

Präv Gesundheitsf
<https://doi.org/10.1007/s11553-023-01077-w>
 Eingegangen: 6. April 2023
 Angenommen: 23. August 2023

© The Author(s) 2023



Julian Wangler¹ · Michael Jansky

¹ Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Wie demenzsensibel sind Hausärzt*innen? – eine explorierende Betrachtung von Einstellungs-, Handlungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzversorgung

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-023-01077-w>) enthalten.

Zur Erkennung und kontinuierlichen Betreuung demenzieller Erkrankungen bietet die Hausarztmedizin gute Voraussetzungen. Dennoch wird immer wieder Kritik an der Effektivität der allgemeinärztlichen Demenzversorgung geübt. Der bestehende Mangel an entsprechenden Forschungsarbeiten wurde zum Anlass genommen, im Zuge einer groß angelegten Befragung eine ganzheitliche Betrachtung der Demenzsensibilität von Hausärzt*innen anzustellen. Dabei zeigen sich Stärken aber auch Schwachpunkte, sodass eine gezielte Optimierung der hausarztbasierten Demenzversorgung ratsam erscheint.

Hintergrund

Derzeit sind in Deutschland ca. 1,8 Mio Menschen an Demenz erkrankt; bis zum Jahr 2050 könnte sich diese Zahl verdoppeln [24]. Zwar wird die hausärztliche Breitenversorgung mit positiven Potenzialen bei der sensitiven Erkennung und

Betreuung von demenziellen Erkrankungen sowie der Vermeidung kritischer Versorgungsszenarien in Verbindung gebracht, was u. a. mit der guten und kontinuierlichen Patientenkenntnis von Allgemeinärzt*innen begründet wird [12, 15, 17, 25]. Allerdings haben verschiedene Studien aufgezeigt, dass die hausärztliche Versorgung von Demenzpatienten zuweilen Defizite aufweist [9–12, 19, 20, 23].

Dies manifestiert sich zunächst an vergleichsweise niedrigen Erkennungs- bzw. Diagnoseraten [2, 3, 12, 17]. Zudem gibt es Hinweise auf eine mangelnde Kenntnis von Leitlinien und therapeutischen Optionen [12, 13, 15] sowie eine unzureichende Abklärungs- und Ausschlussdiagnostik [16]. Damit korrespondierend, konnten mehrere Arbeiten eine unter Hausärzt*innen eher geringe Bereitschaft zur konsequenten und frühzeitigen Anwendung von Demenztests nachweisen [17]. Ferner wurde festgestellt, dass ein nicht unerheblicher Teil der Hausärzt*innen dazu tendiert, eine (leitliniengerechte) Demenzdiagnose vorzugsweise Fachärzt*innen zu überlassen und eine begrenzte Involvierung in den Versorgungsprozess vorzieht [8, 18, 19]. Eine zentrale Begründung bestehender Schwierigkeiten lautet, dass das hohe Maß an notwendiger Spezialisierung bei der Detektion und Betreuung von Demenzerkrankungen kaum mit

dem hohen Zeit- und Ressourcendruck im hausärztlichen Setting sowie der unelektierten Patientenschaft konform geht [20, 23].

Trotz solcher partiellen Befunde haben bislang wenige Untersuchungen den Versuch unternommen, ein ganzheitliches Bild über den Status quo der hausärztlichen Demenzversorgung abzubilden und dabei zugleich die Erfahrungs- und Handlungsperspektive von Hausärzt*innen selbst zu fokussieren [19]. Die vorliegende Studie zielte darauf ab, anhand einer gebündelten Betrachtung relevanter Betreuungs- und Versorgungsdimensionen in Bezug auf Demenzpatient*innen und deren pflegende Angehörige mögliche Stärken und Schwachpunkte des hausärztlichen Settings zu identifizieren. Auf dieser Grundlage sollen Schlussfolgerungen über Voraussetzungen und Prädiktoren für die Qualität und Wirksamkeit der hausärztlichen Demenzversorgung gezogen und Ansatzpunkte für eine weitere Optimierung aufgezeigt werden.

Das Erkenntnisinteresse der Studie bestand in den folgenden Fragestellungen:

- Welche Ansichten und Einstellungen vertreten Hausärzt*innen in Bezug auf die Demenzdiagnostik und -versorgung?

- Welche Handlungsmuster zeigen sie im Umgang mit Demenzerkrankten und deren pflegenden Angehörigen?
- Inwiefern erleben sie bei der Versorgung spezifische Herausforderungen und wie erheblich sind diese?
- Wie schätzen Hausarzt*innen ihre eigene Kompetenz in punkto (leitliniengerechter) Diagnostik und Krankheitsmanagement ein?
- Welche zentralen Ansatzpunkte für eine Verbesserung der hausarztbasierten Demenzversorgung lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

Methodik

Studiendesign und Fragebogen

Die Studie bediente sich eines quantitativen Forschungsdesigns. Mittels schriftlicher Befragung sollte eine große Zahl von Hausarzt*innen befragt werden, um belastbare Befunde zum oben genannten Erkenntnisinteresse zu gewinnen.

Der eingesetzte Fragebogen wurde weitgehend aus einem Teilprojekt der clusterrandomisierten, innovationsfondsgeförderten Studie *DemStepCare* übernommen, wo er erfolgreich entwickelt, erprobt und im Zuge einer begleitenden Evaluation eingesetzt wurde [1, 21]. Innerhalb dieses regional begrenzten Versorgungsmodells wurde lediglich eine kleine Zahl von eingeschriebenen Hausarzt*innen ($N=63$) zu drei verschiedenen Projektzeitpunkten befragt (Panelbefragung), um mögliche Versorgungseffekte überprüfen zu können; hinzu kamen Fragen zur Prozessevaluation. Letztere wurden für die vorliegende Studie adaptierten Fragebogen weggelassen.

Anders als im Kontext von *DemStepCare* wurde die vorliegende Studie als Querschnitterhebung ausgestaltet, bei der es nicht um die Überprüfung von positiven Versorgungseffekten aufgrund einer spezifischen Intervention ging, sondern um die breite Erfassung des Status quo der hausärztlichen Demenzversorgung. Hierzu wurde zur Ermittlung eines umfassenden Lagebildes ein Bündel an Indikatoren zur Demenzkompetenz und -sensibilität abgefragt.

Die durchgeführte Erfassung der Demenzsensibilität bündelt Einstellungs-, Handlungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzdiagnostik bzw. -versorgung. Aufbauend auf in den zurückliegenden Jahren durchgeführten Vorstudien im hausärztlichen Kontext (u. a. [18–20]) und unter Zuhilfenahme weiterer Studien (u. a. [12, 13, 16, 17]) wurde Demenzsensibilität als Konstrukt operationalisiert, bei dem Schwerpunkte u. a. auf der Erfassung von Einstellungen zum Krankheitsbild Demenz, hausärztlichen Selbstwirksamkeitsannahmen, einschlägigen Indikatoren zu Diagnostik, Management und Leitlinienadhärenz, Versorgungsbereitschaft sowie wahrgenommenen Herausforderungen lagen. Der Fragebogen (Ausfülldauer: 10–12 min, 18 Fragen) ist dem Anhang zu entnehmen.

Innerhalb des entwickelten Fragebogens handelt es sich bei 14 der insgesamt 18 Fragen um eine Einfachauswahl, bei 4 Fragen um eine Mehrfachauswahl. Als soziodemografische Merkmale ermittelt wurden Geschlecht, Alter, Praxisstandort (entlang der gängigen Einteilung in Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt), Niederlassungsmodell, Patient*innen pro Quartal, Vorliegen einer Zusatzweiterbildung bzw. Fachkunde Geriatrie.

Rekrutierung

Der als Online-Befragung ausgestaltete Survey wurde zwischen August und November 2022 durchgeführt. Voraus ging ein schriftlich-postalisches Anschreiben, das sämtliche als Behandler*innen aktive Hausarzt*innen in Hessen ($n=3839$) und Baden-Württemberg ($n=6664$) zur Teilnahme einlud.

Die verwendeten Kontaktdaten entstammten einem über Jahre aufgebauten und systematisch gepflegten Datenpool. Dieser stützt sich maßgeblich auf die öffentlich zugänglichen Arztfinderportale der bundeslandspezifischen Kassenärztlichen Vereinigungen, wo Ärzt*innen jeder Fachrichtung recherchiert werden können.

Die Teilnehmer*innen erhielten keine Aufwandsentschädigung. Die Einwilli-

gung zur Studienteilnahme erfolgte zu Beginn der Online-Befragung.

Datenanalyse

Nach Bereinigung des Datensatzes wurden die Daten mittels SPSS 23.0 für Windows (IBM, Armonk, New York) ausgewertet. In den Tabellen werden u. a. Mittelwert (\bar{X}) und Median ($\sim x$) abgebildet. Zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen kam ein T-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz (Signifikanzniveau $p \leq 0,001$).

Um unterschiedliche Einstellungs-, Handlungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzversorgung anhand von Clustern besser sichtbar zu machen, wurde auf das Verfahren der Faktorenanalyse (Varimax-Rotation) zurückgegriffen, bei der Variablen aufgrund von systematischen Beziehungen (Korrelationen) untereinander zu Faktoren zusammengefasst werden [20]. Im Vorfeld wurden die Voraussetzungen für die Faktorenanalyse geprüft (Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin, signifikantes Ergebnis bei Bartlett-Test auf Sphärität, Kommunalitäten aller eingeschlossenen Variablen über Grenzwert 0,5). Als Grenze, ab der ein Item auf einen Faktor lädt, wurde gemäß gängiger Konvention der Wert 0,4/–0,4 gewählt [5].

Ergebnisse

Stichprobe

Von den 2305 bearbeiteten Fragebögen gingen 2257 vollständig ausgefüllte Bögen in die Auswertung ein (Gesamtrücklauf: 21 %). Die Stichprobe ist wie folgt strukturiert:

- Geschlecht: 51 % männlich, 49 % weiblich,
- Praxisumgebung: 35 % mittel- bis großstädtisch, 65 % ländlich bis kleinstädtisch,
- Praxisform: 39 % Einzelpraxen, 52 % Gemeinschaftspraxen, 9 % Sonstiges,
- Patienten pro Quartal: 13 % < 1000, 36 % 1000–1500, 51 % > 1500,
- Durchschnittsalter: 53 (Median: 54) Jahre,

J. Wangler · M. Jansky

Wie demenzsensibel sind Hausärzt*innen? – eine explorierende Betrachtung von Einstellungs-, Handlungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzversorgung

Zusammenfassung

Hintergrund. Zur Erkennung und Betreuung demenzieller Erkrankungen bietet die Hausarztmedizin gute Voraussetzungen. Dennoch wird immer wieder Kritik an der Effektivität der allgemeinärztlichen Demenzversorgung geübt. Bislang haben nur wenige Untersuchungen den Versuch unternommen, ein ganzheitliches Bild über den Status quo der hausärztlichen Demenzversorgung abzubilden und dabei die Erfahrungs- und Handlungsperspektive von Hausärzt*innen zu fokussieren.

Ziel der Arbeit. Die Studie zielte darauf ab, anhand einer gebündelten Betrachtung relevanter Betreuungs- und Versorgungsdimensionen (Konstrukt „Demenzsensibilität“) mögliche Stärken und Schwachpunkte der hausarztbasierten Demenzversorgung zu identifizieren.

Material und Methoden. Mittels einer Online-Befragung wurden im Jahr 2022

insgesamt 2257 als Behandler*innen aktive Hausärzt*innen in Hessen und Baden-Württemberg befragt. Zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen kam ein t-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz. Zudem wurde auf das Verfahren der Faktorenanalyse zurückgegriffen.

Ergebnisse. Die Befragten hielten es für wichtig, dass Hausärzt*innen in Fragen der Betreuung demenziell erkrankter Personen präsent sind. Die Ärzt*innen äußerten den Wunsch, Patient*innen und Angehörige aktiv zu begleiten. Zugleich wird deutlich, dass viele Hausärzt*innen sowohl praktisch-diagnostische Schritte der (leitliniengerechten) Identifizierung einer Demenz als auch das konsequente Krankheitsmanagement inklusive der Antizipation von Versorgungs- bzw. Therapiebedarfen als herausfordernd erlebten. Ferner zeigt sich, dass ein erheblicher

Teil der Stichprobe sich nur bedingt zutraute, einschlägige Hilfs- und Unterstützungsangebote zu überblicken. Ein durchgehender Befund besteht darin, dass Ärzt*innen mit urbanem Praxissitz sowie mit geriatrischer Weiterbildung teils beträchtliche Kenntnis-, Orientierungs- und Sicherheitsvorteile in Bezug auf die Demenzversorgung aufwiesen.

Schlussfolgerung. Im Licht der Befunde scheint es v. a. geboten, die geriatrische Kompetenz von Hausärzt*innen zu stärken. Zudem erscheint es essenziell, diese stärker über Kooperations- und Hilfsstrukturen im Bereich der Demenzversorgung aufzuklären und zu integrieren.

Schlüsselwörter

Demenzversorgung · Hausarzt · Demenzdiagnostik · Früherkennung · Wahrnehmungsmuster und Handlungsmuster

How sensitive are general practitioners with regard to dementia care?—An exploratory investigation of attitude, action and competence indicators

Abstract

Background. Primary care offers good conditions for the detection and care of dementia. Nevertheless, the effectiveness in this setting is repeatedly criticized. So far, only a few studies have attempted to provide a holistic picture of the status quo of GP-based dementia care and to focus on the experience and action perspective of general practitioners (GPs).

Objectives. The aim of the study was to identify possible strengths and weaknesses of GP-based dementia care based on a bundled consideration of relevant care dimensions (construct “dementia sensitivity”).

Materials and methods. In 2022, a total of 2257 GPs in Hesse and Baden-Württemberg were surveyed using an online survey. An

independent-sample t-test was used to determine significant differences between two groups. In addition, a factor analysis was conducted.

Results. Respondents considered it important that GPs are involved when it comes to caring for people with dementia. Many GPs expressed the desire to actively support patients and their caregivers. At the same time, many GPs experienced both the practical diagnostic steps of (guideline-based) identification of dementia and consistent disease management, including the anticipation of care and therapy needs, as challenging. It also showed that a significant part of the sample has only limited knowledge of relevant offers of help and support. A consistent finding is

that physicians in urban areas and physicians with geriatric training showed considerable benefits in knowledge, orientation, and confidence in dementia care.

Conclusion. In light of the findings, it seems necessary to strengthen the geriatric competence of general practitioners. In addition, it is essential to inform them more about cooperation and support structures in the field of dementia care.

Keywords

Dementia care · General practitioner · Dementia diagnosis · Early detection · Attitudes and perceptions

- Zusatzweiterbildung bzw. Fachkunde Geriatrie: 35 %.

Diagnostik und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Gefragt nach den Patient*innen, bei denen in den letzten Jahren eine (be-

ginnende) Demenz vorgefunden oder ein Verdacht formuliert wurde, geben 93 % der Befragten an, dass die ersten Anhaltspunkte, durch sie die auf das Vorliegen einer möglichen Demenz aufmerksam wurden, die Hinweise Angehöriger gewesen seien. 79 % nennen die eigene Beschäftigung mit den Pa-

tient*innen, während 57 % Beschwerden der Patient*innen selbst anführen. 38 % bezogen Hinweise auf eine mögliche Demenzerkrankung über das Praxispersonal.

Während 85 % der Befragten angeben, im Verdachtsfall bzw. zur Verlaufskontrolle auf Demenztests zurückzu-

Tab. 1 Indikatoren zur Demenzsensibilität, rotierte Komponentenmatrix

Frage: Bitte geben Sie an, wie stark Sie der jeweiligen Aussage zustimmen. (0 = „Stimme gar nicht zu“ bis 10 = „Stimme voll und ganz zu“)

	Rotierte Komponentenmatrix					Urbane vs. Landärzt*innen	Geriatrisch weitergebildete Ärzt*innen vs. Geriatrische Weiterbildung
	Mittelwert (Median)	Komp. 1 (Varianzaufklärung: 26,6%)	Komp. 2 (Varianzaufklärung: 14,6%)	Komp. 3 (Varianzaufklärung: 11,1%)	Komp. 4 (Varianzaufklärung: 8,2%)		
„Es ist oft nicht einfach, die Symptome einer Demenz von typischen Alterserscheinungen (wie z. B. Depression) abzugrenzen.“	X: 7,2 (~x: 8,0)	0,216	-0,186	0,011	0,679	X: 7,4 (~x: 8,0)/X: 7,1 (~x: 8,0)	X: 7,1 (~x: 8,0)/X: 7,3 (~x: 7,0)
„Als Hausarzt/Hausärztin ist es mir wichtig, den Verdacht auf Demenz durch eine eigene Diagnose abzuklären.“	X: 6,3 (~x: 7,0)	-0,231	0,230	-0,198	0,048	X: 6,4 (~x: 6,0)/X: 6,3 (~x: 7,0)	X: 6,9 (~x: 7,0)/X: 6,0 (~x: 6,0)
„Patienten mit Demenz sollten maßgeblich durch Fachärzte wie Neurologen oder Psychiater betreut werden, nicht durch den Hausarzt.“	X: 3,7 (~x: 3,0)	0,039	0,006	0,314	0,670	X: 3,7 (~x: 5,0)/X: 3,6 (~x: 3,0)	X: 2,2 (~x: 2,0)/X: 4,4 (~x: 3,0) ^a
„Eine Demenzdiagnose bringt im Prinzip nicht viel, da die therapeutische Konsequenz unzureichend ist.“	X: 2,1 (~x: 2,0)	-0,220	0,051	0,844	0,136	X: 1,9 (~x: 1,0)/X: 2,1 (~x: 1,0)	X: 1,7 (~x: 1,0)/X: 2,2 (~x: 1,0)
„Ich führe Demenztests meistens nur durch, wenn Patienten oder Angehörige darum bitten.“	X: 2,7 (~x: 2,0)	-0,083	0,079	0,787	0,050	X: 3,1 (~x: 2,0)/X: 2,4 (~x: 2,0)	X: 2,4 (~x: 1,0)/X: 2,8 (~x: 2,0)
„Einen Demenzverdacht oder eine Demenzdiagnose zu äußern, hat oftmals starke Abwehrlungen oder Spannungen mit dem Patienten zur Folge.“	X: 5,8 (~x: 5,0)	0,231	-0,565	0,408	0,098	X: 6,2 (~x: 6,0)/X: 5,6 (~x: 6,0)	X: 6,2 (~x: 6,0)/X: 5,5 (~x: 6,0)
„Eine leitliniengerechte Demenzdiagnose ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die weitere Patientenversorgung.“	X: 7,5 (~x: 8,0)	0,754	0,121	-0,075	0,039	X: 7,8 (~x: 9,0)/X: 7,4 (~x: 8,0)	X: 7,3 (~x: 8,0)/X: 7,7 (~x: 9,0)
„Die frühe Erkennung einer Demenzerkrankung ist für den Patienten von Vorteil.“	X: 8,1 (~x: 8,0)	0,835	0,099	-0,079	0,101	X: 8,5 (~x: 9,0)/X: 8,0 (~x: 8,0)	X: 7,8 (~x: 8,0)/X: 8,4 (~x: 9,0)
„Habe ich einen Verdacht, führe ich grundsätzlich einen Demenztest durch.“	X: 6,3 (~x: 7,0)	0,332	0,552	0,001	-0,071	X: 7,0 (~x: 8,0)/X: 6,0 (~x: 7,0)	X: 6,2 (~x: 7,0)/X: 6,4 (~x: 7,0)
„Es ist eine Herausforderung, einen Demenzverdacht so zu formulieren, dass die Compliance und die weitere Patientenversorgung sichergestellt sind.“	X: 7,6 (~x: 8,0)	0,854	-0,092	0,117	-0,195	X: 7,8 (~x: 8,0)/X: 7,4 (~x: 8,0)	X: 7,4 (~x: 8,0)/X: 7,6 (~x: 8,0)
„Die Mitteilung eines Demenzverdachts oder einer Demenzdiagnose schadet dem Patienten oft mehr als es ihm hilft.“	X: 2,3 (~x: 2,0)	-0,652	-0,200	0,312	-0,161	X: 2,2 (~x: 2,0)/X: 2,3 (~x: 1,0)	X: 2,6 (~x: 2,0)/X: 2,1 (~x: 2,0)
„Mir ist es wichtig, Demenzpatienten und deren Krankheitsverlauf längerfristig zu begleiten.“	X: 8,3 (~x: 8,0)	0,929	0,089	-0,039	-0,067	X: 8,8 (~x: 9,0)/X: 8,1 (~x: 9,0)	X: 8,3 (~x: 9,0)/X: 8,4 (~x: 9,0)
„Ich finde es oft schwierig, die Versorgungsbedarfe von Demenzpatienten richtig einzuschätzen.“	X: 7,6 (~x: 8,0)	-0,097	-0,100	-0,116	0,753	X: 7,7 (~x: 8,0)/X: 7,4 (~x: 8,0)	X: 6,3 (~x: 7,0)/X: 8,2 (~x: 8,0) ^a
„Als Hausarzt/Hausärztin kann ich nur wenig tun, um die Lebensqualität von Demenzpatienten zu verbessern.“	X: 2,3 (~x: 2,0)	0,028	-0,139	0,679	-0,072	X: 2,4 (~x: 2,0)/X: 2,1 (~x: 2,0)	X: 1,6 (~x: 1,0)/X: 2,6 (~x: 2,0)

Tab. 1 (Fortsetzung)

Frage: Bitte geben Sie an, wie stark Sie der jeweiligen Aussage zustimmen. (0 = „Stimme gar nicht zu“ bis 10 = „Stimme voll und ganz zu“)

	Rotierte Komponentenmatrix				Urbane vs. Landärzt*innen	Geriatrisch weitergebildete Ärzt*innen vs. Ärzt*innen ohne geriatrische Weiterbildung
	Mittelwert (Median)	Komp. 1 (Varianzaufklärung: 26,6%)	Komp. 2 (Varianzaufklärung: 14,6%)	Komp. 3 (Varianzaufklärung: 11,1%)		
„Ich kenne mich gut mit Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Demenzzpatienten und Angehörige aus.“	X̄: 4,9 (~x: 5,0)	0,108	0,791	0,126	-0,083	X̄: 6,3 (~x: 7,0)/ X̄: 4,8 (~x: 5,0) ^a
„Es ist Aufgabe des Hausarztes, zu mehr Lebensqualität von pflegenden Angehörigen beizutragen.“	X̄: 7,7 (~x: 7,0)	0,632	0,385	0,124	0,327	X̄: 8,1 (~x: 8,0)/ X̄: 7,5 (~x: 8,0)
„Wenn pflegende Angehörige von Demenzzpatienten mit Fragen zur Organisation der Pflege auf mich zukommen, kann ich ihnen gut weiterhelfen.“	X̄: 6,0 (~x: 6,0)	0,309	0,862	0,062	-0,117	X̄: 7,1 (~x: 7,0)/ X̄: 5,7 (~x: 6,0) ^a
„Ich mache Patienten und Angehörige auf konkrete Unterstützungs- und Beratungsangebote aufmerksam (z. B. Demenz-Netzwerke, Pflegestützpunkte).“	X̄: 6,2 (~x: 6,0)	0,253	0,847	0,098	-0,117	X̄: 7,1 (~x: 8,0)/ X̄: 5,6 (~x: 7,0) ^a
„Die bestehenden Leitlinien für die Diagnose und Therapie von Demenz empfinde ich als hilfreich.“	X̄: 3,6 (~x: 3,0)	-0,116	0,754	-0,167	0,048	X̄: 4,2 (~x: 5,0)/ X̄: 3,3 (~x: 2,0)
„Demenzen können durch Einsatz von Medikamenten wirksam verzögert werden.“	X̄: 6,0 (~x: 5,0)	0,405	0,490	-0,143	0,055	X̄: 6,9 (~x: 8,0)/ X̄: 5,4 (~x: 5,0) ^a
	X̄: 5,1 (~x: 5,0)	-0,056	0,289	-0,066	0,275	X̄: 4,8 (~x: 5,0)/ X̄: 5,4 (~x: 5,0)
		Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, Rotationsmethode: Varimax, Kaiser-Normalisierung, Rotation in 6 Iterationen konvergiert, aufgeklärte Gesamtvarianz: 60,5 %, Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin: 0,68, Signifikanz nach Bartlett: $p < 0,001$				

Signifikanter Unterschied: ^a $p < 0,001$

X̄: Mittelwert, ~ x: Median

Tab. 2 Subjektive Kompetenzeinschätzung bei diagnostischem und therapeutischem Vorgehen

Frage (0 = „Gar nicht gut“ bis 10 = „Sehr gut“)	Mittelwert (Median)	Urbane vs. Land-ärzt*innen	Geriatrisch weitergebildete Ärzt*innen vs. Ärzt*innen ohne geriatrische Weiterbildung
Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des diagnostischen Vorgehens bei Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?	X̄: 5,6 (~x: 6,0)	X̄: 6,5 (~x: 6,0)/ X̄: 5,2 (~x: 6,0) ^a	X̄: 6,6 (~x: 7,0)/ X̄: 5,1 (~x: 5,0) ^a
Wie würden Sie Ihr Wissen bzw. Ihre Kompetenz bezüglich des therapeutischen Vorgehens und dem Management von Demenzerkrankungen grundsätzlich beurteilen?	X̄: 5,4 (~x: 6,0)	X̄: 6,5 (~x: 7,0)/ X̄: 4,8 (~x: 5,0) ^a	X̄: 6,3 (~x: 7,0)/ X̄: 4,9 (~x: 5,0) ^a
Was würden Sie sagen: Wie gut sind Sie mit der S3-Leitlinie zur Demenzdiagnostik und -therapie vertraut?	X̄: 4,1 (~x: 4,0)	X̄: 5,1 (~x: 6,0)/ X̄: 3,5 (~x: 3,0) ^a	X̄: 5,7 (~x: 6,0)/ X̄: 3,2 (~x: 2,0) ^a
Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine leitliniengerechte Demenzdiagnose zu stellen? (Gemeint ist die S3-Leitlinie.)	X̄: 3,9 (~x: 3,0)	X̄: 5,0 (~x: 4,0)/ X̄: 3,5 (~x: 3,0) ^a	X̄: 5,3 (~x: 5,0)/ X̄: 3,3 (~x: 3,0) ^a
Wie sicher fühlen Sie sich, wenn es darum geht, eine Demenzerkrankung leitliniengerecht zu managen, also mit therapeutischen und medikamentösen Maßnahmen zu begleiten? (Gemeint ist die S3-Leitlinie.)	X̄: 4,3 (~x: 4,0)	X̄: 5,3 (~x: 7,0)/ X̄: 3,8 (~x: 4,0) ^a	X̄: 5,8 (~x: 6,0)/ X̄: 3,5 (~x: 3,0) ^a

Signifikanter Unterschied: ^a $p < 0,001$

X̄ Mittelwert, ~ x Median

greifen, machen 70 % im Rahmen des geriatrischen Basisassessments hiervon Gebrauch. 34 % setzen Demenztests dezidiert zu Screeningzwecken (außerhalb des GBA) ein. Auffällig ist, dass Ärzt*innen mit geriatrischer Weiterbildung deutlich häufiger Demenztests zur Verlaufskontrolle einsetzen als Ärzt*innen ohne einen solchen Hintergrund (60 % zu 40 %; $p < 0,001$).

In der eigenen Praxis können 39 % der Hausärzt*innen auf demenzgeschultes Personal, das entsprechende Fortbildungen durchlaufen hat, zurückgreifen. Unter Ärzt*innen mit geriatrischer Weiterbildung liegt der Anteil geschulten Personals mit 49 % deutlich höher als bei Ärzt*innen ohne adäquate Weiterbildung (34 %; $p < 0,001$). Ärzt*innen, die über demenzgeschultes Personal verfügen, geben häufiger an, dass über das Personal Hinweise auf mögliche Demenzerkrankungen bezogen wurden (47 % zu 30 %; $p < 0,001$).

Nach eigener Aussage führen lediglich 10 % der Befragten in der Regel selbst eine (S3-leitliniengerechte) Demenzdiagnose durch; 64 % überweisen Patient*innen mit Verdacht auf Demenz in der Regel zur weiteren Abklärung bzw. zur Stellung einer Diagnose (26 % ganz unterschiedlich). 88 % der Befragten stellen die Patient*innen beim niedergelassenen Neurologen bzw. Psychiater vor; 50 % überwiesen gelegentlich an eine Gedächtnisambulanz.

Nach eigener Aussage sind 25 % der Hausärzt*innen generell bei der Thera-

pie von Demenzpatienten eingebunden und übernehmen in Abstimmung mit Fachärzt*innen entsprechende Aufgaben. Bei weiteren 22 % erfolgt eine therapeutische Begleitung ausschließlich in Einzel- bzw. Ausnahmefällen. 53 % überlassen die Therapie in der Regel ausschließlich Spezialist*innen.

Demenzsensibilität

▣ Tab. 1

Die Abfrage der Indikatoren zur Demenzsensibilität zeigt unterschiedliche Prioritäten, Stärken und Schwachpunkte in der hausärztlichen Versorgung. So hält das Gros der Befragten die Betreuung dieser Patient*innenklientel für eine genuine Aufgabe von Hausärzt*innen, die nicht ausschließlich Fachärzt*innen überlassen werden sollte. Auch sind sich die Befragten der Bedeutung einer funktionierenden und rechtzeitigen Demenzdiagnostik prinzipiell bewusst, insbesondere wenn diese leitlinienkonform erfolgt. Viele Befragte sehen die eigene Selbstwirksamkeit als durchaus gegeben an, wenn es darum geht, einen Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu leisten. Zugleich werden Problematiken deutlich, die sich insbesondere in der praktisch-diagnostischen Abgrenzung einer Demenzerkrankung von anderen kognitiven Beeinträchtigungen und der Antizipation von Versorgungs- bzw. Therapiebedarfen niederschlägt. Auch zeigen sich die Befragten bei der Com-

pliance-förderlichen Gesprächsführung (Demenzverdacht bzw. -diagnose) vergleichsweise unsicher. Weiter bekunden viele Hausärzt*innen, sich nicht gut mit Hilfs- und Unterstützungsangeboten auszukennen, an die Patient*innen und Angehörige verwiesen werden können.

Urbane Ärzt*innen gehen erheblich stärker davon aus, sich gut mit Hilfsangeboten im Bereich Demenz auszukennen und bedarfsorientiert an diese zu vermitteln. Ähnliches gilt für geriatrisch weitergebildete Befragte, wobei diese es zusätzlich als weniger schwierig empfinden, mögliche Versorgungsbedarfe zu antizipieren.

Eine Faktorenanalyse offenbart mit Blick auf Einstellungen und Handlungsmuster in Bezug auf die Demenzversorgung verschiedene Cluster von Ärzt*innen. Die größte Gruppe erachtet die kontinuierliche hausärztliche Beschäftigung mit Demenzerkrankungen und eine funktionierende Diagnostik als zentral. Innerhalb des zweiten Clusters gibt es u. a. einen Schwerpunkt auf Beratung bzw. Vermittlung von Patient*innen und Angehörigen. Im dritten und vierten Cluster dominieren klar skeptische und resignative Haltungen in Bezug auf die Diagnostik, Versorgung und Kommunikation (▣ Tab. 2).

Die Abfrage subjektiver Kompetenzeinschätzungen bestätigt eine bei vielen Hausärzt*innen verbreitete Unsicherheit in Bezug auf ein leitliniengerechtes diagnostisches Vorgehen und ein entsprechendes Krankheitsmanage-

ment. Auffällig ist, dass unter Ärzt*innen in Kleinstädten und Landgemeinden die persönliche Kompetenzwahrnehmung gegenüber Ärzt*innen in Groß- und Mittelstädten deutlich schwächer ausgeprägt ist. In ähnlicher Weise fallen die Selbsteinschätzungen geriatrisch weitergebildeter Befragter positiver aus.

Herausforderungen im Praxisablauf

▣ Tab. 3

Mittels einer Itematterie wurden die Hausärzt*innen explizit gefragt, inwieweit sie im Praxisalltag verschiedene Aspekte und Tätigkeitsabläufe der Demenzversorgung als Herausforderung erleben. Als besonders schwierig wird neben dem erfolgreichen therapeutischen Management die differenzialdiagnostische Abklärung eingeschätzt, aber auch kommunikative und Compliance-Probleme, die sich im Patient*innengespräch im Zuge der Aufklärung über die Diagnose ergeben können.

Analog zu den oben stehenden Befunden empfinden Ärzt*innen im urbanen Umfeld sowie mit einem geriatrischen Weiterbildungshintergrund bestimmte Problematiken als weniger gravierend, etwa diagnostische Vorgehensweisen oder den Umgang mit bzw. die Beratung von Demenzerkrankten und Angehörigen.

Eine Faktorenanalyse weist drei Gruppen von Hausärzt*innen aus. Die erste Gruppe empfindet Herausforderungen vornehmlich in kommunikativen Zusammenhängen, die beiden anderen in diagnostisch-therapeutischen. In allen Clustern gibt es einen erhöhten Anteil von Ärzt*innen, die die Beratung von Patient*innen und deren Angehörigen als anspruchsvoll erleben.

Diskussion

Zusammenfassung

Die vorgestellte Studie hat hausärztliche Einstellungs-, Handlungs- und Kompetenzindikatoren zur Demenzversorgung beleuchtet. Wie die Ergebnisse zeigen, halten die Befragten es für bedeutsam, dass Hausärzt*innen in Fragen der Be-

treuung demenziell erkrankter Personen präsent sind und sich zutrauen, einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität Betroffener und Angehöriger zu leisten. Die meisten Hausärzt*innen äußern den Wunsch, Patient*innen und Angehörige nicht nur an Spezialist*innen weiterzuleiten, sondern diese aktiv zu begleiten.

Zugleich wird deutlich, dass viele Hausärzt*innen sowohl praktisch-diagnostische Schritte der (leitliniengerechten) Identifizierung einer Demenz als auch das konsequente Krankheitsmanagement inklusive der Antizipierung von Versorgungs- bzw. Therapiebedarfen von Erkrankten und Angehörigen im zeitkritischen Praxisalltag als herausfordernd erleben. Mit Blick auf erlebte Hürden und Problematiken im Praxisalltag zeigt sich, dass insbesondere Ärzt*innen mit ländlichem Praxissitz größere Schwierigkeiten beim diagnostischen Vorgehen und im Beratungskontext wahrnehmen. Ferner zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der Stichprobe sich nur bedingt zutraut, einschlägige Hilfs- und Unterstützungsangebote zu überblicken und bedarfsorientiert dorthin zu verweisen.

Ein durchgehender Befund besteht darin, dass Ärzt*innen mit urbanem Praxissitz sowie mit geriatrischer Weiterbildung teils beträchtliche Kenntnis-, Orientierungs- und Sicherheitsvorteile verbuchen. Besonders deutlich wird dies beispielsweise, wenn es um den Überblick über lokale oder regionale Hilfs- und Unterstützungsangebote im Bereich Demenz geht sowie die Vermittlungstätigkeit hin zu selbigen. Hinzu kommt, dass Ärzt*innen mit geriatrischer Weiterbildung häufiger auf geschultes Praxispersonal zurückgreifen können.

Befunde anderer Studien

Die Ergebnisse spiegeln sich in den Befunden anderer Arbeiten, denen zufolge in der hausärztlichen Versorgungsrealität hinsichtlich der Versorgung von Demenzpatient*innen eine Reihe von Hemmnissen bestehen [10–12, 19, 20, 23]. So haben Low et al. festgestellt, dass die Entscheidung von Hausärzt*innen, sich einer konsequenten Demenzdiagnostik zu bedienen und entsprechende

Aufgaben beim Krankheitsmanagement zu übernehmen, u. a. von Einstellungen und Ansichten in Bezug auf das Krankheitsbild und verfügbare Therapieoptionen abhängt, vom persönlichen Zutrauen in Bezug auf diagnostische und kommunikative Fähigkeiten, den bei Patienten und Angehörigen vorhandenen psychosozialen Ressourcen sowie der ärztlichen Kenntnis und Verfügbarkeit von Hilfsakteuren [9].

Auch in unseren Vorstudien [19, 20] gab ein beträchtlicher Teil der einbezogenen Hausärzt*innen an, dass sich u. a. die differenzialdiagnostische Abklärung unter den Bedingungen von Zeit- und Kostendruck herausfordernd gestalte. Unsicherheiten bei der Abgrenzung einer Demenz von anderen Formen kognitiver Beeinträchtigungen werden verstärkt durch Unklarheiten im diagnostischen und therapeutischen Ablauf sowie durch Probleme bei der Zusammenarbeit mit Fachärzt*innen. Auch im internationalen Bereich sind systematische Reviews vorgelegt worden, die konstatieren, dass es auf Seiten von primärärztlichen Versorger*innen bei der Demenzversorgung „a lack of training and confidence“ gebe, verstärkt um systembezogene Barrieren, insbesondere „a lack of time during consultations and lack of support services“ [10]. Zudem gibt es Anzeichen für kommunikative Unsicherheiten bei der Stellung von Demenzdiagnosen [9, 14].

Die unter urbanen Ärzt*innen feststellbare Tendenz zu einem besseren Überblick über Versorgungsangebote lässt sich damit erklären, dass solche im städtischen Umfeld in höherem und ausdifferenzierterem Maße verfügbar sind [2, 4]. Stichhaltiger erscheint insoweit der Blick auf geriatrische Zusatzkompetenzen, die den Befragungsergebnissen zufolge einen erheblichen Unterschied beim ärztlichen Umgang mit Demenzerkrankungen bewirken können. Auch in anderen Studien fiel auf, dass Hausärzt*innen ohne geriatrische Weiterbildung im Vergleich mit fortgebildeten Kolleg*innen in geringerem Maße Demenzscreenings durchführen, seltener über geschultes Praxispersonal verfügen und Hinweise des Praxispersonals weniger stark bei der Demenzerkennung berücksichtigen [8, 20]. Ähnliches

Tab. 3 Erlebte Herausforderungen bei Demenzdiagnostik und -versorgung

Frage: Bitte geben Sie jeweils an, für wie groß Sie die folgenden Herausforderungen aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrung halten. (0 = „Sehr gering“ bis 10 = „Sehr groß“)

	Mittelwert (Median)	Rotierte Komponentenmatrix			Urbane vs. Land- ärzt*innen	Geriatrisch weiterge- bildete Ärzt*innen vs. Ärzt*innen ohne geriatrische Weiter- bildung
		Komp. 1 (Va- rianzaufklä- rung: 55,1 %)	Komp. 2 (Va- rianzaufklä- rung: 11,6 %)	Komp. 3 (Va- rianzaufklä- rung: 7,9 %)		
Anwendung der Demenzleitlinie (S3)	X̄: 5,9 (~x: 6,0)	0,210	0,094	0,863	X̄: 5,8 (~x: 6,0)/ X̄: 5,9 (~x: 6,0)	X̄: 5,4 (~x: 5,0)/ X̄: 6,1 (~x: 6,0)
Schritte hin zum Demenzver- dacht und weiteres Vorgehen	X̄: 5,3 (~x: 5,0)	0,127	0,608	0,306	X̄: 4,7 (~x: 5,0)/ X̄: 5,6 (~x: 6,0) ^a	X̄: 4,8 (~x: 4,0)/ X̄: 5,6 (~x: 6,0) ^a
Diagnostik und Testverfahren (Durchführung des Diagnostik- prozesses und Interpretation)	X̄: 5,2 (~x: 5,0)	0,455	0,712	0,088	X̄: 4,5 (~x: 5,0)/ X̄: 5,6 (~x: 6,0) ^a	X̄: 4,9 (~x: 5,0)/ X̄: 5,3 (~x: 5,0)
Differenzialdiagnostische Ab- grenzung einer Demenz von anderen Formen kognitiver Beeinträchtigungen (z. B. De- pression)	X̄: 6,6 (~x: 6,0)	0,217	0,804	0,193	X̄: 6,2 (~x: 6,0)/ X̄: 6,8 (~x: 7,0)	X̄: 5,9 (~x: 6,0)/X̄: 7,0 (~x: 7,0) ^a
Sicherstellung der Akzeptanz und Kooperation des Patien- ten bei der Durchführung von Demenztests	X̄: 6,5 (~x: 7,0)	0,245	0,839	0,015	X̄: 5,9 (~x: 5,0)/ X̄: 6,8 (~x: 7,0) ^a	X̄: 6,0 (~x: 7,0)/ X̄: 6,7 (~x: 7,0)
Aufklärung des Patienten über die Diagnose und Sicherstellung der Compliance	X̄: 6,2 (~x: 7,0)	0,689	0,435	0,222	X̄: 6,2 (~x: 7,0)/ X̄: 6,2 (~x: 6,0)	X̄: 6,1 (~x: 7,0)/X̄: 6,3 (~x: 6,0)
Erfolgreiche therapeutische Be- gleitung von Demenzerkrankten	X̄: 6,7 (~x: 7,0)	0,880	0,238	0,089	X̄: 6,6 (~x: 7,0)/ X̄: 6,7 (~x: 7,0)	X̄: 6,4 (~x: 7,0)/ X̄: 6,9 (~x: 7,0)
Gesprächsführung mit Demenz- erkrankten	X̄: 6,5 (~x: 7,0)	0,933	0,116	0,168	X̄: 6,5 (~x: 7,0)/ X̄: 6,5 (~x: 7,0)	X̄: 6,1 (~x: 7,0)/ X̄: 6,8 (~x: 8,0)
Kommunikation mit pflegenden Angehörigen	X̄: 6,0 (~x: 6,0)	0,783	0,264	0,186	X̄: 5,9 (~x: 6,0)/ X̄: 6,2 (~x: 6,0)	X̄: 5,4 (~x: 6,0)/X̄: 6,5 (~x: 6,0) ^a
Beratung von Demenzpatienten und Angehörigen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten	X̄: 5,6 (~x: 6,0)	0,701	0,415	0,404	X̄: 4,8 (~x: 5,0)/ X̄: 5,9 (~x: 6,0) ^a	X̄: 5,1 (~x: 6,0)/X̄: 5,8 (~x: 5,0)
Beratung von Demenzpatienten und Angehörigen zu rechtlichen Aspekten (Vorsorgevollmacht, Betreuung, „Autofahren“)	X̄: 6,3 (~x: 7,0)	0,243	0,520	0,607	X̄: 5,5 (~x: 5,0)/ X̄: 6,7 (~x: 7,0) ^a	X̄: 5,7 (~x: 6,0)/ X̄: 6,6 (~x: 7,0) ^a
		Extraktionsmethode: Hauptkomponenten- analyse, Rotationsmethode: Varimax, Kaiser- Normalisierung, Rotation in 5 Iterationen kon- vergiert, aufgeklärte Gesamtvarianz: 74,6%, Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin: 0,85, Signifikanz nach Bartlett: $p < 0,001$				

Signifikanter Unterschied: ^a $p < 0,001$

X̄ Mittelwert, ~ x Median

gilt für die Kenntnis und systematische Anwendung der S3-Leitlinie [5, 13, 14]. Nicht zuletzt kann geriatrisches Hintergrundwissen helfen, stabilisierende Gesprächsstrategien erfolgreich umzusetzen. Vor dem Hintergrund der Befunde scheint es geboten, die geriatrische Kompetenz von Hausärzt*innen zu stärken.

Der ebenfalls in früheren Untersuchungen festgestellte Befund, dass viele Hausärzt*innen sich nicht ausreichend mit regionalen Versorgungsstrukturen zur Betreuung von Demenzpatienten und Angehörigen auskennen, knüpft an die systematischen Reviews von Mansfield et al. sowie Low et al. an. Diese konstatieren, dass der Mangel an verfügbaren oder aktiv herangezogenen Hilfsnetzwerken im Bereich der Demenzversorgung ein limitierender Faktor für die ärztliche Versorgung sein kann [9, 10, 18]. Eine wesentliche Ursache für diese Defizite wird für Deutschland auf das weitgehende Fehlen multiprofessioneller Strukturen zur ambulanten Krisenintervention zurückgeführt, die ärztliche, pflegerische und weitere Akteure verzahnen [13]. Damit einhergehend können Versorgungsbedarfe und -risiken häufig nicht systematisch und zeitnah klassifiziert werden. Diese Versorgungslücke führt vermehrt zu krisenhaften Versorgungssituationen und komplikationsträchtigen Krankenhauseinweisungen [7, 22]. Aufgrund dessen erscheint es essenziell, Hausärzt*innen stärker an Kooperations- und Hilfsstrukturen im Bereich Demenz heranzuführen [10]. Dies betrifft nicht nur eine fundiertere Kenntnis von Unterstützungsangeboten, sondern auch eine ausgeprägtere Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren. Indem Patient*innen und Angehörige rechtzeitig an regionale Beratungs- und Versorgungsnetzwerke [19] verwiesen werden, kann zum einen die Patient*innenversorgung aufgewertet, zum anderen die Gefahr eines „Burnouts“ pflegender Angehöriger minimiert werden [6].

Stärken und Schwächen

Obwohl eine heterogene, große Stichprobe gewonnen werden konnte, die in

die Breite der Hausärzteschaft hineinreicht, müssen verschiedene Limitationen der Befragung reflektiert werden. Hierzu gehören ein regionaler Rekrutierungsschwerpunkt in zwei Bundesländern und ein begrenzter Rücklauf. Zudem besteht die Möglichkeit, dass Hausärzte mit thematischem Interesse in stärkerem Maße an der Befragung teilgenommen haben („selection bias“). Der sehr hohe Anteil von geriatrisch weitergebildeten Ärzt*innen lässt dies vermuten.

Bei bestimmten Fragen (z. B. bei der Frage nach der Durchführung einer leitliniengerechten Demenzdiagnose) kann nicht ausgeschlossen werden, dass Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit gegeben wurden („social bias“).

Schlussfolgerung

Wie die Ergebnisse zeigen, halten die Befragten es grundsätzlich für bedeutsam, dass Hausärzt*innen in Fragen der Betreuung demenziell erkrankter Personen präsent sind. Die meisten Hausärzt*innen äußern den Wunsch, Patient*innen und Angehörige aktiv zu begleiten. Zugleich wird deutlich, dass viele Hausärzt*innen sowohl praktisch-diagnostische Schritte der (leitliniengerechten) Identifizierung einer Demenz als auch das konsequente Krankheitsmanagement inklusive der Antizipierung von Versorgungs- bzw. Therapiebedarfen im zeitkritischen Praxisalltag als herausfordernd erleben. Ferner zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der Stichprobe sich nur bedingt zutraut, einschlägige Hilfs- und Unterstützungsangebote zu überblicken und bedarfsorientiert dorthin zu verweisen.

Im Licht der Befunde scheint es geboten, die geriatrische Kompetenz von Hausärzt*innen zu stärken. Zudem erscheint es essenziell, Allgemeinmediziner stärker über Kooperations- und Hilfsstrukturen im Bereich der Demenzversorgung aufzuklären und in diese zu integrieren.

Fazit für die Praxis

- Das hausärztliche Setting ist für die konsequente Erkennung und das Management demenzieller Erkrankungen von großer Bedeutung.

Die Studie zielte darauf ab, anhand einer gebündelten Betrachtung relevanter Betreuungs- und Versorgungsdimensionen (Konstrukt „Demenzsensibilität“) mögliche Stärken und Schwachpunkte der hausarztbasierten Demenzversorgung zu identifizieren.

- Die Befragten halten es für wichtig, dass Hausärzt*innen in Fragen der Betreuung demenziell erkrankter Personen präsent sind. Zugleich wird deutlich, dass viele Hausärzt*innen sowohl praktisch-diagnostische Schritte der (leitliniengerechten) Identifizierung einer Demenz als auch das konsequente Krankheitsmanagement inklusive der Antizipierung von Versorgungs- bzw. Therapiebedarfen als herausfordernd erleben.
- Im Licht der Befunde scheint es v. a. geboten, die geriatrische Kompetenz von Hausärzt*innen zu stärken. Zudem erscheint es essenziell, diese stärker über Kooperations- und Hilfsstrukturen im Bereich der Demenzversorgung aufzuklären und zu integrieren.

Korrespondenzadresse

Dr. Julian Wangler

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie,
Universitätsmedizin Mainz
Am Pulverturm 13, 55131 Mainz, Deutschland
julian.wangler@unimedizin-mainz.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Wangler und M. Jansky geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Bei der vorliegenden Studie wurden keinerlei sensible Patientendaten erhoben oder klinische Tests durchgeführt. Es handelt sich um eine strikt anonymisierte Befragung von insgesamt 2257 Hausärzt*innen. Dennoch haben sich die Autoren im Vorfeld der Studie mündlich bei der Ethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz rückversichert, dass die Studie der Berufsordnung für Ärzte gerecht wird.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die

ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Bablok I, Binder H, Stelzer D et al (2021) Primary dementia care based on the individual needs of the patient: study protocol of the cluster randomized controlled trial, DemStepCare. *BMC Geriatr* 21:1–14
- Connolly A, Gaehl E, Martin H et al (2011) Underdiagnosis of dementia in primary care: variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging Ment Health* 15(8):978–984
- Eichler T, Thyrian JR, Hertel J et al (2014) Rates of formal diagnosis in people screened positive for dementia in primary care: results of the Delphi-trial. *J Alzheimers Dis* 42(2):451–458
- Fletcher B, Gheorghe A, Moore D et al (2012) Improving the recruitment activity of clinicians in randomised controlled trials: a systematic review. *BMJ Open* 2(1):e496
- Fromm S (2008) Faktorenanalyse. In: Baur N, Fromm S (Hrsg) Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Ein Arbeitsbuch. Springer, Wiesbaden, 314–344
- Geschke K, Scheurich A, Schermuly I et al (2012) Effectivity of early psychosocial counselling for family caregivers in general practitioner based dementia care. *Dtsch Med Wochenschr* 137(43):2201–2206
- Lehmann J, Michalowsky B, Kaczynski A et al (2018) The impact of hospitalization on readmission, institutionalization, and mortality of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis* 64(3):735–749
- Löhr M, Schulz M, Fellgiebel A (2018) Demenzspezifisches Screening zur Versorgungssituation (DSV)
- Low L-F, McGrath M, Swaffer K et al (2019) Communicating a diagnosis of dementia: A systematic mixed studies review of attitudes and practices of health practitioners. *Dementia* 18(7-8):2856–2905
- Mansfield E, Noble N, Sanson-Fisher R et al (2019) Primary care physicians' perceived barriers to optimal dementia care: a systematic review. *Gerontologist* 59(6):697–708
- Pentzek M, Wollny A, Wiese B et al (2009) Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *Am J Geriatr Psychiatry* 17(11):965–975
- Pentzek M, Vollmar HC, Wilm S et al (2017) Putting dementia awareness into general practice: the CADIF approach. *Z Gerontol Geriatr* 50(Suppl 2):44–47
- Radisch J, Baumgardt J, Touil E et al (2015) Demenz – Behandlungspfade für die ambulante integrierte Versorgung. Kohlhammer, Stuttgart
- Tang EYH, Birdi R, Robinson L (2018) Attitudes to diagnosis and management in dementia care: views of future general practitioners. *Int Psychogeriatr* 30(3):425–430
- Thyrian JR (2017) Menschen mit Demenz in der primärärztlichen Versorgung. Prävalenz, Inzidenz, Risikofaktoren und Interventionen. *Z Gerontol Geriatr* 50(Suppl 2):32–38
- Thyrian JR, Fiss T, Dreier A et al (2012) Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (Delphi): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 13(1):56
- Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D et al (2017) Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 74(10):996–1004
- Virnaua L, Braesigkb A, Deutsch T et al (2020) GPs' willingness to participate in research networks in Germany. *Scand J Prim Health Care* 40(2):237–245
- Wangler J, Jansky M (2020) Dementia diagnostics in general practitioner care. Do general practitioners have reservations?—the findings of a qualitative study. *Wien Med Wochenschr* 170(9–10):230–237
- Wangler J, Jansky M (2021) Factors influencing general practitioners' perception of and attitude towards dementia diagnostics and care—results of a survey among primary care physicians. *Wien Med Wochenschr* 171(7-8):165–173
- Wangler J, Geschke K, Wuttke-Linnemann et al (2023) Prävention von demenzbedingten Versorgungskrisen im hausarztbasierten Setting – das Projekt DemStepCare. *Präv Gesundheitsf* 18(1):145–151. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00931-7>
- Wolf D, Rhein C, Geschke K et al (2019) Preventable hospitalizations among older patients with cognitive impairments and dementia. *Int Psychogeriatr* 31(3):383–391
- Wollny A, Fuchs A, in der Schmitt J et al (2010) Between closeness and distance: family practitioners' perception of persons with dementia. *Z Allg Med* 86(11):425–434
- World Health Organization (2021) Global status report on the public health response to dementia
- Yaffe MJ, Orzeck P, Barylak L (2008) Family physicians' perspectives on care of dementia patients and family caregivers. *Can Fam Physician* 54:1008–1015