer, S., Fuchs, A., Kaduszkiewicz, H., Köhler, M., Luck, T., Mösch, E., Pentzek, M., Riedel-Heller, S. G., Wagner, M., Weyerer, S., Maier, W., van den Bussche, H., & AgeCoDe Study Group (2011). Prediction of dementia in primary care patients. *PloS one*, 6(2), e16852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016852>
- Jessen, F., Wolfsgruber, S., Wiese, B., Bickel, H., Mösch, E., Kaduszkiewicz, H., Pentzek, M., Riedel-Heller, S. G., Luck, T., Fuchs, A., Weyerer, S., Werle, J., van den Bussche, H., Scherer, M., Maier, W., Wagner, M., & German Study on Aging, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (2014). AD dementia risk in late MCI, in early MCI, and in subjective memory impairment. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 10(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.09.017>

- Jessen, F., Spottke, A., Boecker, H., Brosseron, F., Buerger, K., Catak, C., Fliessbach, K., Franke, C., Fuentes, M., Heneka, M. T., Janowitz, D., Kilmann, I., Laske, C., Menne, F., Nestor, P., Peters, O., Priller, J., Pross, V., Ramirez, A., Schneider, A., ... Düzel, E. (2018). Design and first baseline data of the DZNE multicenter observational study on pre-dementia Alzheimer's disease (DELCODE). *Alzheimer's research & therapy*, 10(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0314-2>
- Kaduszkiewicz, H., & van den Bussche, H. (2005). Behandlung von Patienten mit Hirnleistungsstörungen und Demenzen. Möglichkeiten und Grenzen – Sichtweisen von Hausärzten. *Med Welt*; 56: 65–8
- Kaduszkiewicz, H., Bachmann, C., & van den Bussche, H. (2008). Telling "the truth" in dementia--do attitude and approach of general practitioners and specialists differ?. *Patient education and counseling*, 70(2), 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.010>
- Kaduszkiewicz, H., Röntgen, I., Mossakowski, K., & van den Bussche, H. (2009). Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz: Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen? [Stigma and taboo in dementia care - does continuing education for GPs and nurses contribute to destigmatisation]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(2), 155–162. <https://doi.org/10.1007/s00391-008-0569-0>
- Kaduszkiewicz, H., Eisele, M., Wiese, B., Prokein, J., Lupp, M., Luck, T., Jessen, F., Bickel, H., Mösch, E., Pentzek, M., Fuchs, A., Eifflaender-Gorfer, S., Weyerer, S., König, H. H., Brettschneider, C., van den Bussche, H., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G., & Study on Aging, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe) Study Group (2014). Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe study. *Annals of family medicine*, 12(2), 158–165. <https://doi.org/10.1370/afm.1596>
- Kaduszkiewicz, H., Zimmermann, T., Van den Bussche, H., Bachmann, C., Wiese, B., Bickel, H., Mösch, E., Romberg, H. P., Jessen, F., Cvetanovska-Pllashniku, G., Maier, W., Riedel-Heller, S. G., Lupp, M., Sandholzer, H., Weyerer, S., Mayer, M., Hofmann, A., Fuchs, A., Abholz, H. H., Pentzek, M., ... AgeCoDe Study Group (2010). Do general practitioners recognize mild cognitive impairment in their patients?. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(8), 697–702. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0038-5>
- Kaduszkiewicz, H., Wiese, B., & van den Bussche, H. (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. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-54>
- Kaduszkiewicz, H., & van den Bussche, H. (2003). Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz. *Psychoneuro*; 29 (6): 275-81
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). 03360 Hausärztlich-geriatisches Basisassessment. https://www.kbv.de/tools/ebm/html/03360_2900419522028173008864.html (geöffnet am 18.11.2020)
- Klein, C., Hagenah, J., Landwehrmeyer, B., Münte, T., & Klockgether, T. (2011). Das präsymptomatische Stadium neurodegenerativer Erkrankungen [The presymptomatic stage of neurodegenerative disorders]. *Der Nervenarzt*, 82(8), 994–1001. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3258-y>
- Koch, T., Iliffe, S., & EVIDEM-ED project (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC family practice*, 11, 52. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-52>
- Köhler, L., Meinke-Franze, C., Hein, J., Fendrich, K., Heymann, R., Thyrian, J. R., & Hoffmann, W. (2014). Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDemUck-study. *Current Alzheimer research*, 11(6), 538–548. <https://doi.org/10.2174/1567205011666140618100727>
- Koller, D., Eisele, M., Kaduszkiewicz, H., Schön, G., Steinmann, S., Wiese, B., Glaeske, G., & van den Bussche, H. (2010). Ambulatory health services utilization in patients with dementia - Is there an urban-rural difference?. *International journal of health geographics*, 9, 59. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-9-59>
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz.*, 2. Auflage. Weinheim: Beltz
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 3. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz
- Lahjibi-Paulet, H., Dauffy Alain, A., Minard, A., Gaxatte, C., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2012). Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners. *Aging clinical and experimental research*, 24(4), 384–390. <https://doi.org/10.1007/BF03325270>
- Lamnek, S. (2006). *Qualitative Sozialforschung. Band I: Methodologie*, 4. Auflage. Weinheim : Beltz

- Landesinitiative Demenz Sachsen e.V. - Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) (2019). Menschen mit Demenz in der Arztpraxis begleiten. 4. Auflage. Dresden. S. 12-16
- Lauterberg, J., Grossfeld-Schmitz, M., Ruckdäschel, S., Neubauer, S., Mehlig, H., Gaudig, M., Hruschka, D., Vollmar, H. C., Holle, R., & Grassel, E. (2007). Projekt IDA - Konzept und Umsetzung einer cluster-randomisierten Studie zur Demenzversorgung im hausärztlichen Bereich [IDA project--concept and implementation of a cluster-randomized trial on dementia management in a general practice setting]. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 101(1), 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2006.12.004>
- Lin, J. S., O'Connor, E., Rossom, R. C., Perdue, L. A., & Eckstrom, E. (2013). Screening for cognitive impairment in older adults: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 159(9), 601–612. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00730>
- Luck, T., Riedel-Heller, S. G., Kaduszkiewicz, H., Bickel, H., Jessen, F., Pentzek, M., Wiese, B., Koelsch, H., van den Bussche, H., Abholz, H. H., Moesch, E., Gorfer, S., Angermeyer, M. C., Maier, W., Weyerer, S., & AgeCoDe group (2007). Mild cognitive impairment in general practice: age-specific prevalence and correlate results from the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 24(4), 307–316. <https://doi.org/10.1159/000108099>
- Maier, W., & Barnikol, U. B. (2014). Neurokognitive Störungen im DSM-5 : Durchgreifende Änderungen in der Demenzdiagnostik [Neurocognitive disorders in DSM-5: pervasive changes in the diagnostics of dementia]. *Der Nervenarzt*, 85(5), 564–570. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3984-4>
- Martin, S., Kelly, S., Khan, A., Cullum, S., Dening, T., Rait, G., Fox, C., Katona, C., Cosco, T., Brayne, C., & Lafortune, L. (2015). Attitudes and preferences towards screening for dementia: a systematic review of the literature. *BMC geriatrics*, 15, 66. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0064-6>
- Masuhr, K. F., Masuhr, F., Neumann, M. (2013). Demenzen. In : Bob, A. & Bob K. (Hrsg.): *Duale Reihe Neurologie*. 7. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S. 184-195
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*, 6. neu ausgestattete Auflage, Weinheim: Beltz
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 7. Auflage, Weinheim: Beltz
- Meiser, J. (2008). *Versorgung Demenzkranker in der Allgemeinarztpraxis*. Deutscher Hausärzterverband. IQN Kongress Düsseldorf
- Millard, F. B., Kennedy, R. L., & Baune, B. T. (2011). Dementia: opportunities for risk reduction and early detection in general practice. *Australian journal of primary health*, 17(1), 89–94. <https://doi.org/10.1071/PY10037>
- Milton, S. (2012). What makes a dementia-friendly community? In: *The Journal of Dementia Care*. Mar; 20(2): 12-13
- Moyer, V. A., & U.S. Preventive Services Task Force (2014). Screening for cognitive impairment in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 160(11), 791–797. <https://doi.org/10.7326/M14-0496>
- O'Connor, C. (2011). Caring for dementia carers: the role of general practitioners in Ireland. *Irish journal of medical science*, 180(2), 327–332. <https://doi.org/10.1007/s11845-010-0671-3>
- Pearce, A., Clare, L., & Pistrang, N. (2002). Managing Sense of Self: Coping in the early stages of Alzheimer's disease. *Dementia*, 1(2), 173–192. <https://doi.org/10.1177/147130120200100205>
- Pentzek, M., Abholz, H. H., Fuchs, A. (2005). Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen; kognitive, affektive und externe Komponenten. *Nervenheilkunde* 2005; 24: 499–506
- Pentzek, M., Wagner, G., & Abholz, H. H. (2006). Die Entwicklung eines Wissenstests für Hausärzte zum Thema Demenz [The development of a dementia knowledge test for general practitioners]. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 100(4), 283–289.
- Pentzek, M., Abholz, H. H., Ostapczuk, M., Altiner, A., Wollny, A., & Fuchs, A. (2009). Dementia knowledge among general practitioners: first results and psychometric properties of a new instrument. *International psychogeriatrics*, 21(6), 1105–1115. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990500>
- Pentzek, M., Fuchs, A., Abholz, H. H., & Wollny, A. (2011). Awareness of local dementia services among general practitioners with academic affiliation. *Aging clinical and experimental research*, 23(3), 241–243. <https://doi.org/10.1007/BF03337750>

- Pentzek, M., Wollny, A., Wiese, B., Jessen, F., Haller, F., Maier, W., Riedel-Heller, S. G., Angermeyer, M. C., Bickel, H., Mösch, E., Weyerer, S., Werle, J., Bachmann, C., Zimmermann, T., van den Bussche, H., Abholz, H. H., Fuchs, A., & AgeCoDe Study Group (2009). Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia?. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 17(11), 965–975. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181b2075e>
- Pentzek, M., Fuchs, A., Wiese, B., Cvetanovska-Pllashniku, G., Haller, F., Maier, W., Riedel-Heller, S. G., Angermeyer, M. C., Bickel, H., Mösch, E., Weyerer, S., Werle, J., van den Bussche, H., Eisele, M., Kaduszkiewicz, H., & AgeCoDe study group (2009). General practitioners' judgment of their elderly patients' cognitive status. *Journal of general internal medicine*, 24(12), 1314–1317. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1118-2>
- Petersen, R. C., & Morris, J. C. (2003). Clinical features. In: R. C. Petersen (Hrsg.), *Mild cognitive impairment: aging to Alzheimer's disease*, New York, S. 15-39
- Pond, C. D., Mate, K. E., Phillips, J., Stocks, N. P., Magin, P. J., Weaver, N., & Brodaty, H. (2013). Predictors of agreement between general practitioner detection of dementia and the revised Cambridge Cognitive Assessment (CAMCOG-R). *International psychogeriatrics*, 25(10), 1639–1647. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000884>
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*, S. 59, Z. 8-24, München. <https://doi.org/10.1524/9783486719550>
- Ramakers, I. H., Visser, P. J., Aalten, P., Boesten, J. H., Metsemakers, J. F., Jolles, J., & Verhey, F. R. (2007). Symptoms of preclinical dementia in general practice up to five years before dementia diagnosis. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 24(4), 300–306. <https://doi.org/10.1159/000107594>
- Russ, T. C., Calvert, L., & Morling, J. R. (2013). Attitudes to shared care for patients with dementia: a survey of general practitioners. *Dementia (London, England)*, 12(5), 606–618. <https://doi.org/10.1177/1471301212437781>
- Schwaiger, M., & Meyer, A. (2009). *Theorien und Methoden der Betriebswirtschaft. Handbuch für Wissenschaftler und Studierende*. 1.Auflage. München: Vahlen
- Schwartz, F. W., & Robra, B.-P. (1991). Stand und Perspektiven der Forschung zur Krebsfrüherkennung. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Brecht, J. G., Hofmann, W., Jöckel, K. H., & Trojan, A. (Hrsg.): *Public health: Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung*. Berlin Heidelberg: Springer, S. 76-84
- Spix, C., & Blettner, M. (2012). Screening: part 19 of a series on evaluation of scientific publications. In: *Deutsches Arzteblatt international*, 109(21), 385–390. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0385>
- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch, S. 319-331
- Stechl, E., Lämmler, G., Steinhagen-Thiessen, E., & Flick, U. (2007). Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium - SUWADEM: Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und Angehörigen [Subjective perception of and coping with dementia in its early stages. A qualitative interview study with people with dementia and their relatives - SUWADEM]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(2), 71–80. <https://doi.org/10.1007/s00391-007-0434-6>
- Stewart, T. V., Loskutova, N., Galliher, J. M., Warsaw, G. A., Coombs, L. J., Staton, E. W., Huff, J. M., & Pace, W. D. (2014). Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: a report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) national research network. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 27(2), 275–283. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.02.120284>
- Thyrian, J. R., Fiß, T., Dreier, A., Böwing, G., Angelow, A., Lueke, S., Teipel, S., Fleßa, S., Grabe, H. J., Freyberger, H. J., & Hoffmann, W. (2012). Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 13, 56. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-56>
- Thyrian, J. R., Eichler, T., Pooch, A., Albuerne, K., Dreier, A., Michalowsky, B., Wucherer, D., & Hoffmann, W. (2016). Systematic, early identification of dementia and dementia care management are highly appreciated by general physicians in primary care - results within a cluster-randomized-controlled trial (DelpHi). *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 183–190. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S96055>
- Thyrian, J. R. (2017). Menschen mit Demenz in der primärärztlichen Versorgung : Prävalenz, Inzidenz, Risikofaktoren und Interventionen [People with dementia in primary care : Prevalence, incidence, risk factors and interventions]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(Suppl 2), 32–38. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1223-5>

- Thyrian, J. R., Hertel, J., Wucherer, D., Eichler, T., Michalowsky, B., Dreier-Wolfgramm, A., Zwingmann, I., Kilimann, I., Teipel, S., & Hoffmann, W. (2017). Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(10), 996–1004. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2124>
- Tsolaki, M., Papaliagkas, V., Anogianakis, G., Bernabei, R., Emre, M., Frolich, L., Visser, P. J., Michel, J. P., Pirttila, T., Olde Rikkert, M., Soininen, H., Sobow, T., Vellas, B., Verhey, F., Winblad, B., & European Alzheimer Disease Consortium (2010). Consensus statement on dementia education and training in Europe. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(2), 131–135. <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0238-z>
- van den Bussche, H., Wiese, B., Koller, D., Eisele, M., Kaduszkiewicz, H., Maier, W., Glaeske, G., Steinmann, S., Wegscheider, K., & Schön, G. (2011). Specialist involvement and referral patterns in ambulatory medical care for patients with dementia in Germany: results of a claims data based case-control study. *BMC health services research*, 11, 148. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-148>
- van den Dungen, P., Moll van Charante, E. P., van Marwijk, H. W., van der Horst, H. E., van de Ven, P. M., & van Hout, H. P. (2012). Case-finding of dementia in general practice and effects of subsequent collaborative care; design of a cluster RCT. *BMC public health*, 12, 609. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-609>
- van Hout, H., Vernooij-Dassen, M., Bakker, K., Blom, M., & Grol, R. (2000). General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient education and counseling*, 39(2-3), 219–225. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00034-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00034-8)
- Veneziani, F., Panza, F., Solfrizzi, V., Capozzo, R., Barulli, M. R., Leo, A., Lozupone, M., Fontana, A., Arcuti, S., Copetti, M., Cardinali, V., Grasso, A., Tursi, M., Iurillo, A., Imbimbo, B. P., Seripa, D., & Logroscino, G. (2016). Examination of level of knowledge in Italian general practitioners attending an education session on diagnosis and management of the early stage of Alzheimer's disease: pass or fail?. *International psychogeriatrics*, 28(7), 1111–1124. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000041>
- Vickrey, B. G., Mittman, B. S., Connor, K. I., Pearson, M. L., Della Penna, R. D., Ganiats, T. G., Demonte, R. W., Jr, Chodosh, J., Cui, X., Vassar, S., Duan, N., & Lee, M. (2006). The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*, 145(10), 713–726. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00004>
- Villars, H., Oustric, S., Andrieu, S., Baeyens, J. P., Bernabei, R., Brodaty, H., Brummel-Smith, K., Celfu, C., Chappell, N., Fitten, J., Frisoni, G., Froelich, L., Guerin, O., Gold, G., Holmerova, I., Iliffe, S., Lukas, A., Melis, R., Morley, J. E., Nies, H., ... Vellas, B. (2010). The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(2), 110–120. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0022-0>
- Vollmar, H. C., Grässel, E., Lauterberg, J., Neubauer, S., Grossfeld-Schmitz, M., Koneczny, N., Schürer-Maly, C. C., Koch, M., Ehlert, N., Holle, R., Rieger, M. A., & Butzlaff, M. (2007). Multimodale Schulung von Hausärzten - Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA) [Multimodal training of general practitioners--evaluation and knowledge increase within the framework of the dementia management initiative in general medicine (IDA)]. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 101(1), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2006.12.005>
- Waldorff, F. B., Siersma, V., Vogel, A., & Waldemar, G. (2012). Subjective memory complaints in general practice predicts future dementia: a 4-year follow-up study. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(11), 1180–1188. <https://doi.org/10.1002/gps.3765>
- Weyerer, S. (2005). Altersdemenz. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) *Gesundheitsberichterstattung Heft 28*. Berlin, S.19
- Wolf-Ostermann, K., Meyer, S., Schmidt, A., Schritz, A., Holle, B., Wübbeler, M., Schäfer-Walkmann, S., & Gräske, J. (2017). Nutzer und Nutzerinnen regionaler Demenznetzwerke in Deutschland : Erste Ergebnisse der Evaluationsstudie DemNet-D [Users of regional dementia care networks in Germany : First results of the evaluation study DemNet-D]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(1), 21–27. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-1006-9>
- Wübbeler, M., Thyrian, J. R., Michalowsky, B., Erdmann, P., Hertel, J., Holle, B., Gräske, J., Schäfer-Walkmann, S., & Hoffmann, W. (2017). How do people with dementia utilise primary care physicians and specialists within dementia networks? Results of the Dementia Networks in Germany (DemNet-D) study. *Health & social care in the community*, 25(1), 285–294. <https://doi.org/10.1111/hsc.12315>

7 Danksagung

Die vorliegende Dissertation wurde im Rahmen des Gemeinschaftsprojekts Neurotrans des Instituts für Allgemeinmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. med. Herrmann M.A. und des Instituts für Gesundheitsökonomie und Sozialmedizin (heute Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung) unter der damaligen Leitung von Prof. Dr. med. Robra und der Projektkoordinatorin Dr. Astrid Eich-Krohm an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg angefertigt.

Ich möchte Herr Prof. Dr. med. Herrmann für die Überlassung des Themas sowie für die Betreuung der Arbeit besonders im letzten Abschnitt durch Hinweise und Ratschläge danken. Letzteres gilt auch für Frau Dr. Brehme für Ihre hilfreichen Korrekturen.

Ganz besonderen Dank möchte ich der Projektkoordinatorin Dr. Astrid Eich-Krohm aussprechen. In allen Phasen der Arbeit war sie mir eine geduldige und sehr kompetente Ansprechpartnerin. Ohne ihre Betreuung wäre die Doktorarbeit in dieser Form nicht möglich gewesen. Durch sie erhielt ich auch Zugang zu den Forschungskolloquien des Instituts für Gesundheitsökonomie und Sozialmedizin, in denen mehrere Doktoranden mit qualitativem Forschungsansatz teilnahmen und unter der Leitung von Frau Dr. Eich-Krohm und Frau Dr. Anke Spura regelmäßig Interviews und Kapitel vorstellten. Im Rahmen dieser Kolloquien wurden mir die Vorgehensweisen qualitativer Forschung nähergebracht, einem Feld, welches im Medizinstudium praktisch keinen Raum einnimmt. Durch die Expertise der beiden Leiterinnen wurde nicht nur mein Horizont um eine andere Art zu forschen erweitert, ich bekam durch die Arbeit am eigenen und dem Material der anderen Teilnehmer immer wieder Denkanstöße für das weitere Vorgehen in meinem Forschungsprozess. Es herrschte stets eine Atmosphäre der gegenseitigen Unterstützung und Neugierde, woran Frau Dr. Spura maßgeblich beteiligt war. Ihre Lust am qualitativen Forschen und daran, neues Material zu erschließen, war sehr ansteckend und dank ihr waren unsere Zusammenkünfte für mich stets fruchtbar und wertvoll. Auch bin ich den anderen Doktoranden Anne Bretschneider, Louisa Seichter, Marc Gottschalk und Matthias Kleinke dankbar für Ihre Gedanken und Anregungen, für die gegenseitige Motivation und den Austausch ähnlicher Zweifel und Probleme.

Des Weiteren möchte ich mich bei den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten für ihre Bereitschaft und Offenheit bedanken, mit der sie mir von ihrer täglichen Arbeit berichteten und Einblicke in eine mir, als damalige Medizinstudentin, noch wenig bekannte Arbeitswelt gewährten.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meinen Eltern, meinem Mann und meinen Freunden, die mich während des gesamten Prozesses der Arbeit unterstützt haben und mir zu jeder Zeit mit Rat und Tat zur Seite standen. Die immer währende Motivation und Zuversicht, das Schaffen von Freiräumen und konkreter Hilfe gaben mir die nötige Sicherheit und Ruhe diese Arbeit abzuschließen.

8 Ehrenerklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel „Hausärztliche Perspektiven auf Umgang und Versorgung von Patienten mit Demenzsymptomen im ländlichen Raum“ im Institut für Allgemeinmedizin mit Unterstützung durch die Projektkoordinatorin Dr. Astrid Eich-Krohm ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe. Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden. Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den

Julia Cheyre

9 Darstellung des Bildungswegs

Curriculum Vitae

Julia Cheyre
geb. am 05.01.1988 in Quedlinburg
wohnhaft Gneisenaustraße 16, 06484 Quedlinburg
Tel.: 0159/06842383
E-Mail: mottedelmar@gmail.com

Beruflicher Werdegang

ab 01. März 2016 Ärztin in Weiterbildung in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin im Harzklinikum Wernigerode (unterbrochen durch jeweils zwei Jahre Elternzeit 17.01.2018 – 16.01.2019 und 21.11.2019 – 20.11.2020)

Hochschulausbildung

Oktober 2009 - Studium der Humanmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Oktober 2015

- Dezember 2015 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und Approbation
- November 2014 bis Oktober 2015 Praktisches Jahr

Universitätsklinik Magdeburg: Anästhesiologie
Harzklinikum Quedlinburg: Innere Medizin, Chirurgie

- Oktober 2014 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- seit Oktober 2013 Dissertationsarbeit in der Allgemeinmedizin bei Prof. Dr. med. Herrmann: Hausärztliche Perspektiven auf Umgang und Versorgung von Patienten mit Demenzsymptomen im ländlichen Raum
- September 2011 Physikum

FSJ

2007 - 2008 Mitarbeit bei sozialen Projekten in einer christlichen Stiftung, Temuco, Chile
2008 - 2009 Pflegepraktikum auf chirurgischen Stationen im Harzklinikum Quedlinburg

Schulbildung

2000 - 2007 GutsMuths-Gymnasium in Quedlinburg
1998 - 2000 Ernst-Bansi-Schule in Quedlinburg
1994 - 1998 Grundschule am Heinrichsplatz in Quedlinburg

Zusätzliche Qualifikationen: Sprachkenntnisse in Französisch (verhandlungssicher), Englisch und Spanisch (konversationssicher)

10 Anhang

10.1 Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung



MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Institut für Allgemeinmedizin

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Leipziger Str.44, 39120 Magdeburg

Julia Cheyre

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung für Hausärzte

Institutsdirektor
Prof.Dr.med Markus Herrmann, MPH, M.A.

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Leipziger Str. 44
Haus 40, Ebene 6
39112 Magdeburg

Telefon : +49 391 67-21009
Telefax: +49 391 67-21010

julia.cheyre@med.ovgu.de

Teilnehmerinformation: Transfer neurowissenschaftlicher Forschungen in hausärztliche Versorgung (Neurotrans) Hausärztlicher Umgang mit neu auftretenden, kognitiven Einschränkungen bei Patienten – aus Sicht der Hausärzte

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

ich bitte Sie in oben genannter Studie um Ihre Mithilfe.

Zweck der Studie

Diese Studie möchte hausärztliche Erfahrungen und Umgang mit beginnenden demenziellen Einschränkungen von Hausarztpatienten erforschen. Dabei gliedert sie sich in die NEUROTRANS-Studie ein, die zum Wissenstransfer zwischen Hausärzten und Neurowissenschaftlern beitragen möchte und von der Bundesregierung gefördert wird. Hausärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Erkennung und Versorgung demenzieller Syndrome und können auf ein Wissen und Erfahrungen zurückgreifen, welche bislang kaum genauer untersucht wurden. Ziel dieser Studie ist es, einen systematischen Überblick über die Empirie der Allgemeinmediziner zu gewinnen, um Neurowissenschaftler für die Perspektive der Hausärzte zu sensibilisieren und um Forschung und Praxis besser zu vernetzen.

Ablauf der Studie

Um eben diesen Einblick in das hausärztliche Handeln zu erlangen, möchte ich Sie für ein Interview gewinnen. Es werden Ihnen dabei Fragen über den Umgang mit auftretenden demenziellen Einschränkungen Ihrer Patienten gestellt. Das Interview soll ungefähr eine halbe bis eine Stunde dauern. Dieses Interview wird mit einem Diktiergerät aufgezeichnet.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und mit keinen Risiken und weiteren Verpflichtungen verbunden.

Der Projektleiter und Erstgutachter dieser Studie, Herr Prof. Dr. med Herrmann MPA,M.A., kann für Rückfragen kontaktiert werden.

Die Kontaktdaten der Doktorandin:
Julia Cheyre, Studentin der Humanmedizin
Leipziger Str. 44
Haus 2/122
39102 Magdeburg
Telefon: 0391-6724325
E-Mail : julia.cheyre@med.ovgu.de

Einverständniserklärung des Teilnehmers

Vom Teilnehmer eigenhändig auszufüllen:

Name (Druckbuchstaben):

Hiermit erkläre ich mich bereit an der Studie Neurotrans teilzunehmen

Unterschrift

Ort, Datum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet wird

Unterschrift

Ort, Datum

10.2 Votum der Ethikkommission

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
MAGDEBURG A.Ö.R.



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG



MEDIZINISCHE
FAKULTÄT

Ethik-Kommission, Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Leipziger Str. 44 Haus 28, 39120 Magdeburg

Herrn Prof. Dr. Herrmann, Frau Cheyre
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg

Ethik-Kommission der
Otto-von-Guericke-
Universität an der
Medizinischen Fakultät und
am Universitätsklinikum
Magdeburg A.ö.R.

Univ.-Prof. Dr. med. Christof Huth
Vorsitzender

Dr. med. Norbert Beck
Geschäftsführer

Telefon: +49 391 67-14314
Telefax: +49 391 67-14354
elektr.Fax: +49 391 67-290185
eMail: ethikkommission@ovgu.de

Datum
09.05.2014

Unser Zeichen: 29/14

Hausärztlicher Umgang mit neu auftretenden, kognitiven Einschränkungen bei Patienten – aus Sicht der Hausärzte

Sehr geehrter Herr Prof. Herrmann,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

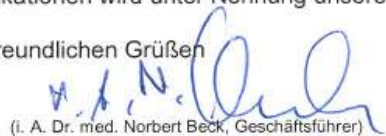
die Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät und am Universitätsklinikum Magdeburg hat die übergebenen Unterlagen zur o. g. Studie überprüft, in der letzten Kommissionssitzung eingehend erörtert und ist zu der Auffassung gekommen, dass gegen die Durchführung keine ethischen Bedenken bestehen. Diese **zustimmende Bewertung** ergeht unter dem Vorbehalt gleichbleibender Gegebenheiten.

Die Verantwortlichkeit des jeweiligen Prüfungswissenschaftlers / behandelnden Prüfärztes bleibt in vollem Umfang erhalten und wird durch diese Entscheidung nicht berührt. Alle zivil- oder haftungsrechtlichen Folgen, die sich ergeben könnten, verbleiben uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern.

Beim Monitoring sind die Bestimmungen des Bundes- und Landesdatenschutzgesetzes sowie die sich aus der ärztlichen Schweigepflicht ergebenden Einschränkungen zu beachten, was eine Aushändigung kompletter Patientenakten zum Monitoring ausschließt. Ein Monitoring personen- und studienbezogener Daten wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Um die Übersendung von studienbezogenen Jahresberichten / Abschlussberichten / Publikationen wird unter Nennung unserer Registraturnummer gebeten.

Mit freundlichen Grüßen


(i. A. Dr. med. Norbert Beck, Geschäftsführer)
Prof. Dr. med. C. Huth
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Ethik-Kommission
der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät
und am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. C. Huth

10.3 Struktur des Interviewleitfadens

| | |
|------------------------|--|
| Sondierungs- fragen | <p>Wie schätzen Sie die Entwicklung hinsichtlich demenzieller Syndrome in Ihrer Praxis ein?</p> <ul style="list-style-type: none">• Welchen Stellenwert würden Sie der Behandlung von Demenzkranken in Ihrer Praxis beimessen?• Welche Bilder oder Eindrücke haben Sie, wenn Sie an die momentane Situation von Demenzkranken in Ihrem Umkreis denken? |
| Leitfaden- fragen | <ul style="list-style-type: none">• Wie werden Sie auf neu aufgetretene, kognitive Einschränkungen Ihrer Patienten aufmerksam?• Welche Schilderungen lassen Sie hellhörig werden?• Wer spricht das Thema an (Arzt, Angehöriger, Patient)?• Welche Strategien haben Sie sich selbst angeeignet, um beginnende, kognitive Einschränkungen Ihrer Patienten genauer zu differenzieren?• Auf welche Ressourcen greifen Sie dabei zurück?• Welche Erhebungsmethoden empfinden Sie als hilfreich, um die Diagnose Demenz einzugrenzen?• Welche therapeutischen/lindernden Maßnahmen ergreifen Sie bei Ihren Patienten?• Wie schätzen Sie Ihre momentane Aufgabe als Hausarzt bei der Betreuung von Demenzerkrankten ein?• Welche Punkte sollten Ihrer Meinung nach in Zukunft mehr Beachtung bei der Versorgung von Demenzkranken finden?• Wo sehen Sie Defizite, wo schon gute Ansätze? |

10.4 Interviewprotokoll

1. Grundangaben

Interviewnummer:

Datum:

Ort:

Räumlichkeit:

Dauer:

2. Angaben zum Interviewpartner:

Allgemein

Name:

Geschlecht:

Alter:

berufliche Situation

Art des Facharztes:

Jahr der Facharztprüfung:

Jahr der Niederlassung:

Praxisstandort/-besonderheiten

Einzugsgebiet der Praxis: a. Land b. Stadt

Art der Praxis: a. Einzelpraxis b. Gemeinschaftspraxis

Anzahl der Patienten pro Quartal:

3. Interviewsituation

Atmosphäre

Unterbrechungen/Störungen

Bereitschaft des Interviewten, Fragen zu beantworten

Schwierigkeiten – Welche Fragen sind schwierig für den Befragten / für die Interviewerin?

– Was kann beim nächsten Interview verbessert werden?

Gespräche vor und nach der Aufzeichnung

Gesamteindruck:

4. Kernfragen

- a. Welchen Stellenwert nehmen Demenzpatienten in der Hausarztpraxis ein?
- b. Welche Zeichen/Schilderungen lassen den Hausarzt an eine Demenz denken?
- c. Wie ist dann das Vorgehen bei Verdacht auf Demenz? Wann wird eine Diagnostik eingeleitet?
- d. Wie und wann sprechen die Hausärzte mit den Patienten über einen Demenzverdacht?
- e. Welche Ressourcen stehen bei der Versorgung von Demenzpatienten zur Verfügung?
- f. Welche Aufgaben schreibt sich der Hausarzt bei der Betreuung von Demenzpatienten zu?
- g. Welche Art von Unterstützung wünscht sich der Hausarzt bei der Behandlung von Demenzpatienten?

10.5 Transkriptionsregeln

| Zeichen | Bedeutung |
|-------------------|--|
| I: | Interviewerin |
| B: | Befragter |
| .., ..., | Kurze, mittlere, lange Pause |
| ((Ereignis)) | Nicht-sprachliche Handlung, z.B. ((lachend)) ((schweigend)) ((zeigt auf Bild)) |
| SICHER | Auffällige Betonung, auch Lautstärke |
| () | unverständlich |
| (so schrecklich?) | Nicht genau verständlich, vermuteter Wortlaut |
| ? | Kennzeichnung von Fragen |
| . | Kennzeichnung des Satzendes |

10.6 Codiertabellen und Interviewtranskripte

Die vollständigen Codiertabellen sowie alle Interviewtranskripte zum schrittweisen Nachvollzug der Herleitung der Kategorien finden sich in digitaler Form auf der CD, welche der gedruckten Version der vorliegenden Arbeit beiliegt und in der Medizinischen Zentralbibliothek der Otto-von-Guericke-Universität eingesehen werden kann.