

Zwischen Nähe und Distanz. Eine Studie zu hausärztlichen Wahrnehmungsweisen von an Demenz erkrankten Personen

Between Closeness and Distance: Family Practitioners' Perception of Persons with Dementia

Anja Wollny¹, Angela Fuchs², Jürgen in der Schmitzen², Attila Altiner¹, Michael Pentzek²

Hintergrund: Studien postulieren eine defizitäre Versorgung von Patienten mit Demenz in Hausarztpraxen. Ziel der vorliegenden Studie war, Wahrnehmungs- und Deutungsweisen von Hausärzten bezüglich ihrer Patienten mit Demenz herauszuarbeiten, um damit mögliche Einflussfaktoren auf das hausärztliche Handeln bei Demenz zu identifizieren.

Methoden: Es wurden 14 narrative Interviews mit Hausärzten zu Patienten mit Demenz geführt. Nach Transkription der 45–60 Minuten langen Interviews wurden 4 im Sinne des Theoretical Sampling ausgewählt und kodiert (Grounded Theory).

Ergebnisse: Die fallübergreifende Analyse machte deutlich, dass die Themen Sicherheit und Unsicherheit, Nähe und Distanz sowie Passivität und Aktivität das Feld der hausärztlichen Demenzbetreuung charakterisieren. Daneben scheint jedoch vor allem das ‚gute Kennen‘ der Patienten ein rechtzeitiges Erkennen erster Anzeichen der Demenz zu verhindern.

Schlussfolgerung: Die Chance des ‚guten Kennens‘ besteht darin, dass das Vertrauen und die Nähe in der Hausarztpraxis durch bewusstes Hinterfragen dazu genutzt werden können, neue Informationen in einem respektierenden Umfeld der Arztpraxis einzuholen und ohne Scheu in das bestehende Bild der Patienten einzubauen. Ziel sollte es sein, ein hausärztliches ‚gutes Kennen‘ der Patienten zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Demenz, Wahrnehmungs- und Handlungsmuster, qualitative Methode, narrative Interviews, Grounded Theory

Background: Several studies postulate shortcomings in FPs' (Family Practitioners') dementia recognition and management.

Methods: Subjective views and attitudes of FPs towards persons with dementia were analysed by narrative interviews. For an in-depth analysis (grounded theory), 4 out of 14 transcripts were selected.

Results: Cross-case analysis revealed superordinate themes that seem to be characteristic of FPs' views on dementia: (un-)certainty, closeness and distance, activity and inactivity. Particularly the perception of knowing the patient very well seems to prevent FPs from recognising initial symptoms of dementia.

Conclusion: "Good knowledge" offers the opportunity to use the trustful relationship within the FP patient relation to gain new information without timidity and to integrate it into the existing picture of the patient. Consequent aim should be to expand "good knowledge" to a specific "professional FP knowledge".

Keywords: dementia, attitudes and perceptions, qualitative research, narrative Interviews, grounded theory

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Rostock

² Abteilung für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Düsseldorf

Peer reviewed article eingereicht: 27.08.2010, akzeptiert: 17.10.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0425

Hintergrund

Die Demenz ist (in ihren häufigsten Formen) eine schleichend verlaufende Erkrankung mit progredientem Abbau der geistigen Fähigkeiten, wobei die Erkrankung nicht heilbar ist, bei einigen Patienten bestenfalls im Verlauf verzögert werden kann [1]. Der langsame Prozess der Entwicklung eines klinisch identifizierbaren Symptommusters in Verbindung mit dem vornehmlich betroffenen und nicht wiederherstellbaren Bereich des menschlichen Geistes, also dem unwiderruflichen Verlust dessen, was die Persönlichkeit der Betroffenen größtenteils ausgemacht hat, stellt spezielle Anforderungen an alle Beteiligten.

Der Hausarzt ist in der überwiegenden Anzahl medizinischer Belange der erste Ansprechpartner für gerade ältere Menschen [2] und wird von über 90 % der älteren Bevölkerung regelmäßig konsultiert [3, 4]. Der Hausarzt kennt seine Patienten oft jahrelang [5], sodass neben den medizinischen oft auch soziale, familiäre und persönliche Informationen über die Patienten verfügbar sind und genutzt werden [6, 7]. Jedoch postulieren (allgemein)medizinische Studien Mängel in der hausärztlichen Demenzerkennung und -versorgung [u. a. 8, 9, 10], deren Gründe allerdings aus diesen Untersuchungen allein kaum ersichtlich werden. Qualitativ ausgerichtete Studien, die überwiegend mit Fokusgruppen und strukturierten Interviews arbeiten, benennen Barrieren in der Demenzerkennung und -versorgung, wie Zeitdruck, Praxis- und Arzneimittelbudget sowie eine geringe Wirksamkeitserwartung in Bezug auf eine Behandlung. Ferner werden familiäre Gegebenheiten, Wahrnehmung der Symptome als normale Alterszeichen sowie Angst vor Stigmatisierung durch die Diagnose als Erklärung für eine verzögerte Diagnosestellung angegeben [z. B. 11, 12, 13, 14]. Diese Studien geben jedoch keinen Hinweis auf dahinter liegende Handlungs- und Interpretationsmuster der Interviewten.

Um den Sinn hinter den hausärztlichen Alltagshandlungen rekonstruieren zu können (also um beispielsweise erklären zu können, wieso wahrnehmbare Symptome einer beginnenden Demenz eher als normale Alterszeichen angesehen werden), sollen die ‚Erzählungen‘ von Hausärzten über ihre Er-

fahrungen mit an Demenz erkrankten Personen einer tiefer gehenden Analyse unterzogen und damit die Selbstbeschreibung der Hausärzte sowie ihre Fremdbeschreibung der an Demenz erkrankten Personen [15, 16] gleichermaßen untersucht werden.

Methoden

Im Gegensatz zu bisherigen qualitativen Studien in der Allgemeinmedizin, die sich methodenbedingt auf Argumentationen und Evaluationen der Befragten als Ergebnis leitfadengestützter, semi-strukturierter Interviews und Fokusgruppen stützen, sollen in dieser Untersuchung die in Narrationen latent enthaltenen aktuellen Sinnzuschreibungen hinter den Alltagshandlungen der Hausärzte herausgearbeitet werden [17]. Demzufolge wurden narrative Interviews [18, 19] mit 14 Hausärzten in nordrheinischen Praxen durchgeführt, in denen diese über eine persönliche Situation bzw. ein Erlebnis mit einem demenzten Menschen erzählen sollten. Im Allgemeinen haben die Ärzte Argumentationen zum Thema Demenz sowie 2 Fallgeschichten präsentiert. Die 45–60 Minuten langen Interviews wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet und verbatim transkribiert, eins zu eins verschriftet.

Indem die Ärzte immer wieder gebeten wurden, ihre Berichte anhand konkreter Personen mit Demenz zu erzählen, ermöglichten die daraus entstandenen Narrationen, etwas darüber zu erfahren, wie die Ärzte demenzte Menschen wahrnehmen, welches Bild sie von ihnen haben und wie sie sich selbst zu diesem Thema präsentieren.

Aus den 14 Interviews wurden im Sinne des *Theoretical Sampling* [20] mit dem Ziel einer maximalen Kontrastierung 4 ausgewählt. Die Auswahl bezog sich vor allem auf die Art der präsentierten Fälle (Patienten, Angehörige etc.), die Präsentationsweise der Fallgeschichten sowie die allgemeine Präsentation zum Thema Demenz. Die 4 Interviews wurden einer tiefer gehenden Analyse unterzogen, indem zunächst die Eingangspräsentation jedes Interviews mittels *thematischer Feldanalyse* [17] untersucht wurde. Dies ermöglichte, das primäre Präsentationsinteresse des jeweiligen Arztes zu entschlüsseln sowie die Re-

levanzsysteme der Ärzte, ihre Deutungen der erzählten Situationen als auch ihre Einordnung von Erlebnissen und Ereignissen zu rekonstruieren [21].

Um die Daten dann in einem ersten Schritt analytisch ‚aufbrechen‘ zu können und Unbekanntes in den Daten zu entdecken, wurden die Interviews von einem multidisziplinären Team (3 Hausärzte, 2 Psychologen, 1 Gesundheitswissenschaftlerin) offen kodiert [20]. Dieses Verfahren aus der Grounded Theory ermöglicht es, in den Daten fundierte Konzepte bzw. Kategorien zu ergründen und zu benennen, „sodass der Forscher von der reinen Beschreibung zur Interpretation auf höheren Abstraktionsebenen gelangt“ [20] und sich so sukzessive in eine analytisch distanziertere Position zum Datenmaterial begibt.

Indem die so analysierten Kategorien nachfolgend anhand des gesamten Interviewmaterials in Beziehung gesetzt (also *axial kodiert*) wurden, konnte in jedem Interview eine Schlüsselkategorie herausgearbeitet werden, die das jeweilige *Grundproblem* [20], hier also das Konzept des Arztes zur Demenz, präsentiert.

Die in der Arbeit am Material und in der Forschergruppe erarbeiteten Kategorien und Schlüsselkategorien bezeichnen Konstrukte, in deren Dimensionen sich das Datenmaterial widerspiegelt. Im Gegensatz zur Darstellung manifest im Interview verbalisierter Argumentationen und Evaluationen, also sichtbarer, zitierbarer und selbsterklärender Textbeispiele, können unsere interpretativen Analyseergebnisse der narrativen Interviews nicht mit einzelnen Textsegmenten belegt werden. Um die rekonstruierten Wahrnehmungs- und Handlungsweisen des jeweiligen Arztes und – damit in Zusammenhang – die zumeist latent und unbewusst wirkenden Sinnkonstruktionen und Deutungen zum Thema Demenz jedoch darstellen zu können, wurden diese in den Gesamtkontext des jeweiligen Interviews in Form von *Fallrekonstruktionen* [20] eingearbeitet.

Die so entstandenen 4 Fallrekonstruktionen enthalten einige Angaben zu den Ärzten, deren Selbstpräsentation sowie die analysierten Kategorien und Schlüsselkategorien in ihren fallspezifischen Dimensionen, welche in die geschilderte Ereignisabfolge der Interviews eingeflochten sind. Die aus den Interviews übernommenen Textseg-

mente dienen weniger einem ‚Beweis‘ unserer Interpretation (im Sinne von illustrierenden Zitaten) als vielmehr der Möglichkeit für den Leser, eine Vorstellung von der interviewten Person entwickeln zu können.

Für die fallübergreifende Analyse wurden in einem letzten Schritt alle 4 Interviews ‚systematisch und konzentriert‘ im Sinne des *selektiven Kodierens* [20] nach den Analyseergebnissen (Kategorien mit ihren Dimensionen) durchgesehen und im Hinblick auf ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht. Auf diese Weise konnten wir über die Präsenz und Ko-Präsenz von Themen die Verbindungen zwischen den Fällen und Kategorien erschließen und übergreifende Themen entschlüsseln. Diese Themen sind in den Dimensionen der analysierten Kategorien, wenn auch unterschiedlich akzentuiert, gleichfalls in allen Interviews vorhanden und werden sowohl in ihrer allgemeinen analysierten Charakteristik als auch in ihrer Fallspezifität dargestellt.

Ergebnisse

Fallspezifische Ergebnisse

Bei den Namen handelt es sich um Pseudonyme. Wörtliche Zitate aus den Interviews werden im Folgenden mit Anführungszeichen gekennzeichnet. Die hier gekürzten Fallrekonstruktionen konzentrieren sich auf die Darstellung der ersten vom jeweiligen Arzt präsentierten Fallgeschichte. Zur besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung des Konjunktivs weitestgehend verzichtet.

Fallrekonstruktion Dr. Friedrich

Der 47-jährige Arzt Dr. Friedrich ließ sich Anfang der 90er Jahre als Praktischer Arzt nieder. Seit 1993 arbeitet er mit einer Kollegin in einer Gemeinschaftspraxis zusammen und beide betreuen etwa 1200 Patienten pro Quartal.

Im Interview gebeten, über ein persönliches Erlebnis mit einem dementen Menschen zu erzählen, fragt Dr. Friedrich zunächst nach, ob es sich dabei auch um „so krisenhafte Situationen“ handeln könne. Jedoch verlässt er diesen Gedanken wieder und fragt ein zweites Mal nach: „Wenn das auch gilt, eine mittlerweile verstorbene Patientin“. Diese 2 direkten Nachfragen auf die Ein-

gangserzählaufforderung signalisieren, dass dem Arzt zunächst unklar bleibt, was von ihm als Interviewtem zu seinen persönlichen Erfahrungen mit an Demenz erkrankten Personen erwartet wird. Er nimmt die vielseitigen Möglichkeiten, die ihm die Erzählaufforderung lässt, wahr und erkundigt sich intuitiv nach für ihn unbekanntem Regeln für den Verlauf des Interviews. Die Kombination der krisenhaften Situationen mit dem „mittlerweile Verstorben[en]“ könnte darauf hindeuten, dass sich in dem nun vorgebrachten Fall einer mit 82 Jahren verstorbenen Patientin, die die Mutter einer ihm „über eh persönliche Beziehung bekannten Familie“ war, sowohl krisenhafte Situationen als auch persönliche Bezüge vereinen. Damit signalisiert Dr. Friedrich zum einen, dass er die Erzählaufforderung ernst nimmt und zum anderen, dass für ihn persönliche Beziehungen auch zu seinem hausärztlichen Verständnis gehören.

Im Weiteren fährt er berichtend fort, dass die Patientin ihm schon seit langer Zeit bekannt war, „wo sie auch absolut noch geordnet war, mobil war“. Von den Kindern wurde ihm dann berichtet, dass die Mutter eindeutige Zeichen einer „deutlichen Merkfähigkeitsstörung“ hätte, was sich über einen Zeitraum von 3–4 Jahren erstreckte, an deren Ende sie „ungeordnete Dinge getan hat“ und „im Alltagsleben unmotiviert war“. Die Kinder hätten letztlich dann die Idee gehabt und ihn darauf angesprochen, ob die Mutter nicht an „Alzheimer“ erkrankt sein könnte. Retrospektiv benennt Dr. Friedrich zwar im Interview den „schleichend[en]“ Beginn einer sich entwickelnden Demenz, reagiert aber erst „ab dem Zeitpunkt wo es dann augenfällig wurde und wo ich dann auch eh drauf angesprochen worden [bin]“. Zu diesem Zeitpunkt habe er auch einen Mini-Mental-Status-Test und einen Uhren-Zeichen-Test durchgeführt, die „nicht berauschend ausgefallen“, jedoch im Verlauf nicht wiederholt worden seien. Aufgrund der Ergebnisse vermutete er, dass „pi mal Daumen [...] bereits eine mittelschwere Demenz eh, vorliegen könnte“. Ab diesem Zeitpunkt verschlechterte sich der Zustand der Patientin innerhalb eines halben Jahres erheblich. In der ersten Phase war „weder von [ihm] [...] als auch von den Angehörigen nicht daran gedacht worden“, „die Patientin bei einem Nerven-

arzt vorzustellen“; demzufolge „keine spezielle Therapie“ erfolgte. Obwohl die Patientin weiterhin körperlich mobil war, nahmen die „Ausfälle“ zu. Während dieser Zeit war für Dr. Friedrich besonders auffällig, dass die Patientin „phasenweise extreme Mengen Abführmittel“ nahm, da sie „dachte, sie hätte keine Verdauung“. Objektive Untersuchungen seinerseits („mehrfache Darm- und Magenspiegelungen“) ergaben jedoch „nichts Auffälliges“. Wegen „ihrer erkennbar demenziellen Erkrankung“ kam die Patientin dann doch in nervenärztlich-psychiatrische Behandlung; letztlich vom Arzt forciert, um möglicherweise persönliche Konflikte mit dem befreundeten Sohn der Patientin zu vermeiden, von ihm aber als Vermeidung einer „eigenmächtig[en] [und] unfachmännische[n]“ Behandlung der Patientin im Interview dargestellt. Zudem beschreibt er die Weiterbehandlung durch den Facharzt für sich auch als emotional entlastend. Ab diesem Zeitpunkt sei er nur noch bei „hausärztlichen Fragestellungen“ („Bluthochdruck, Rückenschmerzen“) hinzugezogen worden, habe aber die vom Nervenarzt verordneten Medikamente weiter verschrieben. Die betonte Reduktion auf die Behandlung der körperlichen Beschwerden lässt hier eine Distanzierung zur Patientin und zur Demenz erkennen.

Da der Betreuungsaufwand für die Kinder der Patientin zu hoch wurde, erfolgte die Aufnahme der Patientin in ein „Altenwohnheim mit Pflegestation“, was ihm zudem eine räumliche Distanz zu seiner Patientin verschaffte (z. B. Hausbesuche „nur bei irgendwelchen akuten Anlässen“, teils therapeutische Anweisungen an die Kinder). Nachdem die Patientin auch körperlich weiter abbaute, ist sie letztes Jahr im Heim an „allgemeine[r] körperliche[r] Entkräftung“ verstorben.

Die Präsentation dieser Patientengeschichte, die fast das gesamte Interview einnimmt, macht deutlich, dass sie Dr. Friedrich immer noch beschäftigt und es ihm scheinbar in der damaligen Handlungssituation nicht möglich war, die Diagnose einer Demenz bei dieser Patientin frühzeitig zu stellen. Es bleibt unklar und vage zu formulieren, ob dem „Nicht-Erkennen“ der Demenz

- ein ‚Nicht-Erkennen-Können‘ (Übersehen der Symptome einer Demenz)

- ein ‚Nicht-Ernst-Nehmen‘ (Ignorieren latent wahrgenommener Symptome) oder
- ein ‚Nicht-Wahrhaben-Wollen‘ (aufgrund der langjährigen, engen Beziehung zur Patientin und ihrer Familie) zugrunde liegt.

Denkbar ist jedoch vor allem, dass die Notwendigkeit der eigenen Auseinandersetzung nicht von ihm erkannt wird. Durch den privaten Kontakt zu den Kindern der Patientin und damit durch den langjährigen „etwas engeren Kontakt“ zur Patientin selbst kann sich der Arzt nicht genug distanzieren, um seine Einstellungen, Gefühle und Handlungen diesbezüglich zu reflektieren, was sich auch in der unstrukturierten Darstellung des Falls im Interview widerspiegelt. Der Nähe zur Patientin (über deren Familie) versucht er durch Rückzug auf Konsultationsroutine und räumliche Distanzierungsbestrebungen zu entgehen.

Mit dem ‚Nicht-Erkennen‘ und dem damit verbundenen ‚Nicht-Benennen‘ der Diagnose Demenz vermeidet Dr. Friedrich scheinbar soziale Konflikte mit den Angehörigen und der Patientin. Möglicherweise möchte er sich weder mit einer möglichen Demenzdiagnose bei dieser Patientin noch mit den Angehörigen auseinandersetzen.

Zusammenfassend lässt sich ausagen, dass es sich in den dargestellten Patientengeschichten um die Aushandlung von Nähe und Distanz in den Beziehungen zwischen dem Arzt und seinen Patienten handelt. Bei der hier vorgestellten Patientin verhindert eine zu enge Beziehung zu ihr und ihrer Familie eine frühzeitige Diagnose und spätere begleitende Funktion des Arztes (der sich dann nur noch auf körperliche Beschwerden beschränkt). Es wird immer wieder deutlich, dass Dr. Friedrich die Demenz eher als ein Problem der Angehörigen (emotional und finanziell) und des sozialen Umfeldes und weniger als sein eigenes Problem als behandelnder Arzt darstellt. Eine Zuständigkeit für die kognitiven Beeinträchtigungen seiner Patienten stellt er immer wieder in Frage, betont die Zuständigkeit der Familie und schafft auf diese Weise Distanz zu seinen Patienten und ihren Problemen. Konkret heißt das, er schafft Distanz, indem er bei der Patientin, den von vornherein gezwungenermaßen bestehen-

den engeren Kontakt einschränkt, als die Diagnose unumgänglich erscheint. Dies passiert überwiegend durch die Überweisung zum Facharzt, Aufnahme ins Pflegeheim und über Anweisungen an Dritte (Angehörige, Pflegeperson). In Übereinstimmung damit kann vermutet werden, dass es für den Arzt schwer scheint, Konflikte mit dementen Patienten und ihren Familien auszuhalten, sodass diese möglichst von vornherein vermieden werden. Dies wiederum veranschaulicht eine gewisse Hilflosigkeit seinerseits, mit persönlichen Bindungen zwischen sich und den Patienten / Angehörigen konstruktiv umgehen zu können. Letztlich manifestiert sich diese Hilflosigkeit auch im Interviewgeschehen, da es ihm schwer fällt, sich zum einen verständlich zu machen und zum anderen die Gegebenheiten und Situationen auszuformulieren, was in vielfältigen Themensprüngen und Abbrüchen in der Interviewstruktur Ausdruck findet.

Fallrekonstruktion Dr. Elling

Die 49-jährige Hausärztin Dr. Elling arbeitet zum Zeitpunkt des Interviews seit 14 Jahren in einer Einzelpraxis und betreut durchschnittlich 800 Patienten im Quartal.

Nachdem sie gebeten wurde, über ihre persönlichen Erfahrungen mit dementen Personen zu erzählen, indem sie sich an eine bestimmte Situation oder ein Erlebnis mit einem dementen Menschen erinnert, versucht sie erst einmal das Feld auf den beruflichen Bereich einzugrenzen: „Aus der Sprechstunde heraus jetzt?“ Diese implizite Trennung von privaten und beruflichen Erfahrungen spiegelt schon zu Beginn des Interviews ihre Prioritätensetzung und das Selbstbild von ihr als interviewter Ärztin wider. Dann evaluiert sie: „Sind ja eigentlich immer die gleichen Situationen“, dass Angehörige zu ihr kommen und sie fragen, ob es sich bei den Anzeichen von Vergesslichkeit um Alzheimer handeln könne. Die „Sprechstunde“ wird also als Aufhänger für die Vorstellung des Praxisklientels zum Thema benutzt. Alle anschließenden Berichte werden von ihr aus der Perspektive ihrer Patienten dargestellt, dagegen spielt ihr eigenes Handeln in den Erzählungen nur eine untergeordnete Rolle, was die Ausgrenzung von Persönlichem noch einmal verdeutlichen könnte.

Zu Beginn wirkt die Eingangspräsentation vor allem unstrukturiert, es werden verschiedene Begebenheiten angesprochen, wieder fallen gelassen und manchmal später wieder aufgenommen, was eine allgemeine Verunsicherung spürbar werden lässt. Dies ist ein Hinweis darauf, dass der Ärztin unklar bleibt, was von ihr im Interview erwartet wird und sie unsicher ist, wie sie auf die Erzählaufforderung reagieren soll. Zu einem Zeitpunkt, zu dem das Interview droht, abzubrechen, beginnt Dr. Elling von sich aus über 2 Patienten zu erzählen. Obwohl sie immer wieder betont, dass sie viele Erfahrungen gemacht hat und dass das immer das Gleiche sei, präsentiert sie dann 2 „selten[e]“ Patienten. Selten sind diese, weil beide Patienten noch jung sind und sich selbst Sorgen machten, da sie ängstlich bemerkten, dass sie vergesslicher geworden seien. Diese Patienten kommen zu ihr als vertrauter Bezugsperson. Sie präsentiert sich als jemand, der für andere in diesen Situationen als Vertrauensperson wichtig ist und steckt damit für sich das eigentlich ärztliche Arbeitsfeld der begleitenden Fürsorge ab – dem einzigen Feld, in dem sie sich aktiv präsentiert.

Zunächst berichtet sie dann ausführlich von einem Patienten, der bei sich mit Anfang 60 erste Symptome bemerkte und „die Ehefrau [das auch] bestätigte“. Beide sind trotz eines Umzugs bei ihr als Hausärztin geblieben. Ausführlich erzählt sie eine Situation, in der der Patient zu ihr in die Praxis kommt und „völlig fertig [...] dann erzählt, [...] dass er sich einfach nicht mehr erinnern konnte, wo die Praxis ist [...]“. Immer wieder betont sie im Verlauf des Interviews, dass der Patient „merkt, er ist krank [...]“. Der Patient wird trotz voranschreitender Erkrankung immer wieder von ihr in seiner aktiven Rolle wahrgenommen und so präsentiert, bis er dann „gnädigerweise [...] zu Hause an einem akuten Herz-tod verstorben“ ist.

Sie schildert diesen Patienten als jemanden, den sie selbst in seiner Demenz sehr aktiv erlebt. Sie fungiert in den Erzählungen lediglich als Zielperson, die als Vertraute zwar da ist, aber bis auf das Trostspenden und Beruhigen der Patienten eher passiv bleibt. Auch das Urteil von Angehörigen, die Ehefrau, die die Vergesslichkeit bestätigte, wird hingenommen, ohne dass ärztliches Handeln (z. B. Diagnostik, Überweisung) er-

kennbar wird. Werden medizinische Details erwähnt, bei denen es sich größtenteils um allgemeine Aussagen oder Darstellungen im Stil von Lehrbuchaufsätzen handelt, dann werden diese als vom Patienten selbst geäußert dargestellt. Das verdeutlicht noch einmal das Bild, das sie von sich als Hausärztin hat – das Bild einer Vertrauensperson, die ihre Patienten gut kennt und diese begleitet, aber weniger durch ärztliches, medizinisches Handeln auffällt. In dieser Rolle ist sie einfühlsam und voller Anteilnahme – besonders bei den Angehörigen, da diese unter dem Erkrankten am meisten leiden müssen („gerade die Ehefrauen, meist oder die Ehepartner sind ja eben sehr eh angespannt und eh leiden sehr unter der unter dieser Situation, also viel mehr als man sich das manchmal überhaupt vorstellen kann“).

Von der Interviewerin im weiteren Verlauf noch einmal auf das zuerst geschilderte Ehepaar angesprochen, spielt die Aktivität wieder eine besondere Rolle in der Präsentation von Dr. Elling: „Das Ehepaar ist immer sehr aktiv gewesen“. Diese Aktivität blieb auch mit Vorschreiten der Erkrankung erhalten, da „er immer noch mitgenommen worden [ist] zu diesen ganzen Aktivitäten“. Der „plötzliche Herztod“ des Patienten wird von der Ärztin als „Erleichterung“ für die Ehefrau präsentiert, die seitdem auch „ihr aktives Leben“ weiterführt. Zudem betont sie, dass es in der Krankheitsphase des Mannes nicht möglich war, „einen Psychiater zu finden wo er sich aufgehoben gefühlt hat oder auch die Frau die da immer mit war“. Dies verdeutlicht noch einmal die besondere Rolle von Dr. Elling als Vertraute.

In den geschilderten Patienten-Fallgeschichten kommt zum Ausdruck, dass die Patienten die Ärztin auf ihre Vergesslichkeit und Orientierungsstörungen aufmerksam machen, ohne die sie trotz eines von ihr immer wieder betonten „guten Kennens“ der Patienten, die Diagnose zu diesem Zeitpunkt nicht gestellt hätte. Resümierend stellt sie fest, dass sie „die Patienten doch falsch einschätzt“. Durch diese falsche subjektive Einschätzung der Patienten entsteht bei der Ärztin Unsicherheit.

In Bezug auf Demenz gibt es keine Sicherheit, da ihre ärztliche Einschätzung mit objektiven Testergebnissen und den Schilderungen der Patienten nicht zusammenpasst. Eine gewisse Si-

cherheit entsteht zwar durch objektive Fakten („also das sind die Sachen [Tests] die wir hier machen“), die Unsicherheit bleibt aber auch im Interview selbst spürbar.

Zum Ende des Interviews werden die Patienten mit ihrer Demenz als Personen dargestellt, die sich glücklich schätzen können, da sie von ihrem Dilemma nichts mitbekommen: „Ja der Patient ist der Glückliche von allen in seiner Demenz“, solange der „Vorhang“ nicht aufreißt. Bewusstes Wahrnehmen der Erkrankung ihrerseits und der Angehörigen produziert dagegen Unsicherheit und Unglücklichsein.

In den Schilderungen ihrer Patienten wird immer die Aktivität dieser sowohl in ihrer Unbewusstheit („verlaufen“, „dass er zu Hause unruhig war“) als auch in ihrem Bewusstsein der Situation („sie wollte ihn nicht ins Heim geben, obwohl er das selber immer wieder sagte, wenn er sich der Sache bewusst wurde“) präsentiert. Sie selbst, als Ärztin, bleibt inaktiv, gleichsam als bräuchte es als Vertrauensperson, als Instanz und Autorität keine deutliche Aktivität. Das bewusste Wahrnehmen bedingt bei den Patienten ein Gefühl von Unsicherheit, wenn bei ihnen der Schleier bzw. der Vorhang der Bewusstlosigkeit der Demenz reißt und sie sich ihrer Situation bewusst werden; aufseiten der Ärztin entsteht Unsicherheit, wenn sie bemerkt und sich und uns eingesteht, dass sie sich geirrt hat bzw. jemanden falsch eingeschätzt hat.

Fallrekonstruktion Dr. Gruber

Der 60-jährige Allgemeinmediziner Dr. Gruber ist seit fast 18 Jahren in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen, die im Quartal ca. 1200 Patienten betreut.

Im Interview gebeten über ein persönliches Erlebnis mit einem dementen Menschen zu erzählen, signalisiert Norbert Gruber zunächst Offenheit für die Frage nach persönlichen Erfahrungen: „also familiär sag ich mal, ehm könnt ich jetzt nicht auf Erfahrungen zurückgreifen“. Anstatt nun jedoch von (ärztlichen) Erfahrungen mit Patienten zu erzählen, hält er allgemein fest, dass sich die diagnostischen Möglichkeiten in den letzten Jahren deutlich verbessert haben und „der geistige Verfall dieser Menschen“ im Mittelpunkt der Erkrankung steht. In seiner Eingangspräsentation

stehen verallgemeinernde typische Verläufe der Demenzerkrankung im Vordergrund. Als Experte zieht er sich aus dem Bereich des für ihn Persönlichen zurück und weicht auf für ihn sicheres, sprich ärztliches Terrain aus und vollzieht damit gleich zu Beginn des Interviews eine strikte Trennung zwischen persönlichen und ärztlichen Erlebnissen.

Nach einem konkreten Patienten gefragt, gelingt es Dr. Gruber, seine Erfahrungen erzählend darzustellen, indem er von einem Erlebnis mit einer etwa 72-jährigen dementen Patientin berichtet, die er seit 5 Jahren im Heim betreut. Obwohl bei der Patientin die Demenz schleichend voranschreitet und die „geistige Verwirrung [...] immer mehr zunimmt“, erkennt sie ihn bislang immer und hat seinen Namen „bis jetzt nicht vergessen“.

Nach kurzer Erzählung bricht Dr. Gruber diese jedoch wieder ab und argumentiert, das „dieses Krankheitsbild [für ihn] sehr sehr schwierig zu differenzieren“ ist. Wie zu Beginn des Interviews breitet er sein Wissen aus, indem er seine allgemeinen Berichte über Demenzerkrankte mit Argumentationen und Belegen stützt. So vermutet er: „Bei diesen demenzerkrankten Menschen eh ist ja oft multiple andere neurologische psychiatrische Erkrankungen auch, Halluzinationen eventuell“. Angst, Depressionen, Wahnvorstellungen können eine Rolle spielen. Da hier seine eigenen Kompetenzen in Bezug auf die Diagnostik und Therapie nicht ausreichen und „weil ich mich auch jetzt persönlich, was mich jetzt anbetrifft, ehm in der Psychiatrie eh sehr vorsichtig bewege“, arbeitet er mit den behandelnden Psychiatern zusammen und hält sich an deren Therapievorschläge.

Neben dieser Abgrenzung wird im Interview immer wieder deutlich, wie er versucht sich in die Patientin hineinzuversetzen; wie er versucht herauszubekommen, was sie gerade denkt und wie es ihr geht, indem er ihr vermehrt Fragen stellt oder sich beim Pflegepersonal nach ihr erkundigt. Seine persönliche Betroffenheit mit dieser Patientin kommt verbalisierend besonders dadurch zum Ausdruck, dass er sagt: „Die uns doch auf dem Herzen liegt“. Diese Formulierung und sein persönliches Engagement, sich in seine Patienten hineinzuversetzen und verstehen zu wollen,

erwecken im Verlauf des Interviews und der Analyse im Gegensatz zu seiner Eingangspräsentation den Eindruck, dass Dr. Gruber in seiner täglichen Arbeit keine strikte Trennung zwischen beruflichem und persönlichem Wahrnehmen und Handeln vornimmt.

Persönlich engagieren kann er sich jedoch nur, indem er die Verantwortung für die Patienten sowohl mit seinem Praxispartner als auch mit den Fachärzten teilt. Zur Diagnostik arbeitet er mit „Kolleginnen und Kollegen aus den Fachbereichen der Psychiatrie und Neurologie“ eng zusammen. Da es bei der Demenz keine „geraden Linien“ gibt, sei es für die Allgemeinmedizin besonders „schwierig, die Patienten so einzuschätzen [...] ohne dem Patienten irgendetwas zu unterstellen“. Dennoch wirkt er im gesamten Interview in Bezug auf den Umgang mit seinen dementen Patienten sehr sicher, indem er ein klares Aufgabengebiet für sich als Allgemeinarzt darstellt. Er präsentiert sich im Verlauf des Interviews als jemand, der sich um seine Patienten sorgt, kümmert und sich Gedanken macht. So achtet er vor allem auch darauf, dass die Verdachtsdiagnose Demenz nicht vorschnell gestellt wird und versucht damit, seine Patienten auch vor einer Medikalisierung und Überdiagnostik zu schützen.

Mit dieser Wahrnehmungs- und Vorgehensweise „funktioniert“ der Umgang mit seinen dementen Patienten in der Hausarztpraxis für ihn. Dabei präsentiert er sich immer als Experte seiner Erfahrungen, die er im gesamten Interview (selbst)sicher auch erzählend darstellen kann. Den Expertenstatus in Bezug auf Demenz räumt er jedoch ganz klar den Psychiatern und Nervenärzten ein, da „für mich sind das auch meist ziemlich böhmische Dörfer“.

Distanziert sich Dr. Gruber zu Beginn des Interviews noch bewusst von persönlichen Situationen im ärztlichen Handeln, bestimmt persönliches Engagement sein gesamtes ärztliches Tun im Interview. Einerseits handelt er als erfahrungsreicher und wissender Arzt, der sein Aufgabengebiet genau kennt und Aufgaben wie Diagnostik und Therapie an den Facharzt abgibt. Andererseits berühren ihn die Patienten und ihre Schicksale persönlich, wobei er ständig bemüht ist, seine Patienten und ihr Handeln verstehen zu wollen. In diesem Sinne ist er sich dieser persönlichen An-

näherung vielleicht nicht bewusst, da er sie eigentlich nicht als persönliche sondern ärztliche Erfahrungen darstellt.

Fallrekonstruktion Dr. Tervooren

Der 60-jährige Dr. Tervooren arbeitet seit etwa 20 Jahren als Hausarzt. In einer Gemeinschaftspraxis behandelt er zusammen mit seinem Kollegen ca. 1800 Patienten im Quartal.

Nachdem Dr. Tervooren vom Interviewer aufgefordert wurde, eine Situation oder ein Erlebnis mit einem dementen Menschen zu erzählen, beginnt er mit einem allgemeinen Bericht über seine vor 5 Jahren beginnende veränderte Wahrnehmungsweise gegenüber den Symptomen der Demenz. Dafür benennt er 2 Ursachen: (1) Das Kennenlernen eines „überzeugenden Geriater[s]“ und (2) die „plötzlich[e] Demenz bei [seiner] vorher kognitiv überdurchschnittlich fitten und kulturell sehr anspruchsvoll lebenden Schwiegermutter“. Damit präsentiert er sich gleich zu Beginn des Interviews als jemand, der sich mit dem Thema Demenz bereits auseinandergesetzt hat, über seine eigene veränderte Wahrnehmung reflektieren kann und der persönliche (familiäre) Erfahrungen mit dem Thema gemacht hat. Auf diese Weise signalisiert er Bereitschaft, seine eigene frühere Unwissenheit dem Interviewer gegenüber darzustellen. Im weiteren Verlauf des Interviews wird jedoch deutlich, dass dies nur geschieht, um dazulegen, dass er jetzt Bescheid wisse und dies im Interview auch reflektiert darstellen kann.

Im Verlauf des Interviews spricht er weitere Ereignisse aus dem beruflichen als auch dem persönlich familiären Bereich an (u. a. aktuelle Leitlinien und Artikel zum Thema Demenz, Gespräche mit Kollegen, Berichte über Patienten und ihre Angehörigen sowie die Demenzerkrankungen der „91-jährige[n] Schwester“ seiner Schwiegermutter und der Mutter des Praxispartners). Diese haben aus seiner Sicht zu der veränderten Wahrnehmung geführt und seine frühere Einordnung von „Stimmungsveränderungen“ und „Kompetenzverlust“ als „normales Altern“ nun in Frage stellt bzw. ihm „die Augen geöffnet“.

Mit dieser Argumentationskette zu Beginn des Interviews mit eingeschobenen Berichten aus dem professionellen wie familiären Feld übergeht Dr. Tervooren

die eingangs gestellte Erzählaufforderung zunächst und evaluiert mitten in seiner Eingangspräsentation in Bezug auf die Symptome von Demenz: „Das ist eigentlich gar nichts Normales und normal gibt es eben so ohne Weiteres auch gar nicht und der Kompetenzverlust ist eben so wenig 'nen Alterszeichen wie die Depression hm ein Zeichen der Menopause ist“. Mit dieser Globalevaluation seiner Wahrnehmung der Demenz als nicht-normalen Zustand in der ärztlichen Praxis und in seinem Leben verschmilzt zum ersten Mal die Aufspaltung zwischen seinem professionellen und familiären Umfeld, die sonst im gesamten Interview eine große Rolle spielt. Im Gegensatz zum professionellen Feld, welches im Interview mit Sicherheit vorgetragen wird, wirkt er in den Darstellungen im privaten Bereich eher verunsichert. Sowohl im privaten als auch im beruflichen Alltag wurden „verschiedene Versuche [mit Medikamenten] gemacht“, bei denen er und der Praxiskollege allerdings „eigentlich keinerlei klinische oder [im] individuellen Einzelfall spürbare Erfolge gesehen haben“.

In der weiteren Analyse kristallisiert sich immer mehr heraus, dass es ihm neben der präsentierten zeitlichen Differenzierung zwischen der früheren und heutigen Wahrnehmung und dem Durchbrechen und Augenöffnen in Bezug auf das Thema Demenz hauptsächlich um die Organisation und die Betreuung der dementen Personen geht. Diese sind für ihn sowohl im familiären als auch beruflichen Alltag „sehr aufwendig zu organisieren und natürlich auch ehm, sehr teuer“. Organisatorische Aspekte spielen in den Entscheidungen, ob eine demente Person im Heim untergebracht oder zu Hause betreut werden soll, eine wichtige Rolle.

Auf die Nachfrage des Interviewers in Bezug auf die von ihm angesprochene Schwiegermutter wird auf besondere Weise deutlich, wie sich die professionelle Distanzierung im familiären Feld darstellt und zu Verunsicherung und Kränkung in der eigenen Familie führt: Zunächst berichtet Dr. Tervooren von der von ihm beobachteten kognitiven Verschlechterung seiner Schwiegermutter: „fing zum Beispiel [...] ehm [...] verstärkt an, ihre Brillen zu suchen wo sie also zwischen [...] ehm [...] Lesebrille und anderen Brillen eh nicht mehr gut

unterscheiden konnte [...], dass sie eben bei den Abläufen der Vorbereitung von Gerichten teilweise nicht mehr weiter wusste, also so als Kompetenzverlust“; und resümiert: „Das war eigentlich so das Erste“. In einem nächsten Schritt werden in der sich über die Veränderungen wundernden Familie Spekulationen über ein schlechter werdendes Gehör und einer erlebten Altersunlust bzw. Depression seiner Schwiegermutter ausgeräumt, indem nach dem gemeinsamen Besuch eines Vortrages über Demenz deutlich wird, dass sie (seine Frau und er) „das eine oder andere auch auf [die Schwiegermutter] beziehen können“. In einem weiteren Schritt wurde dann „aus Interesse mal zu Hause und auch so ein bisschen natürlich eh verbrämt mit nem Lächeln nen Minimal-Test gemacht“. Ohne auf das Ergebnis einzugehen, reflektiert Dr. Tervooren über die verschiedenen Testmöglichkeiten, die alle mehr oder weniger „aussagekräftig“ seien und berichtet anschließend über die „immer sehr schön“ gewesene Handschrift seiner Schwiegermutter, die „deutlich krakeliger wurde und nicht mehr in der Linie blieb“. Aus seiner Sicht wurde „da immer mehr ein Bild draus“, bis er die immer deutlicheren Anzeichen auch als „demenzielle“ Symptome in der Familie deklarierte und definierte. Er erfährt allerdings hier eine offenbar tiefe Kränkung durch die „Großfamilie“, da „in der Familie eine deutliche Abwehr“ gegenüber der Benennung der Demenz als solche zu spüren gewesen sei.

Den Spagat zwischen seinem teilweise erst in neuerer Zeit erworbenem Wissen und den familiären Gegebenheiten versucht Dr. Tervooren mit dem Aufbau von persönlicher Distanz zum Leid seiner Schwiegermutter zu überbrücken, indem er sich um die notwendige Versorgungs- und Betreuungssituation der Schwiegermutter in der Familie kümmert. Er erzählt, dass es für seine Frau besonders schwer sei. Er sorgt dafür, dass „eine sehr gute Sozialarbeiterin [...] an 4 Tagen in der Woche für ein bis anderthalb Stunden kommt“ und die Tabletengabe organisiert wird. Er kümmert sich um organisatorische und technische Abläufe und sorgt damit dafür, dass alles möglichst reibungslos in der Familie abläuft.

Präsentiert sich Dr. Tervooren zu Beginn des Interviews als jemand, dessen

berufliche und persönliche Erfahrung miteinander einhergehen, wird allerdings in der vertiefenden Analyse deutlich, dass er trotzdem seine professionelle Distanz auch in der persönlichen familialen Rolle aufrecht erhält und es als seine eigentliche Aufgabe begreift, sich neben der Benennung der Diagnose um die Betreuungs- und Versorgungsaufgaben bei den dementen Personen zu kümmern.

Fallübergreifende Ergebnisse

Kennen des Patienten

Mit dem Kennen der Patienten drückt sich für uns in der Analyse des Materials sowohl das Wissen über die Patienten (medizinische, soziale und familiale Fakten) als auch das durch die Ärzte konstruierte Bild über diese (Interpretation dieser Fakten) aus.

Dr. Elling vermittelt den Eindruck, als würde die subjektive und erfahrungsgestützte Einschätzung der Patienten, also das ‚gute ärztliche Kennen‘ vor falschen Einschätzungen der Gesamtsituation schützen. Ihr Glaube an das ‚gute Kennen‘ der Patienten wird jedoch bei der Demenz erschüttert bzw. enttäuscht. Dagegen will Dr. Gruber verstehen, was in seinen Patienten vorgeht, was sie denken und wollen. Er versucht, die medizinischen und sozialen Fakten um die Sichtweise der Patienten zu erweitern und in sein Gesamtkonzept der Patienten mit einzubauen, indem er seinen ‚Kenntnisstand‘ der Patienten aktiv erweitert. Während es im Interview mit Dr. Friedrich um die Vermeidung von Konflikten mit ihm gut bekannten Patienten und deren Angehörigen geht, stehen bei Dr. Tervooren die persönlichen Beziehungen zu seiner Schwiegermutter und deren Schwester im Vordergrund; diese ‚gut zu kennen‘ wird hier explizit über die medizinischen und sozialen Fakten, darüber hinaus nur implizit über die Darstellung der familialen Strukturen ausgedrückt.

Distanz vs. Nähe

Eng mit dem ‚guten Kennen‘ der Patienten ist das Thema der Nähe und Distanz verbunden. Darunter verstehen wir zum einen die interne Verbindung zum Patienten oder dessen engstem Umfeld

(emotionale Verbundenheit, Involviertheit, Sympathie), welche durch Vertrauen und / oder freundliche Zuwendung bzw. emotionalen Abstand gekennzeichnet sein kann. Zum anderen kann sich Nähe und Distanz äußerlich z. B. in der Anzahl von Kontakten zwischen dem Arzt und den Patienten sowie deren Angehörigen abbilden.

Indem sich Dr. Elling als Vertrauensperson darstellt, signalisiert sie zwar eine gewisse Nähe zu den Patienten, bleibt aber dennoch handlungsbezogen uneteiligt. Nimmt Dr. Gruber eine faktische Distanzierung gewollt über die Weiterleitung seiner Patienten an den Spezialisten vor, stehen persönliches Engagement und das Verstehen-Wollen dieser im Vordergrund der Selbstpräsentation und vermitteln ein Gefühl von unbewusster Nähe. Im Gegensatz dazu schafft Dr. Tervooren durch seine professionelle Betrachtung und Diagnosestellung auch im privaten, familiären Bereich Distanz zu den an Demenz erkrankten Personen. Noch ein gänzlich anderes Bild vermittelt Dr. Friedrich, indem vor allem die Nähe zu den Patienten zunächst ein Nicht-Erkennen bzw. Nicht-Anerkennen demenzieller Symptome fördert, wird die Distanzierung zum Thema Demenz offensichtlich, die dann wiederum zur Vermeidung von Konflikten in der Arzt-Patient-Angehörigen-Beziehung genutzt wird.

Aktivität vs. Passivität

In der Analyse der Interviews wurde ein sehr unterschiedlicher Umgang der Hausärzte mit den an Demenz leidenden Personen deutlich, der sich zum Teil durch sehr aktives, zum Teil sehr passives ärztliches Handeln auszeichnet.

Bei Dr. Elling stehen deutlich die aktiven Patienten und Angehörigen im Vordergrund der Präsentation. Die Ärztin selbst verbleibt als Instanz und Autorität, zu der die Patienten Vertrauen haben, in einer eher passiven Rolle. Dr. Friedrich hört sich die Klagen der Angehörigen lange an, bevor er reagiert. Diese Inaktivität deuten wir als Zeichen von Vermeidung von Konflikten sowie als Zeichen seiner eigenen geringen Handlungsergebniserwartung. Bei Dr. Gruber dagegen vermischen sich die aktiven und passiven Handlungen. Einem eher passiven Beschwichtigen der Ängste der Patienten folgt ein aktives Er- und Hinterfragen der

Motive und Handlungen dieser. Die Aktivität von Dr. Tervooren beschränkt sich in seinen Darstellungen im Interview auf die Ausübung der Definitionsmacht als Arzt sowie auf eine aktive Regelung der Betreuung und Versorgung der Erkrankten sowohl im hausärztlichen als auch im familialen Bereich.

Sicherheit vs. Unsicherheit

Sicherheit und Unsicherheit spiegeln sich in der Wahrnehmung und dem Umgang der Hausärzte mit dem Thema Demenz sowie den davon betroffenen Personen in den Interviews wider.

Scheinbar objektive Fakten aus Tests und medizinische Daten sowie ein ‚gutes Kennen‘ (s. o.) der Patienten vermitteln Dr. Elling ein sicheres Gefühl. Treten Irritationen auf, wenn ihr z. B. trotz des ‚guten Kennens‘ eine Fehleinschätzung bewusst wird, führt dieses zu einer allgemeinen Verunsicherung in Bezug auf das ärztliche Handeln überhaupt. Bei Dr. Friedrich führen konflikthafte Situationen zu einer von ihm empfundenen Hilflosigkeit im Umgang mit Demenzkranken. Dr. Gruber vermittelt Sicherheit im eigenen von ihm definierten Arbeitsbereich – nämlich der hausärztlichen Betreuung, bei schon kleineren eher diagnostischen oder medikamentös-therapeutischen Unsicherheiten delegiert er das Problem an den Spezialisten. Die Präsentation im familialen Bereich ist für Dr. Tervooren im Gegensatz zum beruflichen Alltag von Unsicherheit geprägt, die er durch die Fokussierung auf die Definition der Erkrankung und die ‚technische‘ Regelung der Versorgung der Betroffenen zu kompensieren versucht.

Schlussfolgerungen

Unsere Ergebnisse passen zu dem aus der Literatur bekannten Bild, dass bei Hausärzten, die sich theoretisch in einer besonders geeigneten Position befänden, um Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit rechtzeitig zu erkennen, vielfältige Barrieren in der frühzeitigen Erkennung und im Umgang mit demenzkranken Patienten bestehen [9]. Bekannte Hindernisse wie eine geringe Selbsteinschätzung der Ärzte in Bezug auf eigene Kompetenzen [22, 23], die zugrunde liegenden Krankheitskonzepte, also die

Wahrnehmung, Bewertung und Verarbeitung von Krankheit und den betroffenen Patienten [24, 14], eine von Ärzten wahrgenommene mangelnde therapeutische Konsequenz [25] und / oder die Priorisierung somatischer gegenüber kognitiver Beschwerden [26] spiegeln sich in unterschiedlich starken Anteilen auch in unseren Ergebnissen wider. Darüber hinaus scheint jedoch vor allem das empfundene ‚gute Kennen‘ der Patienten ein rechtzeitiges (An-)Erkennen von ersten Anzeichen und Symptomen der Demenz zu verhindern.

Denken wir an die Vermeidung der Diagnosestellung Demenz, dann könnte diese zunächst auch als Umsetzung eines zentralen allgemeinmedizinischen Prinzips des abwartenden Offenhaltens interpretiert werden, bei dem unter Beachtung der abwendbar gefährlichen Verläufe bewusst auf weitergehendes diagnostisches oder therapeutisches Handeln verzichtet wird, solange sich keine Therapiekonsequenz abzeichnet, die eine definierte Diagnosestellung erforderlich machen würde. Unsere Ergebnisse deuten jedoch eher in eine andere Richtung, da die Vermeidung und Distanzierung (Nicht-Anerkennen von Symptomen; Nicht-Ernstnehmen von Äußerungen; von Passivität geprägte Handlungen; dem Vertrauen, die Patienten gut zu kennen etc.) bei den untersuchten Hausärzten zumeist kognitiv unreflektiert abzulaufen scheint.

Fairhurst und May [27] beschreiben 2 Arten von ärztlichem Wissen über Patienten, die aus ihrer Sicht die Grundlage für das Konzept ‚Kennen der Patienten‘ bilden:

- deduktives Wissen (basiert auf erhobenen biomedizinischen und biografischen Daten und Fakten über die Patienten) und
- induktives Wissen (Interpretation der Fakten im Kontext der Konsultation mit den jeweiligen Patienten, z. B. Erfahrungen während der Sprechstunde).

In unserer Analyse wird noch eine dritte Ebene im Sinne einer aktiven Wissenserweiterung deutlich, nämlich das aktive Einholen von Verständnis vertiefenden Informationen. Diese letztgenannte Ebene sehen wir als separat an, weil sie über das eher passive und von Routine geprägte Zurückgreifen auf bestehende Informationen hinausgeht und ein aktives Element der Informationssuche einfügt.

Spiegeln wir dies wieder in die Hausarztpraxis zurück, können wir feststellen, dass der Glaube daran, die eigenen Patienten gut zu kennen, den Hausärzten zunächst ein sicheres Gefühl vermittelt, welches jedoch ein frühzeitiges Erkennen von ersten Anzeichen und Symptomen zu verhindern scheint. Denn auch wenn in der Literatur davon ausgegangen wird, dass das ‚Sich-Sorgen‘ Teil des ärztlichen Rollenverständnisses ist, da Ärzte vorwiegend darauf trainiert sind, sich um andere zu sorgen und die eigene Person immer wieder in den Hintergrund zu stellen [28], kann dies nicht mit einem guten Kennen des oder einer Nähe zu den Patienten gleichgesetzt werden. Vielmehr muss bedacht werden, dass sowohl Patient als auch Arzt in ihren gesellschaftlichen Rollen in der Hausarztpraxis sich gegenüber treten und in diesen ‚funktionieren‘. Dabei fügt sich die Rolle des Kranken mit jener des Arztes in der Konsultationssituation zu einer komplementären Rollenstruktur zusammen [29]. Da jedoch sowohl Arzt als auch Patient in ihrem Alltag und in ihrem sozialen System mehrere Rollen nebeneinander und zum Teil überlappend erfüllen, erscheint ein wirklich ‚gutes Kennen‘ der Patienten nicht erreichbar.

Erschwerend kommt hinzu, dass das Suchen und Aufnehmen neuer Informationen durch die Spezifika des hausärztlichen Umfelds (lange Arzt-Patienten-Beziehungen, kurze Konsultationsdauer etc.) und durch eine in diesem Umfeld gewachsene Routine des Arztes eher reduziert werden, sodass Frühsymptome einer beginnenden Demenz übersehen oder im Sinne eines vorgefestigten Bildes interpretiert werden könnten [30]. Äußere (neue) Faktoren können das Handeln nur bestimmen, wenn sie subjektiv akzeptiert [31] und zum bisherigen Wissen passen bzw. diesem nicht widersprechen [32]. Bei der Demenz ist dies dann besonders schwierig, wenn z. B. das Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten nicht zum Bild passt, welches sich der Arzt vom Patienten gemacht hat.

In den langjährigen Beziehungen zwischen Hausarzt und Patienten kommt noch einmal erschwerend hinzu, dass eine gefühlsmäßige Bindung (egal in welcher Form) an die Patienten existiert, die es erschweren, tabuisierte Wissensbestände überhaupt zu erkennen und in das Gesamtbild einzubauen. Aldrich [33] spricht

Anja Wollny, M. Sc. (P.H. and Admin.) ...

... Gesundheitswissenschaftlerin, von 2005–2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin in Düsseldorf, seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin in Rostock. Arbeitsschwerpunkte: qualitative Sozialforschung, Krankheitskonzepte und Biografien von Hausärzten

in diesem Zusammenhang von einem Balanceakt, der dem Arzt zwischen emotionalem Desinteresse und einer übertriebenen Anteilnahme gelingen muss, wobei Letzteres zu einem Objektivitätsverlust führen kann. Eine sehr enge Beziehung zu den Patienten kann Aldrich zufolge den Arzt daran hindern, unliebsame, aber notwendige Themen anzusprechen. Das gleichzeitige Vorliegen von Objektivität aus der professionellen Distanz einerseits und empathischer Nähe zu den Patienten andererseits ist Ziel einer guten Arzt-Patienten-Beziehung.

Weiterhin muss bedacht werden, dass neben der Kopplung an die eigene Gefühlswelt ebenso die gute Verfügbarkeit und Augenscheinlichkeit von (zumeist körperlichen) Beschwerden / Symptome zur Integration von neuem Wissen entscheidend beitragen. Diese Informationen werden in der Regel in der Hausarztpraxis aus der erlebten Anamnese gewonnen. Hierbei markieren zum einen wieder die eingenommenen sozialen Rollen der Ärzte und Patienten und zum anderen das erschwerte Erkennen von Symptomen bei einem sich stetig und langsam entwickelnden Prozess – vergleichbar mit dem Wahrnehmen von Altersveränderungen (Falten, Körperhaltung etc.) beim Lebenspartner und Angehörigen – mögliche Reflexionspunkte.

Das Krankheitsbild der Demenz stellt sich somit vor dem Hintergrund

- einer gesellschaftlich geprägten Rollenstruktur zwischen Arzt und Patient,
- einer gefühlsmäßigen Bindung an den Patienten sowie
- einer verminderten Aufmerksamkeit gegenüber langsam sich entwickelnden Prozessen

als ein Problem in der Hausarztpraxis dar, welches durch den schleichenden Beginn sowie familialer Tabuisierungs- und gesellschaftlicher Stigmatisierungstendenzen gekennzeichnet ist. Um Veränderungen in der Wahrnehmung und im Umgang mit Demenz und den daran erkrankten Menschen herbeizuführen, legen unsere Ergebnisse folgende Möglichkeiten für die Hausärzte nahe:

- Hausärzte sollten sich ihrer Distanzierung zu den Patienten als notwendigen Bestandteil ihrer professionellen Rolle bewusst werden und das Wissen, welches zu einem gefühlten ‚guten Kennen‘ ihrer Patienten führt, immer wieder hinterfragen.
- Die gefühlte Nähe oder auch Distanz zu den Patienten sollte dazu genutzt werden, um die erlebte Anamnese bewusst durch aktive Informationssuche immer wieder zu erweitern und auch scheinbar tabuisierte Themen anzusprechen.

Zusammengefasst besteht also die Chance des ‚guten Kennens‘ in der Hausarzt-Praxis darin, dass das Vertrauen und die Nähe, welche durch langjäh-

rige Beziehungen entstanden sind, dazu genutzt werden können, neue Informationen in einem respektierenden Umfeld der Arztpraxis einzuholen und ohne Scheu in das bestehende Bild der Patienten einzubauen. Auf diese Weise kann zum einen das eigene ärztliche Konzept von den Patienten bewusst erweitert werden und zum anderen können kognitive Leistungen und Leistungseinbußen der Patienten ihnen gegenüber und deren Angehörigen angesprochen werden, ohne dass die Beziehungen zusätzlich belastet werden. Ziel sollte es dann sein, ein hausärztliches ‚gutes Kennen‘ der Patienten zu ermöglichen.

Danksagung: An dieser Stelle möchten wir den Hausärzten danken, die bereit waren, mit uns über ihre beruflichen wie persönlichen Erfahrungen mit an Demenz erkrankten Personen zu sprechen.

Die Untersuchung wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen (KND) durchgeführt und wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen: 01GJ0423).

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Anja Wollny, M. Sc. (P.H. and Admin.)
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät
Universität Rostock
Doberaner Straße 142
18057 Rostock
Tel.: 0831 / 4942484
Fax: 0831 / 4942482
E-Mail: anja.wollny@med.uni-rostock.de

Literatur

1. Vollmar CH, Mand P, Butzlaff ME. Demenz. DEGAM Leitlinie Nr. 12. Düsseldorf: omikron publishing, 2008
2. Winter MH, Maaz A, Kuhlmeier A. Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2006, 49: 575–582
3. Grobe TG, Dörning H, Schwartz WS. GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung. St. Augustin: Asgard, 2006
4. Linden M, Horgas AL, Gilberg R, Steinhagen-Thiessen E. Predicting health care utilization in the very old: The role of physical health, mental health, attitudinal and social factors. J Aging Health 1997, 9: 3–27
5. Schers HJ, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. Fam Pract 2005, 22: 15–19
6. Weyrauch KF. The role of physicians' personal knowledge of the patient in clinical practice. J Fam Pract 1995, 40: 249–256

7. Schmidt H, Norman G, Boshuizen H. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Acad Med* 1990, 65: 611–621
8. Stoppe G, Pirk O, Haupt M. Therapie der Alzheimer-Demenz mit der besten verfügbaren Evidenz – eine Utopie? *Gesundheitswesen* 2005, 67: 20–26
9. Pentzek M, Abholz HH. Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis. Der Stand der Forschung zu möglichen Einflussfaktoren. In: Essers M, Gerlinger T, Herrmann M et al. (Hrsg) *Jahrbuch für Kritische Medizin*. Berlin: Argument, 2004: 22–39
10. Ruof J, Mittendorf T, Pirk O, Graf v.d. Schulenburg JM. Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer's disease in Germany. *Health Policy* 2002, 60: 59–66
11. Kaduszkiewicz H, Bachmann C, van den Bussche H. Telling "the truth" in dementia – Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ? *Patient Educ Couns* 2008, 70: 220–226
12. Teel CS. Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment. *Aging and Mental Health* 2004, 8: 422–429
13. Connell CM, Boise L, Stuckey JC, Holmes SB, Hudson ML. Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians. *Gerontologist* 2004, 44: 500–507
14. Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *Gerontologist* 1999, 39: 457–464
15. Kieserling A. Selbstbeschreibung und Fremdbeschreibung. Beiträge zur Soziologie soziologischen Wissens. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2004
16. Luhmann N. *Gesellschaftsstruktur und Semantik: Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1980
17. Fischer-Rosenthal W, Rosenthal G. Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In: Hitzler R, Honer A (Hrsg) *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik*. Opladen: Leske + Budrich, 1997: 133–164
18. Schütze F. Rätselhafte Stellen im narrativen Interview und ihre Analyse. *Handlung, Kultur, Interpretation. Zeitschrift für Sozial- und Kulturwissenschaften* 2001, 10: 12–28
19. Schütze F. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. *Arbeitsberichte und Materialien Nr. 1. Bielefeld: Fakultät für Soziologie*, 1977
20. Strauss AL. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink, 1994
21. Rosenthal G. *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*. Weinheim & München: Juventa, 2005
22. Downs M, Cook A, Rae C, Collins KE. Caring for patients with dementia: the GP perspective. *Aging and Mental Health* 2000, 4: 301–30
23. Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, Orrell M. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract* 2001, 51: 37–38
24. Kreher S. Krankheitskonzepte als „social kinds“ in der gesellschaftlichen Kommunikation über Krankheit und Gesundheit. In: Kreher S, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wollny A (Hrsg) *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie*. Bern: Huber, 2009: 197–213
25. Wagner G, Abholz HH. Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2002, 78: 239–244
26. Abholz HH, Wilm S. Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen M (Hrsg) *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Stuttgart: Thieme, 2006: 565–574
27. Fairhurst K, May C. Knowing patients and knowledge about patients: evidence of modes of reasoning in the consultation? *Fam Prac* 2001, 18: 501–505
28. Eckart WU. „Arzt, hilf dir selbst!“ Der Arzt als Patient. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2008, 133: 34–38
29. Parsons T. *Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse*. Köln & Opladen: Westdeutscher Verlag, 1970
30. Abholz HH, Pillau H. Der Notfall in der Allgemeinmedizin. In: Kochen M (Hrsg) *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Stuttgart: Thieme, 2006: 19–24
31. Hitzler R. Konsequenzen der Situationsdefinition. Auf dem Weg zu einer selbstreflektierenden Wissenssoziologie. In: Hitzler R, Reichertz J, Schröer N (Hrsg) *Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation*. Konstanz: UVK, 2003: 289–308
32. Berger PL, Luckmann T. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt am Main: Fischer, 1980
33. Aldrich CK. *The Medical Interview*. New York / London: Springer, 1999