

# Diagnostik und Versorgung der Demenz – eine Herausforderung für die Hausarztmedizin

## *Dementia Diagnosis and Care – a Challenge for Family Medicine*

Julian Wangler<sup>1</sup>, Andreas Fellgiebel<sup>2</sup>, Christina Mattlinger<sup>1</sup>, Michael Jansky<sup>1</sup>

**Hintergrund:** Nur wenige Arbeiten untersuchten bislang, weshalb Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Versorgung oft erst im fortgeschrittenen Stadium festgestellt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Ursachen hierfür vielschichtig sind und von einer Reihe miteinander interagierender Einflussfaktoren abhängen.

**Methoden:** Die vorliegende Studie basiert auf 35 qualitativen Einzelinterviews mit Hausärzten in Rheinland-Pfalz, die zwischen Februar und Mai 2017 geführt wurden (Dauer: 35 bis 90 Minuten). Im Zuge einer indikatorgestützten Typenbildung sollen verschiedene Verhaltensmuster bei der Erkennung und Betreuung von Demenzpatienten identifiziert werden.

**Ergebnisse:** Aus dem Datenmaterial ließen sich fünf Typen extrahieren, die sich mit Blick auf das hausärztliche Selbstverständnis und den Umgang mit Demenzpatienten unterscheiden. Beim größten Teil des Samples überwogen Skepsis und Zurückhaltung in Bezug auf das Thema Demenz. Ein Drittel der befragten Ärzte zeigte hingegen ein hohes Maß an Engagement und Initiative, um insbesondere die Früherkennung in der eigenen Praxis zu stärken. Verschiedene Good-Practice-Beispiele lassen sich aufzeigen.

**Schlussfolgerungen:** Aus der Analyse der gebildeten Typen gehen vier Ansatzpunkte hervor, auf deren Grundlage sich die hausarztbasierte Demenzfrüherkennung und Demenzversorgung weiter optimieren ließe. Im Einzelnen handelt es sich um 1) Selbstwirksamkeit, 2) Differenzialdiagnostik und Behandlungspfade, 3) Arzt-Patient-Kommunikation sowie 4) Honorierung und Anreize.

*Schlüsselwörter: Demenzversorgung; Hausarzt; Demenzdiagnostik; Früherkennung; Wahrnehmungs- und Handlungsmuster*

**Background:** Only a few studies have investigated why dementia is usually diagnosed at an advanced stage in primary care. It can be assumed that the causes are complex and depend on a series of interacting influencing factors.

**Methods:** The study is based on 35 qualitative individual interviews with family practitioners in Rhineland-Palatinate which were conducted between February and May 2017 (duration: 35 to 90 minutes). With the help of an indicator-based typification various behavioral patterns should be identified with respect to the recognition and care of dementia.

**Results:** Five types could be extracted which differ as to the self-conception of the doctor and his interaction with dementia patients. The largest part of the sample was characterized by a skeptical and reserved attitude towards the topic of dementia. A third of the physicians surveyed showed a high degree of commitment and initiative in order to improve the early detection in their own FP surgery. Various good practice examples can be shown.

**Conclusions:** With the help of the extracted types, four starting points can be identified to further optimize the FP dementia diagnoses and care: 1) self-efficacy, 2) differential diagnosis and care pathways, 3) doctor-patient communication, 4) remuneration and incentives.

*Keywords: dementia care; family practitioner; dementia diagnosis; early detection; attitudes and perceptions*

<sup>1</sup> Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz

<sup>2</sup> Forschungssektion Altern und Neurodegeneration, Demenz; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

Peer reviewed article eingereicht: 22.07.2017, akzeptiert: 04.08.2017

DOI 10.3238/zfa.2018.0012-0016

## Hintergrund

Hausärzte haben eine bedeutende Rolle bei der Demenzversorgung. Gerade Allgemeinmediziner sind in einer guten Position, kognitive Veränderungen bei meist langjährigen Patienten früh festzustellen [1]. Dennoch wird immer wieder auf Mängel bei der frühzeitigen Erkennung leichter Demenzstadien in der hausärztlichen Versorgung hingewiesen [2]. So wird angeführt, dass Hausärzte oft keine oder nur eine verspätete Demenzdiagnose stellen [3], die Ausschlussdiagnostik teils unvollständig durchführen [4], nicht immer angemessene Kenntnisse über Leitlinien, Diagnostik und Behandlungsoptionen aufweisen [5] und es vorziehen, sich auf die Zuweiserrolle an Fachspezialisten zu beschränken [6].

Welche Ursachen existierende Probleme bei der hausärztlichen Demenzfrüherkennung haben, wird aus den zu meist quantitativen Untersuchungen kaum ersichtlich [7]. Qualitativ ausgerichtete Studien konnten nachweisen, dass Zeitdruck und Ressourcenknappheit sowie geringe Wirksamkeitserwartungen [8] Hürden für die rechtzeitige Identifizierung von Demenzpatienten darstellen. Zudem werden als Erklärung für eine verzögerte oder ausbleibende Diagnose eine Einordnung der Symptome als normale Alterszeichen sowie die Sorge vor einer Stigmatisierung des Patienten herangezogen [9].

Trotz verschiedener Erkenntnisse mangelt es nach wie vor an Untersuchungen, welche die Einstellungs- und Handlungsmuster von Allgemein-

mediziner herausarbeiten und, davon ausgehend, entscheidende Einflussfaktoren auf das hausärztliche Vorgehen bei Demenz bestimmen.

Die Studie verfolgte das Ziel, ein umfassendes Bild über zentrale Prädiktoren für die Wirksamkeit und Qualität der hausärztlichen Demenzfrüherkennung zu generieren. Früherkennung bedeutet, spätestens ab dem Zeitpunkt der Vermutung alltagsrelevanter kognitiver Beeinträchtigung zur Diagnostik zu motivieren, zum Facharzt oder zur Gedächtnisambulanz zu überweisen oder selbst Diagnostik durchzuführen [6].

## Methoden

Auf Grundlage eines teilstandardisierten Leitfadens wurden von der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Mainz im Frühjahr 2017 35 persönliche Interviews mit Allgemeinmediziner in Rheinland-Pfalz geführt (Dauer: 35 bis 90 Minuten) und ausgewertet. Die Rekrutierung erfolgte mittels vordefinierter Quotierungsmerkmale (Tab. 1). Es wurde auf eine breite geografische Verteilung der Praxen geachtet. Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch oder per Email. Die Transkripte wurden im Team unter Verwendung der Software MAXQDA ausgewertet. Die Befragungsdimensionen (Tab. 1) wurden sowohl deduktiv (v.a. unter Zuhilfenahme des Überblicks von Pentzek/Abholz [2]) als auch induktiv im Zuge erster Gespräche abgeleitet. Eigene Einstellungen oder Vorerfahrungen flossen dabei nicht ein. Tabelle 1

zeigt die Zusammensetzung des Samples.

Um das Selbstverständnis der befragten Ärzte sowie deren Verhaltensmuster im Zusammenhang mit der Erkennung und Betreuung von Demenzpatienten prototypisch zu verdichten, wurden im Zuge der Auswertung Typen als Ergebnis eines Gruppierungsprozesses gebildet. Dabei wurde den Regeln der qualitativen Typenbildung nach Kluge gefolgt [10]. Als Indikatoren dienten die aufgeführten Befragungsdimensionen.

## Ergebnisse

Aus dem Interviewmaterial wurden fünf abgrenzbare Typen extrahiert:

- Typ 1: Die Delegierer (5 Befragte)
- Typ 2: Die Resignativen (7 Befragte)
- Typ 3: Die Gehemmten (11 Befragte)
- Typ 4: Die kreativen Autonomen (5 Befragte)
- Typ 5: Die Integrativen (7 Befragte)

Die Mehrheit der befragten Hausärzte begegnet dem Thema Demenz zurückhaltend (Typ 1 bis 3). Tendenziell übergeben sie Demenzpatienten möglichst früh an andere Versorgungsakteure. Lediglich ein Drittel des Samples (Typ 4, 5) steht dem Krankheitsbild Demenz erkennbar aufgeschlossen und mit positiven Wirkungsüberzeugungen gegenüber.

### Typ 1: Die Delegierer

Dem eigenen Selbstverständnis nach sind die Delegierer prinzipiell nicht für

Befragungsdimensionen (Indikatoren)	Einstellungen zum Krankheitsbild Demenz, fachlich-diagnostische Kenntnisse, Einsatz und Beurteilung bestehender Testverfahren, Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, Praxismanagement, Vernetzung mit Versorgungsakteuren, erlebte Herausforderungen, subjektive Wirksamkeitsannahmen bzw. -erfahrungen
Niederlassungsform	19 Gemeinschaftspraxis, 16 Einzelpraxis
Praxisumgebung	16 Landgemeinde/Kleinstadt, 8 Mittelstadt, 11 Großstadt
Status	29 Praxisinhaber, 6 angestellte Ärzte
Alter	Ø 50 Jahre
Geschlecht	22 männlich, 13 weiblich
Anteil älterer Patienten*	14 durchschnittlich, 11 höher, 10 niedriger
Vorkenntnisse/Qualifikation im Bereich Demenz	5 Fortbildung, 3 regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln, 3 geriatrische Weiterbildung
* Es wurde nach der eigenen Einschätzung gefragt, ob der Anteil von Patienten ab 65 Jahren höher, niedriger oder in etwa genau so hoch liegt wie im Durchschnitt der Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz.	

**Tabelle 1** Befragungsschwerpunkte und Soziodemografie der Befragungsstichprobe (N = 35)

die abklärende Erkennung und Betreuung von Demenzpatienten zuständig, sondern der Facharzt. Die eigene Aufgabe wird darin gesehen, Patienten möglichst rasch an den Neurologen oder (Geronto-)Psychiater zu überweisen. Oft geschieht dies bereits bei einem allgemeinen, unspezifischen Verdacht ohne weitere Abklärung.

Die Delegierer sind in größeren Städten vertreten, wo ein entsprechendes Netzwerk an Fachärzten und klinischen Angeboten (z.B. Gedächtnisambulanz) besteht. Oftmals wurde die Demenzdiagnostik in der eigenen Praxis stark zurückgefahren oder gänzlich abgeschafft, da grundsätzlich keine Veranlassung gesehen wird, Demenztests selbst durchzuführen.

*„Der Verdacht kommt oft ohne einen speziellen Test. Sobald der da ist, schalte ich den Neurologen ein.“ (m)*

## Typ 2: Die Resignativen

Auch der Typus der Resignativen ist in punkto Demenzversorgung zurückgezogen. Die Ursachen hierfür liegen in äußerst negativen Wirksamkeitsüberzeugungen. Teilweise aufgrund ärztlicher Ohnmachtserfahrungen sehen die Befragten den Hausarzt bei der Betreuung von Demenzpatienten als chancenlos. Viele Ärzte betrachten diese Selbstwirksamkeit ausschließlich von der unmittelbaren medikamentösen Therapie her.

*„Man kann versuchen, etwas als Therapie anzustreben, aber man darf keine hohen Ansprüche haben, weil man denen sowieso nicht gerecht wird.“ (m)*

Die Befragten sehen nahezu keine Vorteile einer Früherkennung. Da davon ausgegangen wird, dass Demenzen nicht behandelbar seien, sei nicht nur eine Diagnose überflüssig – die Gesprächspartner leiten sogar ab, dass Demenz als Krankheitsbild grundsätzlich nicht richtig in der hausärztlichen Praxis aufgehoben sei.

*„Ich sehe keine nennenswerten Effekte – folglich muss ich mich mit dem Thema auch nicht über Gebühr beschäftigen.“ (w)*

Infolgedessen neigen die Resignativen dazu, die Demenzdiagnostik in ihrer Praxis einzustellen oder auf ein Minimalrepertoire (z.B. Uhrentest) zu reduzieren. Wie auch im Fall der Delegierer ziehen die Befragten es vor, Patienten mit einem undifferenzierten Demenz-

verdacht möglichst rasch beim Facharzt vorzustellen.

Zwei Faktoren lassen sich ausmachen, die die hohe Verunsicherung hinsichtlich des Umgangs mit Demenzpatienten verstärken. Erstens wird artikuliert, die Ausschlussdiagnostik sei unter Bedingungen alltäglichen Zeitdrucks nur schwer zu leisten. Oft sei es nicht möglich, einen normalen degenerativen Alterungsprozess sicher von einer Altersdepression, Demenz oder Alzheimer-Erkrankung abzugrenzen.

*„Wir würden uns nicht zutrauen, diese Differenzialdiagnose zu leisten.“ (m)*

Zweitens wird das Nicht-Vorhandensein gesicherter Behandlungspfade bzw. -algorithmen als großes Problem erachtet, das im Praxisalltag die Orientierung erschwere.

*„Da ist man schnell verloren, weil es kein richtiges Verhaltens- und Orientierungsschema gibt.“ (m)*

## Typ 3: Die Gehemmten

Der Typus der Gehemmten bildet innerhalb des Samples die größte Gruppe. Diese Ärzte fallen durch eine erhebliche Reserviertheit im Umgang mit Demenzpatienten auf, da sie befürchten, deren Betreuung könnte sich nachteilig oder belastend auf sie auswirken.

Nach Ansicht der Befragten ist die Honorierung von demenzbezogenen diagnostischen und Betreuungsleistungen so schlecht, dass sie in keinem Verhältnis zu Aufwand und Herausforderungen stehe. Nicht wenige Ärzte sprechen von einem Gefühl mangelnder Anerkennung, das durch Sorgen vor einer möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung (z.B. Regressforderungen bei Antidementiva-Verschreibung) verstärkt wird.

*„Bei Demenz fehlen mir die wirtschaftlichen Anreize, warum ein Hausarzt sich damit befassen sollte.“ (m)*

Als häufigste Ursache für eine Zurückhaltung wird das Arzt-Patienten-Verhältnis genannt. Der Umgang mit Patienten sei häufig schwierig, wenn es z.B. darum geht, einen Demenzverdacht oder eine -diagnose zu formulieren. Der Patient wolle sich den geistigen Abbau aus Angst vor einem Verlust der Entscheidungsautonomie oft nicht eingestehen und reagiere abwehrend, depressiv, aggressiv oder mit sozialem Rückzug.

Vereinzelte Ärzte räumen ein, dass sie schlechte Testleistungen schon auf die Tagesform oder Persönlichkeit bezogen haben, weil sie eine unkooperative Reaktion der Patienten befürchteten. Zudem führten die bestehenden Testverfahren dazu, dass Patienten in eine Prüfungssituation versetzt und erst recht verunsichert würden.

*„Diese Tests setzen nur unter Druck. Am Ende vergraulte ich mir meine Patienten.“ (m)*

## Typ 4: Die kreativen Autonomen

Im deutlichen Kontrast zu den ersten drei Typen stehen die Typen vier und fünf, deren Merkmale eindeutig positive Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in Bezug auf Demenz sind.

Die kreativen Autonomen begreifen den Hausarzt als maßgebliche Instanz zur Identifikation, Betreuung und Therapie von Demenzpatienten. Teilweise speist sich dieses Selbstverständnis aus schlechten Erfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Fachärzten, zu denen Distanz eingenommen wird.

*„Die meisten Patienten betreuen wir ganz ohne Neurologen.“ (m)*

Die gängigen Tests werden als problematisch eingestuft, da diese nicht geeignet seien, um eine beginnende Demenz aufzuspüren. Zudem seien die Fragen vielfach anwendungsfern.

*„Dinge aus dem Alltag kommen zu selten vor. Kochen Sie noch selbst? Ist es Ihnen schon mal passiert, dass der Herd an geblieben ist?“ (m)*

Unter der Voraussetzung, neue Ansätze bei Diagnose und Therapie auszuprobieren, werden beträchtliche Einwirkungsmöglichkeiten sowie ein großer Nutzen der Früherkennung gesehen. Die kreativen Autonomen sind bereit, über die bestehenden Demenz-Leitlinien hinauszugehen, besonders mit Blick auf ein präventives Screening, das in den Leitlinien nicht empfohlen wird [11].

Folgende Ansätze zur stärkeren Verankerung der Demenz(früh)erkennung sind zu beobachten:

- Systematisches Screening bei älteren Patienten jenseits eines konkreten Verdachts und konsequente Verlaufskontrolle
- Regelmäßige Einbeziehung der Angehörigen als ergänzendes Screening-Instrument

- Eigenständige Erweiterung bzw. Modifikation bestehender Tests (teils auf Grundlage eines Erfahrungsaustausches mit anderen Hausärzten), um mehr Anwendungsnähe und Patientenfreundlichkeit herzustellen
- Entwicklung und Implementierung ergänzender Früherkennungsindikatoren (z.B. Ausfüllen von Stimmungsfragebögen in eingerichteter Gesundheitsecke, subtile Testfragen des Personals)

### Typ 5: Die Integrativen

Die Integrativen zeichnen sich durch ein Selbstverständnis der internen und externen Vernetzung aus. Diese Gruppe ist der Überzeugung, dass der Hausarzt nur unter der Voraussetzung einer intensiven Kooperation mit anderen Kräften eine effektive Früherkennung erreichen könne.

Ähnlich wie bei den kreativen Autonomien wird aufgrund von Vorbehalten gegenüber der Praktikabilität und Anwendungsfreundlichkeit bestehender Demenztests über Wege nachgedacht, die Demenzdiagnostik durch eigene Anstrengungen zu ergänzen. Eine wesentliche Strategie besteht in der massiven Einbeziehung des Personals in die Früherkennung von Demenzpatienten.

*„Mein Ideal ist eine Praxis, wo alle mitwirken und nicht der Hausarzt allein agiert.“ (m)*

Es besteht eine große Bereitschaft, in die Kompetenzen der Arzthelfer/innen zu investieren, etwa durch regelmäßige Fortbildungen. Zudem wird Wert darauf gelegt, Voraussetzungen zu schaffen, durch die das Personal eine möglichst große Aufmerksamkeit für die Patientenschaft hat (u.a. regelmäßiger Wechsel der Arbeitsstationen).

Die Integrativen räumen dem Personal eine aktive Mitsprache bei der Ausgestaltung der Früherkennung ein. Eine gemeinsam ausgearbeitete Lösung besteht etwa darin, dass das Personal im Fall von Verhaltensauffälligkeiten bei älteren Patienten (z.B. mehrfache Bestellung eines Rezepts, Nicht-Erscheinen zum Termin) systematische Notizen in der Patientenakte vermerkt. Ferner ist das Personal angewiesen, routinemäßig Gespräche mit Patienten und Angehörigen zu führen.

Die Integrativen gehen davon aus, dass man Demenz nur im dynamischen

Zusammenhang wirksam aufhalten könne, also unter Einbeziehung von Bewegungstraining, Muskelaufbau, Förderung sozialer Kontakte und Unterstützung der Angehörigen. Vor diesem Hintergrund besteht eine intensive Zusammenarbeit mit lokalen Versorgungsakteuren, darunter Pflegestützpunkte, Demenz-Netzwerke, Physiotherapeuten und Fachärzte.

### Diskussion

Die Ergebnisse fügen sich in die bestehende Befundlage ein, dass trotz der günstigen Position von Hausärzten, kognitive Veränderungen von Patienten rechtzeitig zu erkennen, vielfältige Hindernisse bestehen [6]. Dabei häufen sich bestimmte Problemmuster, die als Barrieren der Effektivität der Früherkennung entgegenwirken:

- **Selbstwirksamkeit:** Bereits frühere Arbeiten wie jene von Wagner/Abholz [12] deuten darauf hin, dass Ärzte bei der Demenzversorgung eine mangelnde therapeutische Konsequenz und Selbstwirksamkeit wahrnehmen. Infolgedessen gibt es eine Tendenz, den Wert der Demenzdiagnostik infrage zu stellen [7].
- **Differenzialdiagnostik und Behandlungspfade:** Ein Teil der Befragten gibt an, dass sich die differenzialdiagnostische Abklärung unter den Bedingungen von Zeit- und Kostendruck herausfordernd gestalte. Nicht nur in dieser Studie, sondern auch bei Pentzek/Wollny [3] und Stübner/Kötter [13] fallen Unsicherheiten bei der Abgrenzung einer Demenz von anderen Formen kognitiver Beeinträchtigungen auf, verstärkt durch Unklarheiten im diagnostischen und therapeutischen Ablauf.
- **Arzt-Patienten-Kommunikation:** Wolf/Weber [14] sehen eine potenziell konfliktlastige Rollenkonstellation im Umgang mit Demenzpatienten, die Allgemeinmediziner zu vermeiden suchen. Infolgedessen kommen Demenztests eher einzelfallabhängig zur Anwendung. Dies bestätigt auch die vorliegende Befragung.
- **Honorierung und Anreize:** Viele Hausärzte sehen bislang zu geringe Anreize, die Demenzdiagnostik konsequent einzusetzen. Realistische Befürchtungen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

bewirken zudem, dass indizierte Antidementiva nicht immer verschrieben werden [11].

### Stärken und Schwächen

Die qualitative Befragung von Allgemeinmedizinerinnen weist mehrere Limitationen auf:

- Begrenzte Fallzahl
- Regionaler Rekrutierungsschwerpunkt
- Möglichkeit, dass verstärkt Hausärzte teilgenommen haben, die ein Interesse am Thema haben

### Schlussfolgerungen

Folgende Ansatzpunkte für eine Optimierung der hausärztlichen Demenzdiagnostik lassen sich aus den Befunden ableiten:

- Hausärzte sollten darin bestärkt werden, dass der Wert einer frühzeitigen Demenzerkennung nicht nur hinsichtlich einer therapeutischen Intervention besteht, sondern auch eine gelingende Versorgung vorbereiten und eine Stabilisierung von Angehörigen sicherstellen kann.
- Ein stärker hausarztkonformer Diagnose- und Therapiealgorithmus für den Umgang mit Demenzpatienten würde Allgemeinmediziner unterstützen, Symptome zielgerichtet abzuklären.
- Stabilisierende Strategien in der Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen dürfen als wichtige Kompetenzen bei der Demenzdiagnose nicht unterschätzt werden [6, 15].
- Erwogen werden sollte, die Vergütungsbedingungen der hausärztlichen Demenzdiagnostik durch Schaffung entsprechender Abrechnungsziffern aufzuwerten.

Bei einem Teil der Befragten wird das enorme Potenzial der hausärztlichen Versorgung erkennbar. Hervorstechende Merkmale sind u.a. ein integratives Selbstverständnis und das Bestreben, über ein optimiertes Praxismanagement und innovative Früherkennungsindikatoren eine rechtzeitige Erfassung von betroffenen Patienten zu erreichen. Zentral erscheint die aktive Förderung, Moderierung und Mitsprache des Personals.

Angesichts solcher Potenziale ist grundsätzlich zu diskutieren, ob das ak-

**Dr. Julian Wangler ...**

... ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Allgemeinmedizin des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz. Sein Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der empirischen Versorgungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung sowie der Auswirkungen von eHealth und mHealth auf die allgemeinmedizinische Tätigkeit und das Gesundheitssystem.

tuelle Konzept der Früherkennung (wie es meistens von Fachspezialisten vertreten wird), in der Hausarztpraxis nicht um ein Konzept der Frühwahrnehmung erweitert werden sollte. In diese Richtung weist eine aktuelle Metasynthese von qualitativen Studien: Ihr zufolge sollte eine solche Frühwahrnehmung v.a. bei einem gesteigerten Bewusstsein für kognitive Warnsignale unter Praxisangestellten, einer geriatrisch kompetenten und persönlichen Herangehensweise an den Patienten sowie ei-

ner konsequenter Nachbeobachtung bzw. Verlaufskontrolle ansetzen [16]. Der Aufrechterhaltung alltäglicher Lebensqualität sowie der Unterstützung und Pflege sollte ein größerer Stellenwert eingeräumt werden.

Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und anderen Versorgungsakteuren sollte daher weiter gestärkt werden [17]. Indem Patienten und Angehörige rechtzeitig an regionale Beratungs- und Versorgungsnetzwerke herangeführt werden, kann ein entschei-

dender Beitrag etwa zur Reduktion des Burnout-Risikos pflegender Angehöriger [15] geleistet werden.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Zusätzliches Material auf der Website der ZFA**  
**([www.online-zfa.de](http://www.online-zfa.de))**

**eAbbildung 1** Befragungsleitfaden

**eAbbildung 2** Kurzfragebogen

**Korrespondenzadresse**

Dr. phil. Julian Wangler  
Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie  
Universitätsmedizin Mainz  
Am Pulverturm 13  
55131 Mainz  
Tel.: 06131 17-8712  
[julian.wangler@unimedizin-mainz.de](mailto:julian.wangler@unimedizin-mainz.de)

**Literatur**

- Linden M, Horgas AL, Gilberg R, Steinhagen-Thiessen E. Predicting health care utilization in the very old: the role of physical health, the mental health, attitudinal and social factors. *J Aging Health* 1997; 9: 3–27
- 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: Demenz als Versorgungsproblem*. Berlin: Argument Verlag; 2004: 22–39
- Pentzek M, Wollny A, Wiese B, et al. Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 965–75
- Löppönen M, Raiha I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivelä SL. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care – a more active approach is needed. *Age Ageing* 2003; 32: 606–12
- Pimlott NJ, Persaud M, Drummond N, et al. Family physicians and dementia in Canada: Part 1. Clinical practice guidelines: awareness, attitudes, and opinions. *Can Fam Physician* 2009; 55: 506–7.e1–5
- Laux N, Melchinger H, Scheurich A, et al. Verbesserte ambulante Demenzversorgung. Das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Modellprojekt „start-modem“. *Dtsch med Wochenschr* 2010; 135: 2175–80
- Wollny A, Fuchs A, in der Schmitt J, Altiner A, Pentzek M. Zwischen Nähe und Distanz. Eine Studie zu hausärztlichen Wahrnehmungsweisen von an Demenz erkrankten Personen. *Z Allg Med* 2010; 86: 425–34
- Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *Gerontologist* 1999; 39: 457–64
- 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: 500–7
- Kluge S. Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske und Budrich; 1999
- Melchinger H. Alzheimer-Demenz. Fortschritte in der Forschung, aber Stagnation in der Versorgung? *Neuro-Transmitter* 2009; 5: 10–20
- Wagner G, Abholz HH. Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2002; 78: 239–44
- Stübner S, Kötter HU. Demenz und Depression. In: Hampel H, Padberg F, Möller H-J (Hrsg.). *Alzheimer-Demenz*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2003: 292–318
- Wolf R, Weber S. Einflussfaktoren für eine verzögerte Erstdiagnose bei Demenzerkrankungen. *Z Gerontol Geriatr* 1998; 31: 209–221
- Geschke K, Scheurich A, Schermuly I, Laux N, Böttcher A, Fellgiebel A. Hausarztbasierte Demenzversorgung: Effektivität früher psychosozialer Beratung der Angehörigen. *Dtsch Med Wochenschr* 2012; 137: 2201–2206
- Pentzek M, Vollmar HC, Wilm S, Leve V. Putting dementia awareness into general practice: The CADIF approach. *Z Gerontol Geriatr*. 2017; 50 (Suppl 2): 44–47
- Thyrian JR, Eichler T, Michalowsky B et al. Community-dwelling people screened positive for dementia in primary care: a comprehensive, multivariate descriptive analysis using data from the Delphi-study. *J Alzheimers Dis* 2016; 52: 609–617

