

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM | Abt. f. Allgemeinmedizin | 44780
Bochum | Germany
Univ.-Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz
Saskia Weiß
Friedrichstr. 236
10969 Berlin

Abteilung für Allgemeinmedizin
Univ.-Prof. Dr. med. Horst Christian
Vollmar, MPH
Gebäude MA 1/61
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum

30.05.2023

Abschlussbericht des Projektes „MeDeKa: Hausärztliche Betreuung von Menschen mit neu gestellter Demenzdiagnose nach Krankenhausentlassung“

1. Relevanz des Themas und der Fragestellung

Die Diagnose einer Demenzerkrankung stellt Patient*innen und Angehörige vor unterschiedlichste Herausforderungen. Schnelle Unterstützung nach der Diagnosestellung sollte daher wirksam und auf die individuellen Bedürfnisse und Umstände der Betroffenen zugeschnitten sein (Wheatley et al., 2020). Der Wunsch während des gesamten Krankheitsverlaufs eine medizinische Fachkraft als feste Ansprechperson zu haben, wird von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen gleichermaßen geäußert (Risco et al., 2016). Hausärzt*innen übernehmen in der Regel diese Funktion, da sie oft die ersten Ansprechpartner*innen für gesundheitliche Fragen sind und als Vertrauenspersonen, insbesondere für ältere Menschen, eine wichtige Rolle spielen (Wagner & Abholz, 2002). Insgesamt wird von Hausärzt*innen erwartet, dass sie eine zentrale Person während des Diagnoseprozesses und der anschließenden Versorgung von Demenz sind, sowie als Case Manager*in bzw. Fallmanager*in fungieren (Hum et al., 2014).

Obwohl viele ältere Menschen regelmäßig die hausärztliche Praxis aufsuchen, treten immer wieder Verzögerungen insbesondere bei der Diagnosestellung von Demenzerkrankungen auf (Mitchell et al., 2011). Diese Verzögerungen liegen oft darin begründet, dass Hausärzt*innen und Patient*innen vermeiden, das sensible Thema Demenz zu besprechen (Koch & Iliffe, 2010; Pentzek et al., 2017; Vollmar et al., 2012).

Das kann dazu führen, dass Betroffene erst während eines akuten Krankenhausaufenthaltes zum ersten Mal eine Demenzdiagnose erhalten. Solche Akutsituationen sind aus unterschiedlichen Gründen nicht ideal für die Diagnosestellung: Delir und Depression sind die wichtigsten Differentialdiagnosen einer dementiellen Grunderkrankung, können aber auch als Symptome derselben vorkommen. Eine Abgrenzung ist nicht immer zweifelsfrei möglich. Zudem stehen bei einer Akutsituation oder einem elektiven Eingriff im Krankenhaus andere medizinische Fragestellungen im Fokus. Die vulnerable Phase nach der Entlassung aus einem klinischen Aufenthalt, währenddessen erstmalig eine Demenzdiagnose gestellt wurde, stellt auch Hausärzt*innen vor kommunikative und diagnostische Herausforderungen. Ein erstes Gespräch nach der Diagnose im hausärztlichen Setting sollte mit der Diagnose verbundene Ängste und Fragen klären, die Diagnose verifizieren und entsprechende Maßnahmen einleiten (Pentzek et al., 2017; Vollmar et al., 2012).

Um ihre Aufgabe zufriedenstellend erfüllen und die Patient*innen effizient unterstützen zu können, benötigen Hausärzt*innen daher alle notwendigen Informationen von anderen, an der Diagnose und Versorgung beteiligten medizinischen Fachkräften. Unklar bleibt, wie diese so entscheidende vulnerable Phase nach der Entlassung in der hausärztlichen Praxis tatsächlich gestaltet wird und wie Hausärzt*innen und Betroffene kommunikativen und diagnostischen Herausforderungen begegnen. Die MeDeKa-Studie soll dazu beitragen diese Lücke durch die Erhebung erster explorativer, qualitativ empirischer Daten zu schließen.

Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Patient*innen mit einer neu gestellten Demenzdiagnose nach dem Krankenhausaufenthalt im hausärztlichen Setting versorgt werden und wie diese Versorgung optimiert werden kann, um Menschen mit Demenz und Angehörige besser unterstützen zu können. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen genutzt werden, um Aufmerksamkeit seitens der Hausärzt*innen für die Problematik der verzögerten Kommunikation und verzögerter Demenzdiagnosen zu generieren.

2. Angemessenheit der Methoden; Qualität der Durchführung

Das Forschungsprojekt „**MeDeKa: Hausärztliche Betreuung von Menschen mit neu gestellter Demenzdiagnose nach Krankenhauserlassung**“ umfasste entsprechend der im Antrag skizzierten Planung vier Arbeitspakete.

Vorbereitend wurde zunächst der Ethikantrag zur Einreichung bei der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum erarbeitet (positives Ethikvotum: Registrier-Nummer 21-7247). Als Basis für die Erstellung des Antrages diente die Literaturrecherche in Arbeitspaket 1. Zudem wurde ein Studienprotokoll bei dem Deutschen Register für Klinische Studien veröffentlicht (DRKS-ID der Studie: DRKS00025061).

Arbeitspaket 1: Literaturrecherche

Im Rahmen des ersten Arbeitspaketes erfolgte eine umfassende Literaturrecherche zur Vorbereitung der nachfolgenden Arbeitspakete durch die Studienmitarbeiterinnen (Chantal Giehl (CG) und Flora-Marie Hegerath (FMH)). Ziel dieses Arbeitspaketes war es, den aktuellen Forschungsstand zu erarbeiten und Themenkomplexe für die Interviewleitfäden in Arbeitspaket 2 vorzubereiten.

Die Recherche wurde in sieben Datenbanken durchgeführt (Pubmed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, PsychInfo, GeroLit und Cinahl), jeweils unter Anpassung der Suchbegriffe auf die einzelnen Datenbanken. Die Suchbegriffe wurden auf Grundlage der gängigen Fachliteratur in diesem Bereich erstellt (Fox et al., 2015; Gill et al., 2014; Pols et al., 2015), innerhalb des Projektteams (CG, FMH, Ina Otte (IO) und Horst Christian Vollmar (HCV)) erweitert, in der Datenbank Pubmed getestet und anschließend überarbeitet. Die gefundene Literatur wurde anhand der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien selektiert:

- **Einschlusskriterien:** Es wurden Publikationen eingeschlossen, die sich mit dem Übergang von Patient*innen mit neu diagnostizierter Demenz vom stationären in den ambulanten Bereich befassen. Weitere Einschlusskriterien waren eine diagnostizierte Demenz oder Delir, Allgemeinmedizin, Umgang mit neu diagnostizierter Demenz oder Delir, Einbeziehung von pflegenden Angehörigen in den Versorgungsprozess und ein qualitatives Studiendesign.

- Ausschlusskriterien: Eine Publikation wurde ausgeschlossen, wenn der primäre Fokus auf anderen Krankheiten als Demenz oder Delir, sowie rein auf diagnostischen Instrumenten lag. Weiterhin wurden Publikationen ausgeschlossen, deren primärer Fokus auf der Gesundheit der pflegenden Angehörigen lag.

Relevante Studien für die Erstellung der weiteren Arbeitspakete wurden identifiziert, Daten extrahiert und thematisch aufgearbeitet, um einen Überblick über die Literatur zu geben. Die Ergebnisse wurden im Projektteam unter Berücksichtigung der ursprünglichen Fragestellung für den Leitfaden der folgenden Interviews in Arbeitspaket 2 diskutiert.

Arbeitspaket 2: Qualitativ-empirische Interviews

Laut Antragstellung waren insgesamt 15 Interviews mit Hausarzt*innen und 15 Interviews mit Menschen mit Demenz und/oder ihren Angehörigen geplant. Erfahrungen mit ähnlichen qualitativen Projekten ließen eine theoretische Sättigung der Daten bei etwa 15 Interviews vermuten. Die problemzentrierten Interviews wurden durch Leitfäden strukturiert und Themengebiete durch gezielte Nachfragen seitens der interviewenden Personen (CG, FMH) vertieft.

Bei der Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner*innen wurde eine bewusste, kriteriengeleitete Fallauswahl unter Fokussierung auf Ärzt*innen und Betroffenen (Menschen mit Demenz und Angehörigen) durchgeführt. Das Ziel dieser Fallauswahl war es, die Verallgemeinerung der Ergebnisse nach theoretischen Gesichtspunkten auf strukturähnliche Versorgungssettings zu ermöglichen und eine gute Abbildung verschiedener soziodemografischer Merkmale (wie Alter und Geschlecht) zu gewährleisten.

Der Fokus der Interviews lag auf der Erhebung der Individualperspektive der Ärzt*innen und Betroffenen bezogen auf den Umgang mit kommunikativen und diagnostischen Herausforderungen einer neu gestellten Demenzdiagnose, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt.

Semi-strukturierte Interviews mit Hausarzt*innen

Für die Durchführung der Einzelinterviews mit Hausarzt*innen wurde basierend auf der Literaturrecherche ein semi-strukturierter Leitfaden entwickelt. Dieser Leitfaden wurde sowohl innerhalb des Projektteams evaluiert, sowie durch drei Probe-Interviews mit hausärztlich tätigen Mitarbeiter*innen der Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB) vorab überprüft und im Anschluss überarbeitet.

Insgesamt wurden 198 Hausarzt*innen aus dem Bestand der Lehrpraxen der AM RUB im Juli 2021 postalisch angeschrieben. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, wurden dabei rücklauffördernde Maßnahmen angewandt (bspw. Verwendung von bunten Umschlägen, Beifügen eines Rückmeldeformulars sowie frankierte Rückumschläge, personalisierte Ansprache, handschriftliches Vermerken der Adresse auf dem Umschlag). Weiterhin wurde für die Rekrutierung der Hausarzt*innen ein Beitrag im internen Newsletter der AM RUB für Lehrpraxen erstellt und im August 2021 veröffentlicht. Bis Ende November 2021 konnten 16 Interviews mit Hausarzt*innen durchgeführt werden. Die Interviews wurden je nach Präferenz der Teilnehmer*innen in Präsenz oder per Telefon durchgeführt.

Innerhalb der Interviews mit Hausärzt*innen wurden folgende Themen fokussiert:

- Bisherige Erfahrungen mit Patient*innen mit einer neu gestellten Demenzdiagnose oder einer Demenz als Nebendiagnose/Teildiagnose nach einem Krankenhausaufenthalt
- Informationsaustausch/Kommunikation mit dem Krankenhaus (u.a. Entlass-Management)
- Vorgehen in der Praxis nach der Entlassung/Diagnose
- Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen bzgl. Aufklärung und Unterstützung von Seiten des Krankenhauses
- Umgang mit Kommunikationsbarrieren
- Planung und Rollenverteilung in der weiteren Versorgung (u.a. Differentialdiagnostik, Medikationsplan)
- Eigene Kompetenzen in der Versorgung von Menschen in den frühen Stadien der Demenz
- Hindernde und fördernde Faktoren in der Versorgung

Weiterhin blieb während der Interviews zu jedem Zeitpunkt Raum für gänzlich neue Aspekte und Themen, die seitens der interviewten Hausärzt*innen geäußert wurden.

Semi-strukturierte Interviews mit Menschen mit Demenz und/oder Angehörigen

Die Erstellung des Leitfadens für die semi-strukturierten Einzelinterviews mit Betroffenen erfolgte ebenfalls anhand der Literaturrecherche in Arbeitspaket 1. Dieser Leitfaden wurde nach mehrmaliger Überarbeitung innerhalb des Projektteams finalisiert. Für die Rekrutierung der Betroffenen wurden Flyer mit Informationen zur Studie an hausärztliche Praxen versandt, um auf die Studie aufmerksam zu machen. Zusätzlich wurden weitere Anlaufstellen für die Rekrutierung zu zwei Zeitpunkten kontaktiert (100 Kontaktstellen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. über das bundesweite Adressverzeichnis). Insgesamt erhielten wir daraufhin mehrere Rückmeldungen Flyer zu versenden, damit diese bspw. an Selbsthilfegruppen weitergeleitet werden konnten. Im Newsletter 2/2022 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. erschien zudem ein Beitrag zur MeDeKa-Studie sowie ein Aufruf zur Teilnahme.

Zusätzlich wurden sechs geriatrische und neurologische Abteilungen des Universitätsklinikums (UK RUB) der Ruhr-Universität Bochum per Mail kontaktiert und auf die Studie aufmerksam gemacht. In zwei Veranstaltungen für Lehrärzt*innen der AM RUB wurde die Studie vorgestellt, mit der Bitte um Unterstützung bei der Rekrutierung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Zudem fand eine Präsentation der Studie bei einem Treffen des Netzwerks Demenz in Essen statt. Dort wurde ebenfalls die Unterstützung bei der Rekrutierung von Betroffenen adressiert.

Zur weiteren Rekrutierung von Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen wurde Anfang März 2022 eine Recherche zu Facebook-Gruppen im Bereich der Demenz durchgeführt. Im Anschluss wurden 10 Gruppen kontaktiert. Auch hier wurde einen Monat später jeweils eine Erinnerung an die Gruppen versendet. Ein weiterer Rekrutierungsaufruf erfolgte über verschiedene demenzbezogene Profile auf Instagram.

Auf dem im April 2022 ausgerichteten Tag der Allgemeinmedizin auf dem Campus der Ruhr-Universität Bochum wurden zusätzlich Flyer an interessierte Hausärzt*innen verteilt.

Insgesamt wurden über 300 Flyer digital und postalisch versendet, u.a. an hausärztliche Praxen, Krankenhäuser, Gedächtnissprechstunden, Gerontopsychiatrische Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.

Trotz dieser weitreichenden Bemühungen konnte die Zahl von 15 Interviews während der COVID-19 Pandemie und den dadurch eingeschränkten Zugang zur Stichprobe nicht erreicht werden. Zuletzt konnten 2 Interviews mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, sowie 4 Interviews ausschließlich mit Angehörigen in Präsenz und über Zoom geführt werden.

Innerhalb der Interviews mit Betroffenen wurden folgende Themen fokussiert:

- Erfahrungen im/mit dem Krankenhaus (u.a. Mitteilung der Diagnose, Aufklärung)
- Vorgehen nach der Entlassung in der hausärztlichen Praxis
- Kommunikation mit Hausärzt*in
- Einbeziehung in die Planung des weiteren Vorgehens
- Hindernde und fördernde Faktoren in der Versorgung

Auch hier blieb zu jedem Zeitpunkt Raum für gänzlich neue Themen und Aspekte.

Alle Interviews (mit Hausärzt*innen und Betroffenen) wurden nach schriftlichem Einverständnis der Teilnehmenden mithilfe eines Diktiergeräts digital aufgezeichnet und durch ein externes Schreibbüro wortwörtlich verschriftlicht (transkribiert) und anonymisiert. Die transkribierten Interviews wurden in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz mithilfe der Software MAXQDA durch zwei Studienmitarbeiterinnen (CG, FMH) ausgewertet. Die Variante der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz hat den Vorteil, dass sie erlaubt, sowohl theoretisch abgeleitete (deduktive) Kategorien an das Datenmaterial (die transkribierten Interviews) heranzutragen, als auch neue, aus den Daten stammende (induktive) Kategorien zu bilden. So kann das anfangs erstellte Kategoriensystem überprüft und erweitert werden. Auf diese Weise werden Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge offengelegt und die theoretische Aufarbeitung und Verallgemeinerung der Ergebnisse erleichtert (Kuckartz, 2018).

Arbeitspaket 3: Fokusgruppendifkussion / Scoping Review

Das dritte Arbeitspaket beinhaltete die Durchführung von zwei Fokusgruppen, jeweils eine mit Hausärzt*innen und eine mit Betroffenen. Ziel dieses Vorgehens war es, den empirischen Datenkorpus zu ergänzen.

Die Fokusgruppen mussten aufgrund der Einschränkungen durch die COVID-19 Pandemie verworfen werden. Die Sicherheit und die Vermeidung von Infektionen stand an oberster Stelle und führte zu der Entscheidung, dass eine Fokusgruppendifkussion in Präsenz nicht stattfinden sollte. Eine virtuelle Durchführung versprach aufgrund andersgearteter Gruppendynamiken wenig erfolgreich zu sein, daher entschied sich das Projektteam in Rücksprache mit dem Förderer dagegen.

Zur Ergänzung des Datenkorpus des qualitativen Teils in Arbeitspaket 2 und zur besseren Einbettung und Diskussion der Ergebnisse wurde das **Arbeitspaket 3** in die **Erstellung einer Übersichtsarbeit (Scoping Review)** umgewandelt. Ziel des Scoping Reviews war es, relevante internationale Literatur aufzuarbeiten, die sich mit der postakuten Versorgung von Menschen mit Demenz in der hausärztlichen Praxis befassen. Auf dieser Grundlage wurden die folgenden Forschungsfragen entwickelt:

- 1) Wie werden Patient*innen mit einer neu diagnostizierten Demenz in der hausärztlichen Praxis betreut?
- 2) Wie wird die Kommunikation zwischen den verschiedenen (stationären) Versorger*innen und der hausärztlichen Praxis gehandhabt?

Bei der Durchführung wurden verschiedene methodische Empfehlungen beachtet (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Tricco et al., 2018), welche eine hohe Qualität des Scoping Reviews gewährleisten sollten. Das Protokoll des Scoping Reviews wurde auf der Plattform Open Science Framework registriert und veröffentlicht (Hegerath et al., 2022). Neben dem Studienprotokoll wurde ebenfalls der verwendete Suchalgorithmus veröffentlicht, um den genauen Vorgang der Methodik transparent darzustellen und somit die Qualität der Studie zu gewährleisten.

In Abbildung 1 kann die systematische Identifikation von relevanten Publikationen für das Scoping Review nachvollzogen werden. Ausgangsbasis für das Scoping Review stellte die in Arbeitspaket 1 durchgeführte Literaturrecherche dar. Die Literaturrecherche im Mai 2021 und November 2021 ergab 12.633 Ergebnisse.

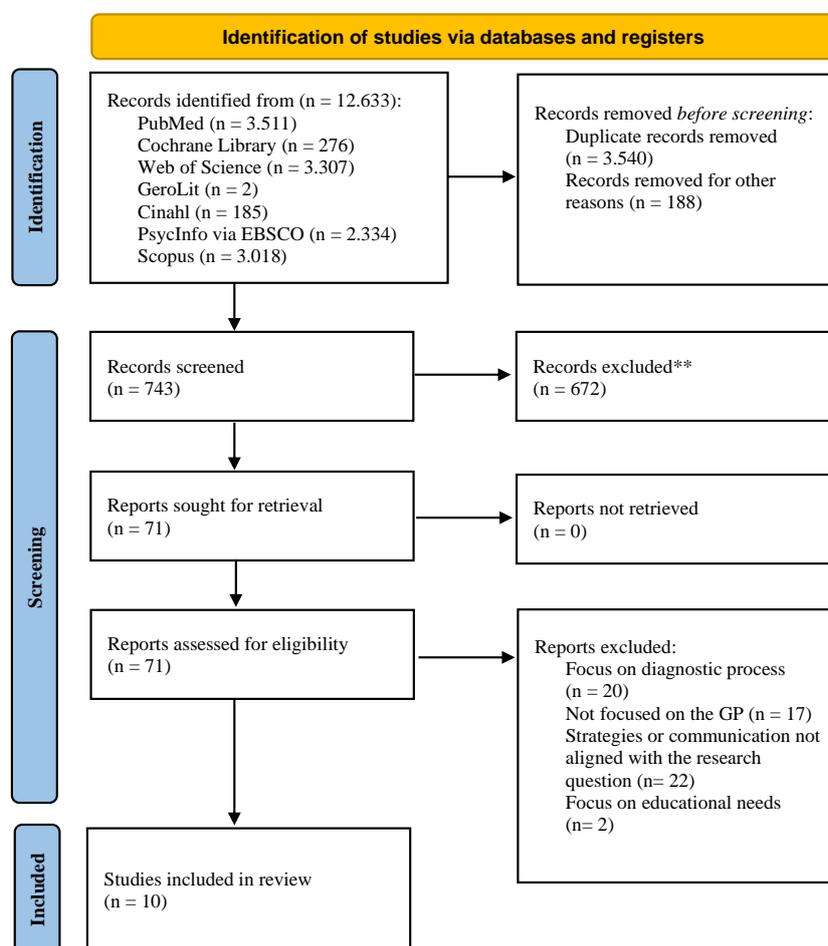


Abbildung 1 PRISMA flow diagram (Page et al., 2021)

Nach Entfernung von doppelten Publikationen blieben 8,905 Publikationen übrig, die zunächst anhand ihres Titels und Abstracts bewertet wurden. Zuletzt wurden 71 relevante Publikationen für die inhaltliche Prüfung identifiziert. Von diesen 71 Publikationen wurden final 10 Publikationen identifiziert, die für das Scoping Review und 10.1136/bmj.n71 die Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren.

In einem nächsten Schritt folgte die systematische Datenextraktion aus den Publikationen anhand eines vorab festgelegten Schemas. Die Daten wurden von zwei Forscherinnen (CG, FMH) unabhängig voneinander extrahiert und gegenseitig kontrolliert. Auf Grundlage dieser Datenextraktion wird aktuell die Veröffentlichung des Scoping Reviews vorbereitet.

Arbeitspakets 4: Expert*innen-Workshop und Aufarbeitung der Ergebnisse

Innerhalb des vierten Arbeitspakets wurden ausgewählte Ergebnisse aus den durchgeführten Interviews in einem Expert*innen-Workshop vorgestellt und diskutiert. Ziel war es, kurze praxisrelevante Handlungsempfehlungen für Hausärzt*innen zum Thema Kommunikation bei Demenz zu erstellen. Innerhalb des Projektteams wurde die Teilnahme verschiedener Expert*innen diskutiert, um eine möglichst umfassende und interdisziplinäre Meinungsbildung zu ermöglichen. Im Sommer 2022 wurden die ausgewählten Expert*innen zu dem Workshop eingeladen.

Den teilnehmenden Expert*innen wurde zunächst ein kurzer Input aus den durchgeführten Interviews aus Arbeitspaket 2 gegeben. Innerhalb dieser Interviews zeigte sich das Thema Kommunikation als besonders relevant, weshalb innerhalb des vier-stündigen Workshops im August 2022 zu den folgenden Problematiken gemeinsam Lösungsansätze erarbeitet wurden:

- Thema 1: Umgang mit Erwartungen und Ängsten von Betroffenen
- Thema 2: Besonderheiten in der Gesprächsführung / Kommunikation mit Betroffenen

Von zehn eingeladenen Expert*innen aus dem Feld der Demenzforschung und/oder -versorgung nahmen sieben an dem Workshop teil. Vertreten waren Prof. Dr. Rainer Wirth, Prof. Dr. Adina Dreier-Wolfgramm, Prof. Dr. Sascha Köpke, Prof. Dr. Richard Dodel, Dr. Anja Bieber, PD Dr. Michael Pentzek und Prof. Dr. Horst Christian Vollmar. Letzterer hat zum einen als Experte mitdiskutiert, zum anderen auch das Projektteam strukturell in der Moderation des Workshops unterstützt.

3. Klarheit der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Ergebnisse der Interviews (Arbeitspaket 2)

Innerhalb der geführten Interviews wurde deutlich, dass sich der Übergang von Patient*innen zwischen den Sektoren als problematisch darstellt und hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaussetting und dem hausärztlichen Setting einige Barrieren bestehen. Die Proband*innen der Studie verdeutlichten, dass Patient*innen nach der Diagnosestellung im Krankenhaus und während der Entlassung aus einem Krankenhaus unzureichend unterstützt werden, wodurch der Übergang in den ambulanten Bereich erschwert würde. Patient*innen erhalten demnach häufig nur eine unzureichende oder keine Aufklärung über im Krankenhaus durchgeführte Testungen sowie die Demenzdiagnose bzw. Verdachtsdiagnose. Im Krankenhaus würde darauf verwiesen werden, dass sich die hausärztlichen Kolleg*innen um alles weitere kümmern werden.

„[...] ‘da kümmert sich dann ja der Hausarzt drum’. Das ist heute sowieso letztendlich immer Duktus von Kliniken, ja? Dass der Hausarzt ja letztendlich alles macht. [...]“ (Hausarzt, 50-59 Jahre, 20 Jahre Berufserfahrung)

Hausärzt*innen sehen sich an diesem Punkt mit einem hohen Beratungsdruck nach der Diagnose und Krankenhausentlassung konfrontiert. Patient*innen müssten oft emotional aufgefangen und unterstützt werden.

Besonders Hausärzt*innen nehmen Kommunikationsdefizite von Seiten des Krankenhauses wahr. Diese erschwerten die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung. Hausärzt*innen fühlen sich nicht ausreichend in die stationäre Versorgung einbezogen und über die dortige Versorgung informiert.

„Also man kann ja nicht nicht kommunizieren laut Watzlawick, die können es.“ (Hausarzt, 30-39 Jahre, 14 Jahre Berufserfahrung)

Informationen in Form eines Entlassbriefes erhalten Hausärzt*innen häufig verspätet. Wenn der Entlassbrief dann da sei, enthalte er kaum nützliche Informationen bzw. generell wenig Informationen bzgl. der Demenzdiagnose. Informationen seien dabei abhängig von dem Krankenhaus und der jeweiligen Abteilung. Gute Erfahrungen haben Hausärzt*innen bspw. mit neurologischen Abteilungen oder der Geriatrie gemacht.

Eine weitere Barriere in der Versorgung stelle eine unzureichend stattfindende Differentialdiagnostik im Krankenhaus dar. Da der akute Grund für den Krankenhausaufenthalt nicht die Demenz ist, erfolgt in der Regel keine umfassende Beurteilung. Hausärzt*innen haben Erfahrungen geäußert, dass sich eine Demenzdiagnose aus dem Krankenhaus als Folge einer Operation bzw. Narkose herausstellen kann. Hausärzt*innen benötigen daher Informationen z.B. über die genutzten Testverfahren, die Art der Demenz, den Schweregrad und die therapeutischen Möglichkeiten, um die weitere Behandlung einzuleiten und möglicherweise eine Überprüfung der Diagnose zu veranlassen, um sicherzustellen, dass ein potenziell reversibles Delir nicht fälschlicherweise als Demenz behandelt wird.

„Der Patient ist jetzt zwei Wochen zu Hause und dem geht es eigentlich wieder besser, und man macht so einen Test und sieht eigentlich: Ja, also (-) eine Demenz ist das eigentlich nicht. Sondern das war [...] im Rahmen eben halt der Operation oder der Narkose [...]. So genau wird das eben halt im Krankenhaus auch nicht überprüft [...].“ (Hausarzt, 50-59 Jahre, 20 Jahre Berufserfahrung)

Hausärzt*innen berichten weiterhin, dass keine ganzheitliche Betrachtung der Patient*innen im Krankenhaus stattfindet. Die Wahrnehmung der Hausärzt*innen ist, dass sich Ärzt*innen im Krankenhaus allein mit ihrem Fachgebiet befassen. Zur ganzheitlichen Betrachtung gehöre bspw., dass die familiäre bzw. häusliche Situation bereits im Krankenhaus mitbedacht und mitgesehen werde. Ausnahmen für die berichteten Barrieren stellten auch hier meist geriatrische und neurologische Abteilungen innerhalb der Krankenhäuser dar.

Interviewte Hausärzt*innen priorisieren nach Entlassung ihrer Patient*innen aus dem Krankenhaus die Koordination der weiteren Versorgung sowie die Rückkehr in die Häuslichkeit. Dazu gehört unter anderem die Überprüfung des aktuellen und ggf. die Erstellung eines neuen Medikationsplans, da Patient*innen im Krankenhaus oft neue Medikamente verschrieben werden.

Generell wurde als wichtig beschrieben, sich ausreichend Zeit für Patient*innen zu nehmen, sowie offen und sensibel zu kommunizieren. Ziel sei es dabei, Ängste und Sorgen zu nehmen, sowie Mut für den weiteren Weg zu machen.

Innerhalb der Interviews wurden Wünsche für die Verbesserung der Versorgung geäußert:

Wunsch nach Case Management / Fallmanagement: Hausärzt*innen äußerten, dass sie zu wenig Zeit haben, Patient*innen ausreichend begleiten zu können. Daher wäre die Unterstützung durch Case Manager*innen hilfreich. Das Case Management soll Fachkräfte des Sozial- und Gesundheitswesens zusammenführen, um Hilfsangebote koordinieren zu können, so dass sich die Versorgung konkret an den Unterstützungsbedarf der einzelnen Personen orientiert (Joo & Liu, 2017; Ziguras & Stuart, 2000). Innerhalb von Modellprojekten, wie intersec-CM, Delphi-MV, EbCentCare und LOTTE werden Case Manager*innen Hausärzt*innen an die Seite gestellt und deren Unterstützung erforscht.

Wunsch nach Sozialdienst / speziellen Berufsgruppen zur Unterstützung: Hausärzt*innen äußerten weiterhin den Wunsch, einen Sozialdienst einschalten zu können, der dafür ausgerüstet sei, Menschen mit Demenz zu betreuen. Dieser könnten bereits im Krankenhaus eine spezifische Beratung für Betroffene bereitstellen. Da Hausärzt*innen nicht tätig werden dürfen, solange Patient*innen stationär behandelt werden, wäre dies eine geeignete Möglichkeit, Patient*innen frühzeitig aufzuklären und aufzufangen, sowie erste Maßnahmen wie bspw. die Organisation der häuslichen Pflege in die Wege zu leiten und den Übergang in die ambulante Versorgung zu erleichtern.

Wunsch nach einem funktionierenden Entlassmanagement: Das Entlassmanagement dient dazu, eine lückenlose sektorenübergreifende Versorgung nach der Entlassung aus einem stationären Aufenthalt sicherzustellen und ist seit Oktober 2017 verpflichtend. Das Ziel dabei ist, eine auf den/die Patient*in abgestimmte Versorgung zu ermöglichen (§ 39 Absatz 1a SGB V). Innerhalb der Interviews wurde jedoch deutlich, dass das bisher stattfindende Entlassmanagement von Seiten der Krankenhäuser als unzureichend empfunden wurde, da die Informationsweitergabe zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens als lückenhaft wahrgenommen wurde. Hausärzt*innen wünschten sich weiterhin, dass innerhalb des Entlassmanagements die akute Versorgung der ersten Tage berücksichtigt und gesichert werde (Rezepte, akute Pflege etc.).

Ergebnisse des Scoping Reviews (Arbeitspaket 3)

Ziel des Scoping Reviews war es, zu untersuchen, wie Patient*innen mit einer neu diagnostizierten Demenz im hausärztlichen Umfeld versorgt werden und wie die Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und dem hausärztlichen Setting international abläuft. Die eingeschlossenen Studien wurden in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens durchgeführt, bspw. im hausärztlichen Setting, in Krankenhäusern und in Pflegeheimen.

Innerhalb der Studien wurden Strategien für die Versorgung von Menschen mit Demenz heterogen beschrieben. Nach einer Diagnose sehen Hausärzt*innen ihre Rolle zunächst als ad hoc und reaktiv an (Bourque & Foley, 2020). Die hausärztliche Versorgung konzentriert sich dabei auf die Planung des weiteren Vorgehens im Krankheitsverlauf (Bourque & Foley, 2020) sowie darauf, den Patient*innen Klarheit und Unterstützung zu geben, sowohl vor als auch nach der Diagnose (Walker et al., 2018). Für die Behandlung von verhaltensbezogenen und psychiatrischen Symptomen der Demenz wird zumeist ein/eine Spezialist*in

hinzugezogen (Hinton et al., 2007; Hum et al., 2014). Die Einbindung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in die weitere Betreuung wurde als entscheidend angesehen, um ihnen die erforderliche Unterstützung zu bieten (Hinton et al., 2007; Tuijt et al., 2021; Wheatley et al., 2021).

Die Kommunikation zwischen dem hausärztlichen Setting und anderen Gesundheitsdienstleister*innen sowie Sektoren in Bezug auf die postakute Versorgung wurde in allen Studien als unzureichend bewertet. Mangelnder Austausch von Informationen, klinischen Aufzeichnungen und Empfehlungen für das hausärztliche Setting führte zu einer ineffizienten Bereitstellung von Unterstützung, da sich Hausarzt*innen in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt fühlten (Burn et al., 2018; Hinton et al., 2007). In mehreren Studien wurde die jeweilige Struktur innerhalb der Gesundheitssysteme kritisiert, da die strukturellen Ressourcen für die Demenzversorgung begrenzt sind (Tuijt et al., 2021) sowie ein Mangel an klaren Versorgungspfaden den Zugang zu Unterstützung jeglicher Art erschwert (Hum et al., 2014; Wheatley et al., 2021). Die Ergebnisse des Scoping Reviews decken sich mit den Ergebnissen der durchgeführten Interviews.

Eine direkte und ausreichende Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsdienstleister*innen ist notwendig für eine rechtzeitige Ressourcenzuweisung, sowie eine wirksame Zusammenarbeit und Koordinierung der Versorgung (Tuijt et al., 2021). Dies würde die Unterstützung nach der Diagnose und generell die Unterstützung und Behandlung von Menschen mit Demenz verbessern (Tuijt et al., 2021; Wheatley et al., 2021). Die Einführung gemeinsamer Versorgungspfade könnte die Kommunikation innerhalb des Gesundheitssystems optimieren. Schriftliche Vereinbarungen, in denen die Zuständigkeiten der Fachkräfte in Bezug auf die Patient*innenversorgung festgelegt sind, wären eine Möglichkeit, die Rollen und damit einhergehende Erwartungen zu klären (Wheatley et al., 2021). Auch die gemeinsame Nutzung digitaler Kommunikationsplattformen könnte den Austausch und die Zusammenarbeit fördern (Risco et al., 2016). Interprofessionelle Partnerschaften auf kommunaler Ebene könnten weiterhin die Demenzversorgung verbessern und so die vielfältigen und komplexen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Betreuern berücksichtigen (Lee et al., 2019), sowie die koordinierte Bereitstellung von Informationen über Ressourcen und Dienstleistungsanbietern verbessern (Hum et al., 2014). Gemeinnützige Organisationen in der Versorgung von Menschen mit Demenz könnten bspw. den Katalog an Dienstleistungen für Patient*innen um ehrenamtliche und medizinische Dienste erweitern. Durch die Zusammenarbeit mit Vertreter*innen des Gesundheitswesens könnte sichergestellt werden, dass Patient*innen von diesen Diensten erfahren.

Um den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gerecht zu werden, sind Aufklärungsmaßnahmen (für Betroffene und Ärzt*innen) sowie umfassendere strukturelle Veränderungen erforderlich (Hinton et al., 2007). Aufgrund des sozialen Stigmas, das mit Demenz verbunden ist, sollten Gespräche über die Diagnose von geschultem und qualifiziertem Personal geführt werden (Burn et al., 2018).

Ergebnisse des Expert*innenworkshops (Arbeitspaket 4)

Innerhalb des Expert*innenworkshops wurden zwei übergeordnete Themen diskutiert:

- Thema 1: Umgang mit Erwartungen und Ängsten von Betroffenen
- Thema 2: Besonderheiten in der Gesprächsführung / Kommunikation mit Betroffenen

Den Expert*innen wurden zu diesem Zweck verschiedene aus den Interviews identifizierte Herausforderungen präsentiert. Zur Verdeutlichung der Herausforderungen wurden repräsentative Zitate aus den Interviews dargestellt.

Thema 1: Umgang mit Erwartungen und Ängsten von Betroffenen

Innerhalb des ersten Themas wurde zunächst als Herausforderung herausgestellt, dass Hausärzt*innen sich mit einem **hohen Beratungsdruck** nach der Diagnose konfrontiert sehen sowie eine **mangelnde Aufklärung im Krankenhaus** wahrnehmen, die es aufzufangen gilt. Die Expert*innen stellten heraus, dass Hausärzt*innen generell eine Schlüsselrolle in der Versorgung einnehmen, insbesondere bei Menschen, bei denen im Krankenhaus aufgrund einer akuten Situation Gedächtnisprobleme festgestellt wurden. Aufgabe der Hausärzt*innen sei es, diese Rolle anzunehmen und sich ihrer bewusst zu werden. Weiterhin fungieren Hausärzt*innen nach Meinung der Expert*innen als eine Art Koordinator*in, da ihnen die Aufgabe obliegt, Betroffenen gegebenenfalls weiterzuvermitteln.

Da nicht vorausgesetzt werden könne, dass Hausärzt*innen auf Demenzerkrankungen spezialisiert seien, ist zu beachten, dass weitere Akteur*innen für eine umfassende Versorgung von Bedeutung sind. Die Expert*innen stellten zu dem Themenkomplex Beratungsdruck nach der Diagnose heraus, dass Aufgaben und Rollenverteilungen im Gesundheitswesen zunächst geklärt werden müssen. Eine Vernetzung aller beteiligten Akteur*innen und die Nutzung spezifischer regionaler Beratungsangebote könne zudem den hohen Beratungsbedarf der Betroffenen zu Beginn auffangen, da Hausärzt*innen durch eine Vernetzung schnell wüssten, an wen die Betroffene weitervermittelt werden können. Informationen und empfohlene Beratungsstellen sollte dabei an den Schweregrad der Erkrankung angepasst sein. Eine Bereitstellung bzw. Vernetzung von Angeboten sollte zudem in digitaler Form erfolgen, um den Aktualisierungsaufwand möglichst gering zu halten. Beratungsstellen sollten zudem auch der Seite des Krankenhauses bekannt und zugänglich sein.

Eine weitere Herausforderung innerhalb des Themenkomplexes umfasste die Unsicherheit der Hausärzt*innen, wie sie auf **Erwartungen und Fragen von Betroffenen** angemessen reagieren können. Auch zu diesem Thema wurde zunächst benannt, wie wichtig es sei, Rollenverteilungen und Aufgaben im Gesundheitswesen zu klären, damit sich Hausärzt*innen bewusst sind, welche Aufgaben sie annehmen können und sollten und welche Aufgaben sie an andere Stellen weiterleiten können. Ein Lösungsvorschlag war hierbei, bereits bestehende Empfehlungen und Leitfäden zu nutzen. Diese sind jedoch nicht immer bekannt, bspw. eine Empfehlung zum Thema „Autofahren und Demenz“. Hier müsse sichergestellt werden, dass Hausärzt*innen von erstellten Empfehlungen erfahren und diese nutzen können. Hierfür sehen die Expert*innen die Ersteller*innen solcher Empfehlungen und Leitlinien in der Verantwortung, diese in die Praxis zu bringen und den Hausärzt*innen zur Verfügung zu stellen. Ein Weg wäre dabei die Bereitstellung über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder über gemeinnützige Organisationen, welche die erstellten Exemplare an hausärztliche Praxen senden.

Zuletzt wurden die Herausforderungen **Zukunftsängste** sowie **soziale Angst von Betroffenen** diskutiert. Die Expert*innen beschäftigten sich an dieser Stelle mit der Frage, wie dargestellt werden könne, dass Menschen mit Demenz durchaus eine gute Lebensqualität erreichen und beibehalten können. Hierfür sei eine rechtzeitige und proaktive Planung der weiteren Versorgung essenziell, um eine mögliche Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu berücksichtigen. Auch dem Thema Depression und Entstigmatisierung der Demenz müsse innerhalb einer Sprechstunde Raum gegeben werden. Hierzu könnten Kontakte zu anderen Betroffenen vermittelt werden, um im Sinne der Selbsthilfe den Austausch zu fördern und Ängste zu nehmen.

Es wurde weiterhin hervorgehoben, dass Patient*innen ein Recht auf Selbstbestimmung haben. Sie haben demnach das Recht darauf, mit der Krankheit so umzugehen, wie sie es möchten. Dieses Recht sollte von allen Beteiligten respektiert werden.

Thema 2: Besonderheiten in der Gesprächsführung / Kommunikation mit Betroffenen

Das zweite Thema umfasste verschiedene Herausforderungen bezogen auf die Kommunikation mit Betroffenen. Innerhalb der durchgeführten Interviews mit Hausarzt*innen zeigte sich **Unsicherheit im Umgang mit Patient*innen**, die sich nach einer Diagnose verschanzen, die Diagnose negieren oder überdramatisieren. Die Expert*innen diskutierten hierzu verschiedene Lösungsansätze.

Es wurde mehrfach betont, wie wichtig es sei, die Bedürfnisse der Patient*innen wahrzunehmen und ernst zu nehmen. Hausarzt*innen sollten den Gesprächsbedarf Betroffener identifizieren und so ermitteln, was die einzelne Person benötigt und worüber er/sie sprechen möchte. Dies ist für jeden/jede Patient*in sehr individuell. Hausarzt*innen sollten weiterhin beachten, wie das Thema Demenz angesprochen werden kann. Der Begriff Demenz sollte dabei nicht von Anfang an verwendet werden, außer Patient*innen benennen die Erkrankung bzw. Diagnose explizit als Demenz. Bezüglich des Settings einer Unterhaltung über die Diagnose wurden die Empfehlungen gegeben, sich Zeit zu nehmen sowie Störungen zu vermeiden. Auch müsse geklärt werden, ob Angehörige bei einem Gespräch dabei sind, bzw. ob eine Anwesenheit sinnvoll wäre.

Sollten sich Patient*innen weiterhin verschanzen bzw. die Diagnose negieren, muss dies im Sinne des Rechts auf Selbstbestimmtheit akzeptiert werden. In diesem Fall könnte versucht werden, wiederholt Gesprächsangebote zu machen.

Im Umgang mit Patient*innen, die überdramatisch bzw. überwältigt reagieren, sollten sich Hausarzt*innen bewusst machen, warum Betroffene evtl. sehr dramatisch reagieren bzw. überwältigt sind und welche Ängste hier eine Rolle spielen könnten. Hier wurde der Fokus auf das Thema Wertschätzung gelegt, sowie Unruhen abzufangen durch Aufklärung und Beratung.

Bezüglich der Problematik, wie die **Besprechung des weiteren Vorgehens** in der hausärztlichen Praxis ablaufen kann, benannten die Expert*innen, dass berücksichtigt werden müsse, dass es unterschiedliche Arten von Demenz gibt und der Krankheitsverlauf von Mensch zu Mensch unterschiedlich ist. Dies erschwere zwar die Prognose des Krankheitsverlaufs, kann den Betroffenen jedoch auch Hoffnung vermitteln. Den Patient*innen sollte weiterhin klar vermittelt werden, dass eine longitudinale Beratung und Behandlung geplant ist. Dies vermittelt Sicherheit und kann ebenfalls dazu beitragen bestehende Ängste

zu nehmen. Die Diagnose aus dem Krankenhaus sollte zudem (erneut) diagnostisch abgeklärt werden.

4. Verwertbarkeit und Anschlussfähigkeit

Die Publikation der Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Hausärzt*innen und Betroffenen im Rahmen der MeDeKa-Studie in ausgewiesenen Fachzeitschriften wird aktuell vorbereitet. Es sind mindestens zwei Artikel in Arbeit. Neben den wissenschaftlichen Publikationen ist darüber hinaus die Erstellung einer praxisorientierten Handreichung für Hausärzt*innen geplant, welche die gewonnenen Informationen aus den Studienergebnissen beinhalten soll. Diese Handreichung soll dazu beitragen, die Versorgung von Patient*innen mit neu gestellter Demenzdiagnose nach einem Krankenhausaufenthalt im hausärztlichen Setting zu verbessern. Hierfür sollen neben den ausgearbeiteten Ergebnissen die Meinungen und Expertisen der Expert*innen einfließen, um die Ergebnisse nachhaltig für das hausärztliche Setting aufzuarbeiten. Um diese Nachhaltigkeit weiter zu steigern, ist zusätzlich die Aufnahme der neu gewonnenen Informationen in bestehende Fortbildungsangebote geplant. Innerhalb der AM RUB gibt es eine enge Verzahnung zwischen der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie der Forschung. Diese soll für eine nachhaltige Implementierung genutzt werden.

Die Ergebnisse der Studie wurden bereits auf vier Kongressen im Jahr 2022 vorgestellt und diskutiert (Alzheimer's Association International Conference, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 32nd Alzheimer Europe Conference, 56. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin). Im Jahr 2023 ist zudem die Vorstellung der Ergebnisse des Scoping Reviews auf zwei Kongressen (33rd Alzheimer Europe Conference und 57. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) geplant. Dies dient der Sichtbarkeit des Themas, vor allem im medizinischen Bereich, sowie der Möglichkeit für den wissenschaftlichen Diskurs mit Expert*innen auf diesem Gebiet.

5. Finanzierungsplan

Wird wie mit Frau Weiß besprochen nachgereicht.

Literatur

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bourque, M., & Foley, T. (2020). Improving the Quality of Dementia Care in General Practice: A Qualitative Study. *Frontiers in Medicine*, 7, 600586. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.600586>
- Burn, A.-M., Fleming, J., Brayne, C., Fox, C., & Bunn, F. (2018). Dementia case-finding in hospitals: A qualitative study exploring the views of healthcare professionals in English primary care and secondary care. *BMJ Open*, 8(3), e020521. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020521>
- Fox, B., Henwood, T., Neville, C., Keogh, J., & Hodgkinson, B. (2015). The psychometric viability of measures of functional performance commonly employed for older adults with dementia: A systematic review of measurement properties protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(9), 136–158. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1884>
- Gill, P. J., Roberts, N. W., Wang, K. Y., & Heneghan, C. (2014). Development of a search filter for identifying studies completed in primary care. *Family Practice*, 31(6), 739–745.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmu066>
- Hegerath, F.-M., Giehl, C., Vollmar, H. C [Horst Christian], & Otte, I. (2022). *Following up on recently diagnosed dementia patients – Implications for general practice: a scoping review: A study protocol*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AGMP6>
- Hinton, L., Franz, C. E., Reddy, G., Flores, Y., Kravitz, R. L., & Barker, J. C. (2007). Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: Primary care physicians' perspectives. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1487–1492. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0317-y>
- Hum, S., Cohen, C., Persaud, M., Lee, J., Drummond, N., Dalziel, W., & Pimlott, N. (2014). Role expectations in dementia care among family physicians and specialists. *Canadian Geriatrics Journal : CGJ*, 17(3), 95–102. <https://doi.org/10.5770/cgj.17.110>
- Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2017). Case management effectiveness in reducing hospital use: A systematic review. *International Nursing Review*, 64(2), 296–308.
<https://doi.org/10.1111/inr.12335>
- Koch, T., & Iliffe, S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 11, 52.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-52>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4th ed.). Beltz Juventa.
- Lee, L., Hillier, L. M., & Gregg, S. (2019). Partnerships for improving dementia care in primary care: Extending access to primary care-based memory clinics in Ontario, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 27(6), 1574–1585. <https://doi.org/10.1111/hsc.12829>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science : IS*, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Mitchell, A. J., Meader, N., & Pentzek, M [Michael] (2011). Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care: A meta-analysis of physician accuracy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(3), 165–183. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01730.x>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Pentzek, M [Michael], Vollmar, H. C [Horst Christian], Wilm, S [Stefan], & Leve, V. (2017). Frühwahrnehmung von Demenzen in der Hausarztpraxis : Der CADIF-Ansatz [Putting dementia awareness into general practice : The CADIF approach]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 50(Suppl 2), 44–47. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1206-6>
- Pols, D. H. J., Bramer, W. M., Bindels, P. J. E., van de Laar, F. A., & Bohnen, A. M. (2015). Development and Validation of Search Filters to Identify Articles on Family Medicine in Online Medical Databases. *The Annals of Family Medicine*, 13(4), 364–366. <https://doi.org/10.1370/afm.1780>
- Risco, E., Cabrera, E., Farré, M., Alvira, C., Miguel, S., & Zabalegui, A. (2016). Perspectives About Health Care Provision in Dementia Care in Spain: A Qualitative Study Using Focus-Group Methodology. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(3), 223–230. <https://doi.org/10.1177/1533317515603818>
- Sozialgesetzbuch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung § 39 SGB V Krankenhausbehandlung.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., . . . Straus, S. E. (2018). Prisma Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tuijt, R., Rees, J., Frost, R., Wilcock, J., Manthorpe, J., Rait, G [G.], & Walters, K. (2021). Exploring how triads of people living with dementia, carers and health care professionals function in dementia health care: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Dementia*, 20(3), 1080–1104. <https://doi.org/10.1177/1471301220915068>
- Vollmar, H. C [H. C.], Wilm, S [S.], Kuske, S., Gallrach, F., Buscher, I., Abholz, H. H., & Pentzek, M [M.]. (2012). Changing attitudes towards dementia in family practice (CADIF) - evidence-based development and pre-testing of an intervention for general practitioners. In J. R. Thyrian & W. Hoffmann (Eds.), *Dementia Care Research. Scientific Evidence, Current Issues and Future Perspectives: Minutes from an International Workshop in Greifswald*. (pp. 80–89).
- Wagner, G., & Abholz, H. H. (2002). Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift Für Allgemeinmedizin*(78), 239–244.
- Walker, R., Ratcliffe, J., White, A., & Visvanathan, R. (2018). Dementia assessment services: What are the perceptions of older people? *Australasian Journal on Ageing*, 37(1), 43–47. <https://doi.org/10.1111/ajag.12455>
- Wheatley, A., Bamford, C., Brunskill, G., Booi, L., Dening, K. H., & Robinson, L. (2021). Implementing post-diagnostic support for people living with dementia in England: A qualitative study of barriers and strategies used to address these in practice. *Age and Ageing*, 50(6), 2230–2237. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab114>
- Wheatley, A., Bamford, C., Brunskill, G., Harrison Dening, K., Allan, L., Rait, G [Greta], & Robinson, L. (2020). Task-shifted approaches to postdiagnostic dementia support: A qualitative study exploring professional views and experiences. *BMJ Open*, 10(9), e040348. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040348>
- Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 51(11), 1410–1421. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1410>