

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Subjektive Gedächtnisstörungen bei älteren Patienten

in der Hausarztpraxis:

eine Mixed-Methods-Studie zu

Konzepten und Umgangsstrategien von Hausärzten

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors in Public Health

der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Verena Leucht

2020

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Angerer

weiterer Betreuer: PD Dr. rer. nat. Michael Pentzek

Auflistung der Publikationen

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

- Beiträge in einschlägigen Fachzeitschriften • Forschungsbericht • Arbeitsberichte
- Vorträge und Kongresse

Publikation:

Pentzek, M., Leve, V. and **Leucht, V.** (2017a) Subjektive Gedächtnisbeeinträchtigungen in der Hausarztpraxis: Kurzer Überblick und Design einer Mixed-methods-Studie. ‘Subjective memory impairment in general practice: Short overview and design of a mixed methods study’, *Z Gerontol Geriatr*, vol. 50, Suppl 2, pp. 48–54. Doi: 10.1007/s00391-017-1207-5

Vorträge/Kongresse:

Leucht, V., Löscher, S. and Pentzek, M. (2019) ‘Rücklauf-förderndes Design einer schriftlichen Hausarztumfrage: Merkmale, Aufwand, Response’ [abstract] 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Erlangen. DOI: 10.3205/19degam002

Pentzek, M., Löscher, S. and **Leucht, V.** (2019) ‘Effekte der Incentive-Art und einer vorherigen Kontaktaufnahme auf den Rücklauf in einer Arztumfrage - ein Fragebogen-Experiment’ [abstract] 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Erlangen. DOI: 10.3205/19degam153

Leucht, V., Löscher, S. and Pentzek, M. (2019). ‘Rücklauf-förderndes Design einer schriftlichen Hausarztumfrage: Merkmale, Aufwand, Response’. [abstract] 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF); Berlin. DOI: 10.3205/19dkvf202

Leucht, V. and Pentzek, M. (2018) ‘Subjektive Gedächtnisstörungen älterer Menschen in der Hausarztpraxis - Eine qualitative Teilstudie zu Konzepten und Umgangsstrategien von Hausärzten/innen’. [abstract] 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Innsbruck. DOI: 10.3205/18degam094

Leucht, V., Pentzek, M. and Leve, V. (2017) ‘Subjektive Gedächtnisstörungen älterer Menschen in der Hausarztpraxis - Literaturübersicht und Studiendesign’. [abstract] 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin. DOI: 10.3205/17dkvf380

Leucht, V. and Pentzek, M. (2017) ‘Methodenworkshop Mixed-Methods’. [abstract] 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Düsseldorf. DOI: 10.3205/17degam275

Leucht, V., Leve, V. and Pentzek, M. (2016) ‘Subjektive Gedächtnisstörungen älterer Menschen in der Hausarztpraxis - Literaturübersicht und Studiendesign’. [abstract] 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Frankfurt am Main., DOI: 10.3205/16degam160

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Einheitlichkeit (der SMI-GP-Studienunterlagen) wird bei Personenbezeichnungen in der gesamten Dissertation die männliche Form gewählt. Dabei ist immer auch die weibliche Form und divers gemeint.

Forschungsstand: Unter subjektiven Gedächtnisstörungen (Subjective Memory Impairment, SMI) ist die persönliche Empfindung einer nachlassenden oder im Vergleich zu anderen Personen schlechteren eigenen Gedächtnisleistung gemeint (Jessen et al., 2007). SMI, verbunden mit Sorgen, gelten als unabhängiger Risikofaktor für eine spätere Demenzentwicklung (Jessen et al., 2010). Als erster Ansprechpartner gilt für viele ältere Menschen der Hausarzt (Luck et al., 2012; Werner, 2003, 2004). Die Forschung zu SMI ist zurzeit geprägt von spezialistischen Fragestellungen und Ideen (Desai und Schwarz, 2011; Jessen et al., 2014), ohne die hausärztliche Perspektive (Pentzek et al., 2017a).

Fragestellungen und Ziele: Welche Konzepte und Umgangsstrategien haben Hausärzte bei patientenseitig berichteten subjektiven Gedächtnisstörungen?

Methoden: Die Arbeit basiert auf einer sequenziell-exploratorischen Mixed-Methods-Studie. Zuerst erfolgte die qualitative Exploration des Themenspektrums durch narrative Interviews und Fokusgruppendiskussionen (Lamnek und Krell, 2016). Auf Basis des qualitativen Materials wurden Items für einen Fragebogen konstruiert. Der daraus entwickelte Fragebogen wurde bundesweit an eine Zufallsauswahl von 1.000 Hausärzten verschickt.

Ergebnisse: Im Durchschnitt geben die Hausärzte der quantitativen Befragung (Response 62,3 %) an, dass pro Quartal 3–5 ältere Patienten erstmalig von SMI berichten. Konzeptionell assoziieren über drei Viertel der Hausärzte berichtete Gedächtnisstörungen mit normaler Altersvergesslichkeit, Stress, Depression und Demenzangst. Etwa 50 % der Befragten sehen (auch) eine Verbindung zwischen SMI und (auch) Anzeichen einer Demenz(-vorstufe). In den qualitativen Interviews zeigt sich auch eine Unsicherheit, weil SMI keine hausärztliche Kategorie sei; oft wird es nicht als eigenständiges Konzept wahrgenommen, sondern mit der einfachen Dichotomie Demenz ja/nein gleichgesetzt.

Der Großteil der Hausärzte (>90 %) sieht sich als richtiger Ansprechpartner bei Gedächtnisproblemen, jedoch weniger in der Diagnostik als mehr in der Begleitung. 89,2 % der befragten Hausärzte in der quantitativen Erhebung bieten bei berichteten SMI eine Überweisung zum Neurologen/Psychiater an, 80,9 % bieten einen Gedächtnistest an. Bei Gedächtnisstörungen nehmen Hausärzte wahr, dass die Patienten diagnostische Maßnahmen (82,7 %) und therapeutische Empfehlungen (89,8 %) von ihnen erwarten, was Druck ausübt (73,5 %).

Diskussion und Schlussfolgerungen: Durch den sequentiellen Mixed-Methods-Ansatz konnte eine inhaltlich valide und dank hoher Responseraten auch repräsentative bundesweite Erhebung durchgeführt werden. Die gefundenen Einstellungen unterscheiden sich teilweise deutlich von den spezialistischen Konzepten und machen auf hausärztliche Arbeitsweisen und Spezifika aufmerksam. Die Ergebnisse weisen auf eine hohe Rate an Testdurchführungen und Überweisungen bei SMI hin; gleichzeitig vermuten Hausärzte oftmals keine neurologischen Ursachen von SMI.

Abstract englisch

State of research: Subjective memory impairment (SMI) refers to the personal perception of a deterioration in one's own memory performance or, in comparison to other persons, a poorer performance (Jessen et al., 2007). SMI, together with concerns, is considered an independent risk factor for a later development of dementia (Jessen et al., 2010). For many older people, a general practitioner is the first point of contact (Luck et al., 2012; Werner, 2003, 2004). Research on SMI is currently dominated by specialist questions and ideas (Desai and Schwarz, 2011; Jessen et al., 2014), without the GP perspective (Pentzek et al., 2017a).

Issues and goals: What concepts and strategies do general practitioners have for dealing with subjective memory impairment reported by patients?

Methodology: The thesis is based on a sequential exploratory mixed-method study. The first step was a qualitative exploration of the range of topics through narrative interviews and focus group discussions (Lamnek and Krell, 2016). Based on the qualitative material, items for a questionnaire were designed. The resulting questionnaire was sent out nationwide to a random selection of 1,000 general practitioners.

Results: On average, the GPs from the quantitative survey (response 62.3%) indicate that between 3 and 5 elderly patients per quarter mention SMI for the first time. Conceptually, more than $\frac{3}{4}$ of the GPs associate reported memory disorders with normal age-related forgetfulness, stress, depression and fear of dementia. About 50% of respondents (also) see a connection between SMI and (also) signs of dementia (precursor). The qualitative interviews also reveal an uncertainty because SMI is not a GP category; often it is not perceived as an independent concept, but is equated with the simple dementia yes/no dichotomy.

The majority of GPs (>90%) see themselves as the right contact person for memory problems, but less in diagnostics than in support. 89.2% of the surveyed GPs in the quantitative survey offer a referral to a neurologist/psychiatrist at reported SMI, 80.9% offer a memory test. In the case of memory disorders, GPs perceive that patients expect diagnostic measures (82.7%) and therapeutic recommendations (89.8%) from them, which exerts pressure (73.5%).

Discussion and conclusions: The sequential mixed-method approach allowed for a content-valid and, thanks to high response rates, representative nationwide survey to be conducted. The attitudes found sometimes differ significantly from the specialist concepts and draw attention to GP working methods and specifics. The results indicate a high rate of testing and referrals to SMI; at the same time, GPs often do not suspect neurological causes of SMI.

Note: For reasons of better readability and uniformity (of the SMI-GP study documents), the masculine form is chosen for the designation of persons throughout the thesis. The female form is always included.

Abkürzungsverzeichnis

ADL/IADL	= Activities of Daily Living/ IADL, Instrumental Activities of Daily Living
AgeCoDe-Studie	= Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients- German Study
BBSR	= Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BMG	= Bundesministerium für Gesundheit
CCM	= Constant Comparative Methode
chs	= Centre for Health and Society
DEGAM	= Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DemTect	= Demenz-Detektions-Test
FGI	= FokusGruppen-Interview(s)
ID	= Identifikationsnummer
ifam	= Institut für Allgemeinmedizin
KBV	= Kassenärztliche Bundesvereinigung
KI	= Kognitive Interview(s)
KI	= Konfidenzintervall
LKB	= Leichte kognitive Beeinträchtigung
MAXQDA	= MAX Qualitative Data Analysis Software
MCI	= Mild Cognitive Impairment
MFA	= Medizinische Fachangestellte
MM	= Mixed-Methods
MMST	= Mini-Mental-Status-Test
MVZ	= Medizinische Versorgungszentren
NI	= Narrative Interview(s)
OR	= Odds Ratio
OTC	= Over-The-Counter Drug
SGB	= Sozialgesetzbuch
SMI	= Subjective Memory Impairment
SMI-GP	= Subjective Memory Impairment in elderly primary care patients: conceptions and approaches of General Practitioners (SMI-GP)
SPSS(a)	= Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren
SPSS(b)	= Statistik- und Analyse-Software
TPB	= Theory of Planned Behavior
WHB	= Wissenschaftliche Hilfskraft mit Bachelorabschluss
ZFA	= Zeitschrift für Allgemeinmedizin

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Das Verallgemeinerungsdesign „Exploratory Sequential Design“.....	11
Abb. 2:	Joint Display zur Absicht, Priorität und Integration der Methoden.....	13
Abb. 3:	Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Analyse der SMI-GP-Studie.....	27
Abb. 4:	Darstellung des Teilnehmerkollektivs der qualitativen Interviews mit Erhebung des Kurzfragebogens.....	34
Abb. 5:	Legende des Knowledge Mappings	35
Abb. 6:	Knowledge Mapping zur Ergebnisdarstellung der qualitativen Interviews	36
Abb. 7:	Definierte Aspekte zum Vorgehen der Item-Generierung im SMI-GP-Projekt	61
Abb. 8:	Beispielauszug eines generierten Items zum Thema Konzept	61
Abb. 9:	Theorie des geplanten Verhaltens (TPB Ajzen), angewandt auf die SMI-GP-Studie	67
Abb. 10:	Darstellung des Layouts und der Struktur des SMI-Fragebogens	76
Abb. 11:	Antwortskelett des SMI-Fragebogens.....	77
Abb. 12:	Drei Hauptstrategien zur Erhöhung des Rücklaufs einer schriftlichen Befragung	85
Abb. 13:	Leverage-Salience-Theorie nach Groves et al.	87
Abb. 14:	Briefumschlag der SMI-GP-Studie zur Versendung des Fragebogens.....	89
Abb. 15:	Corporate Identity für die Fragebogenversendung	90
Abb. 16:	Anschreiben mit der Darstellung der rücklauffördernden Merkmale	92
Abb. 17:	Joint Display: Regeln der Integration in den Bezugsrahmen.....	94
Abb. 18:	Zentrale Ergebnisse der kognitiven Interviews zur Modifizierung des Fragebogens	97
Abb. 19:	Ergebnisprozess der Integration zur Fragebogenversion	98
Abb. 20:	41 gekürzte Items und ihr thematischer Bezug.....	106
Abb. 21:	Ergebnisdarstellung der Items (Fall I) des SMI-GP Fragebogens (Endversion)	112
Abb. 22:	Ergebnisdarstellung der Items (Fall II und Fall III) des SMI-GP-Fragebogens (Endversion)	113
Abb. 23:	Zusammenfassende definierte Ausschlusskriterien für die Befragung	124
Abb. 24:	Responserate der quantitativen Erhebung.....	138
Abb. 25:	Sozialdaten und Praxisdaten der Responder	142
Abb. 26:	Verteilungsmuster der hausärztlichen Einstellungen zum Thema Gedächtnis (Item-Block 1).....	143
Abb. 27:	Verteilungsmuster der hausärztlichen Vorgehensweise bei SMI (Item-Block 2).....	144
Abb. 28:	Verteilungsmuster der hausärztlichen Konzepte bei SMI (Item-Block 3).....	145
Abb. 29:	Verteilungsmuster zu Einschätzungen der Patientenbedürfnisse bei SMI (Item-Block 4).....	146
Abb. 30:	Verteilungsmuster bezüglich Einstellungen/Emotionen der Hausärzte bei SMI (Item-Block 5).....	147
Abb. 31:	Verteilungsmuster der hausärztlichen Bedarfe und Wünsche (Item-Block 6).....	148
Abb. 32:	Verteilungsmuster zu SMI-Häufigkeiten in der Hausarztpraxis (Item-Block 14b)	149

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Itembeispiele	2
Tabelle 2: SMI aus psychiatrischer/neurologischer Perspektive	4
Tabelle 3: Konzeptionen von SMI auf psychiatrischer und hausärztlicher Grundlage.....	6
Tabelle 4: Kriterien und Reporting Standards für Mixed-Methods-Studien	14
Tabelle 5: Einteilungsmaßstäbe der Städte nach Faktor	19
Tabelle 6: Verteilungsmuster der teilnehmenden Hausärzte für die narrativen Interviews nach Regionen und Faktorenuordnung.....	20
Tabelle 7: Kurzfragebogen zur Erfassung von Sozialdaten/Praxisdaten	25
Tabelle 8: W-Fragen des offenen Codierens.....	29
Tabelle 9: Zentrale Fragen zum Vorgehen der detaillierten Interpretation.....	30
Tabelle 10: Joint Display zur Darstellung der Integration im Bezugsrahmen	59
Tabelle 11: Suchbegriffe der Literaturrecherche	63
Tabelle 12: Kognitionspsychologische Annahmen für die Beantwortung von Items.....	69
Tabelle 13: Entwickelte Items für den Fragebogen Version kognitive Interviews	70
Tabelle 14: Beispielausschnitt zur Technik Retrieval Probing	80
Tabelle 15: Beispielausschnitt zur Technik Comprehension Probing	80
Tabelle 16: Beispielausschnitt zum Paraphrasing.....	80
Tabelle 17: Beispielausschnitt zur Prüfung mit der Technik Think aloud.....	81
Tabelle 18: Beispielausschnitt zur Prüfung von Category Selection Probing	81
Tabelle 19: Beispielausschnitt zur Prüfung von Category Selection Probing	81
Tabelle 20: Beispielausschnitt zur Prüfung von Confidence Rating	82
Tabelle 21: Beispielausschnitt der Datenmaske zur Übertragung der Antworten aus den kognitiven Interviews	83
Tabelle 22: Beispielausschnitt der Datenmaske zur Modifizierung des Fragebogens	84
Tabelle 23: Sozial- und Praxisdaten des Teilnehmerkollektivs der kognitiven Interviews	95
Tabelle 24: Ergebnisdarstellung der konzipierten Frageblöcke im SMI-GP-Fragebogen.....	100
Tabelle 25: Ergebnisdarstellung einheitliches und klares Präsentationsbild	101
Tabelle 26: Ergebnisdarstellung Änderung der Darstellung der Items	102
Tabelle 27: Ergebnisdarstellung Optische Unterscheidung zwischen Einfach- und Mehrfachantworten.....	103
Tabelle 28: Ergebnisdarstellung Skalierung	104
Tabelle 29: Ergebnisdarstellung Abänderung der Skalierung in Häufigkeitsangaben	105
Tabelle 30: Ergebnisdarstellung Abänderung der optischen Skalierung mit Fülleffekten	105
Tabelle 31: Ergebnisdarstellung sprachliche Modifizierung der verbalen Skalierung	106
Tabelle 32: Ergebnisdarstellung Reduktion der Items	107
Tabelle 33: Ergebnisdarstellung Lange und komplexe Fragen vermeiden.....	108
Tabelle 34: Ergebnisdarstellung doppelte Stimuli und Verneinungen vermeiden.....	109

Tabelle 35: 1. Umformulierungsbeispiel	109
Tabelle 36: 2. Umformulierungsbeispiel	110
Tabelle 37: 3. Umformulierungsbeispiel	110
Tabelle 38: 4. Umformulierungsbeispiel	110
Tabelle 39: Ergebnisdarstellung Integration neuer Items	111
Tabelle 40: Ergebnisdarstellung der Item-Ableitung mit Zitaten und der Theorie des geplanten Verhaltens	114
Tabelle 41: Darstellung der geschichteten Stratifizierung der Stichprobe.....	125
Tabelle 42: Vierfeldertafel der Teilstichprobe zur Messung der Wirkungseffekte	126
Tabelle 43: Verteilungsmuster der schriftlichen Befragung bezüglich Responder und Non-Responder	131
Tabelle 44: Vergleich Stichprobe vs. Grundgesamtheit	137
Tabelle 45: Gründe, die zur Nicht-Teilnahme geführt haben	139
Tabelle 46: Vergleich Responder versus Non-Responder	140
Tabelle 47: Rücklauf nach Incentive und Ankündigung	141
Tabelle 48: Vergleich der Teilnehmer mit spezialistischer Sicht mit allen anderen.....	150

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
1 Einleitung	1
1.1 Definition, Operationalisierung und Prävalenzen subjektiver Gedächtnisstörungen (SMI)	2
1.2 Rolle des Hausarztes beim Thema SMI.....	3
1.3 Bedeutung von SMI.....	4
1.4 Problematik einer rein spezialistischen Sicht für die Hausarztpraxis	5
1.5 Ziele dieser Dissertation	6
1.5.1 Exploration des Themenspektrums durch den qualitativen Forschungsansatz ..	6
1.5.2 Integration und Fragebogenerstellung	7
1.5.3 Quantitative Erhebung zur Exploration und Verallgemeinerung	8
1.6 Fragestellungen dieser Dissertation	8
1.6.1 Fragestellungen der qualitativen Erhebung (erste Teilstudie).....	8
1.6.2 Fragestellungen der Integration und Fragebogenerstellung	9
1.6.3 Fragestellungen der quantitativen Erhebung (zweite Teilstudie)	9
1.7 Die Studie SMI-GP	9
2 Methodik des Mixed-Methods-Ansatzes	11
2.1 Methodischer Aufbau: Absicht und Priorität der Mixed-Methods-Studie.....	12
2.2 Berücksichtigung von Reporting Standards.....	14
2.2.1 Good Reporting of A Mixed Methods Study (GRAMMS)	14
2.2.2 Definition wichtiger Begriffe der Dissertation	15
2.3 Literaturrecherche zum Forschungsstand	15
3 Methodik der qualitativen Erhebungen	17
3.1 Absicht und Zielsetzung der narrativen Interviews und Fokusgruppen	17
3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien des Studienkollektivs	18
3.1.2 Stichproben- und Rekrutierungsstrategien	18
3.1.3 Instrumente und Techniken der Datenerhebung.....	21
3.1.4 Zusätzliche Datenquellen für die qualitative Erhebung	24
3.1.5 Kurzfragebogen zur Erfassung von Sozialdaten/Praxisdaten.....	25
3.1.6 Datenverarbeitung: Transkriptionen der qualitativen Interviews	26
3.2 Datenanalyse und Auswertung der qualitativen Analyse	26
3.2.1 Explikation der sieben Auswertungsschritte der qualitativen Erhebung	27
3.2.2 Erster Auswertungsschritt: initiierende Textarbeit.....	27
3.2.3 Zweiter Auswertungsschritt: offenes Codieren im multiprofessionellen Team	28
3.2.4 Dritter Auswertungsschritt: Investigator Triangulation	30
3.2.5 Vierter Auswertungsschritt: Codierung und Analyse des Textmaterials	31
3.2.6 Fünfter Auswertungsschritt: Codierung und Analyse des gesamten Materials	31
3.2.7 Sechster Auswertungsschritt: qualitative Inhaltsanalyse.....	31
3.2.8 Siebter Arbeitsschritt: Präsentation der Ergebnisse zur Prüfung der Intercoder-Reliabilität	32

4	Qualitative Ergebnisse	33
4.1	Teilnehmerkollektiv der narrativen Interviews und Fokusgruppen	33
4.2	Aufbau der qualitativen Ergebnisse und des Knowledge Mappings	35
4.2.1	Knowledge Mapping zur Ergebnisdarstellung der qualitativen Interviews	36
4.3	Fallunterscheidung von Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen	37
4.4	Konzepte der Hausärzte von SMI	38
4.5	Einstellungen der Hausärzte bezüglich SMI	40
4.6	Kommunikation der Hausärzte bei SMI	41
4.7	Unsicherheit der Hausärzte bei SMI	43
4.8	Hausärztliche Rolle im Bezug auf SMI	44
4.9	Handlungsstrategien der Hausärzte bei SMI.....	44
4.10	Wünsche und Bedarfe der Hausärzte	48
5	Diskussion des qualitativen Ansatzes	50
5.1	Diskussion der qualitativen Ergebnisse	50
5.2	Qualität und Limitationen der qualitativen Daten	54
6	Integration und Fragebogenkonstruktion	58
6.1	Definition Fragebogen und Zielsetzung des Fragebogens	58
6.2	Spezifische Herausforderung des Verallgemeinerungsdesigns bei der Integration	59
6.3	Vorgehen zur Themenableitung und Festlegung der Kategorien aus den qualitativen Interviews	60
6.4	Literaturrecherche zu bestehenden Fragebögen.....	62
6.5	Vorgehen zur ersten Fragebogenentwicklung im SMI-GP-Team	65
6.6	Theorien und Regeln zur Integration	66
6.6.1	Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) nach Ajzen	66
6.6.2	Kognitionspsychologische Grundlagen der Befragung	68
6.6.3	Mikroplanung des Fragebogens	69
6.6.4	Makroplanung des Fragebogens	75
6.7	Kognitive Interviews.....	77
6.7.1	Rekrutierungsstrategie.....	78
6.7.2	Vorgehen bei der Durchführung.....	78
6.7.3	Angewandte Techniken.....	79
6.7.4	Vorgehen bei der Auswertung.....	82
6.8	Rücklauferhöhende Maßnahmen	84
6.8.1	Berücksichtigung theoretischer Erklärungsmodelle für eine Rücklauferhöhung	86
6.8.2	Maßnahmen zur Rücklauferhöhung in der SMI-GP-Studie	88
6.9	Integration durch die Verknüpfung der kognitiven Interviews und des Bezugsrahmens .	93
7	Ergebnisse des Integrationsprozesses	95
7.1	Ergebnisse des Pretests – Teilnehmerkollektiv.....	95
7.2	Ergebnisse des Pretests – Gesamteindruck der Interviewteilnehmer.....	96
7.3	Ergebnisse des Integrationsprozesses	97
7.3.1	Layout, Optik, Item-Anordnung.....	98
7.3.2	Aufbau und Rangfolge der Frageblöcke.....	99
7.3.3	Modifizierung des Präsentationsbildes und der Darstellungen	101

7.3.4	Modifizierung der Skalierung	103
7.3.5	Reduktion von Items	106
7.3.6	Sprachliche Modifizierung	107
7.4	Items des SMI-GP-Fragebogens (Endversion)	112
7.5	Ergebnisdarstellung der Item-Ableitung mit Zitaten und der Theorie des geplanten Verhaltens	114
8	Diskussion der Integration	116
8.1	Qualität der Mixed-Methods-Studie und der Integration	116
8.2	Diskussion der Ergebnisse der kognitiven Interviews	119
8.3	Qualität und Limitationen der Vorgehensweise der gewonnenen Daten der kognitiven Interviews	119
8.4	Welche weiteren Erkenntnisse wurden durch das Mischen oder Integrieren gewonnen?	121
9	Methodik des quantitativen Ansatzes.....	122
9.1	Beschreibung der Stichprobe und Vorgehen zum Erhalt der Sozialdaten aus dem Bundesarztreger	122
9.2	Vorbereitung für die postalische Versendung.....	125
9.2.1	Vorgehensweise zur Effektmessung der Teilstichprobe	126
9.2.2	Vorgehen vom unausgefüllten zum ausgefüllten Fragebogen	126
9.2.3	Datenvorbereitung und Datenaufbereitung der Fragebögen	131
9.2.4	Vorgehen der Datenauswertung der quantitativen Befragung	135
9.2.5	Identifikation einer tendenziell spezialistisch geprägten Einstellung unter den befragten Hausärzten	135
10	Ergebnisse der quantitativen Erhebung.....	137
10.1	Vergleich der gezogenen Stichprobe mit der Grundgesamtheit	137
10.2	Rücklauf.....	138
10.2	Non-Responder-Analyse.....	139
10.3	Ergebnisse der Effekte der telefonischen Ankündigung und Art des Incentives	141
10.4	Ergebnisse der Sozialdaten und Praxisdaten der Fragebogenteilnehmer.....	142
10.5	Hausärztliche Einstellungen zum Thema Gedächtnis (Item-Block 1).....	143
10.6	Hausärztliche Vorgehensweise bei SMI (Item-Block 2)	144
10.7	Hausärztliche Konzepte von SMI (Item-Block 3)	145
10.8	Hausärztliche Einschätzung der Patientenbedürfnisse bei SMI (Item-Block 4).....	146
10.9	Hausärztliche Einstellungen und Emotionen bei SMI (Item-Block 5)	147
10.10	Hausärztliche Bedarfe und Wünsche zum Thema SMI (Item-Block 6)	148
10.11	Vorkommen von SMI in der Hausarztpraxis (Item 14b)	149
10.12	Häufigkeit einer spezialistisch geprägten Sicht auf SMI	150
11	Diskussion des quantitativen Ansatzes	151
11.1	Diskussion der quantitativen Daten	151
11.2	Diskussion der Qualität der quantitativen Teilstudie.....	153
11.3	Limitationen der quantitativen Teilstudie.....	155

12 Abzuleitende Handlungsbedarfe	157
13 Schlussfolgerungen	159
14 Literaturverzeichnis	162
15 Anhang.....	175

1 Einleitung

Subjektive Gedächtnisstörungen treten bei älteren Menschen häufig auf (Jessen et al., 2007). Unter Subjektiven Gedächtnisstörungen (**Subjective Memory Impairment, SMI**) wird die Selbstwahrnehmung verstanden, dass die eigene Gedächtnisleistung abnimmt oder unterhalb einer Norm liegt, unabhängig von der objektiv messbaren Gedächtnisleistung (Jessen et al., 2007). Zahlreiche ältere Hausarztpatienten machen sich aufgrund dieser SMI Sorgen um ihr Gedächtnis (SMI + Sorgen). In der AgeCoDe-Studie, einer deutschen multizentrischen Kohortenstudie, gaben rund 50 % der 3.327 befragten Hausarztpatienten zwischen 75 und 89 Jahren ein im eigenen Empfinden nachlassendes Gedächtnis an. Explizit Sorgen über ihr Gedächtnis machten sich ca. 17 % der Befragten (Jessen et al., 2010). SMI verbunden mit Sorgen gelten als unabhängiger Risikofaktor für eine spätere Demenzentwicklung (Jessen et al., 2010). Prognostisch erhöht sich das Risiko um das 6,5-Fache für eine Demenz (Alzheimer) innerhalb von drei Jahren, wenn das Gefühl eines nachlassenden Gedächtnisses vorliegt (Jessen et al. 2010; 2014). Als erster Ansprechpartner bei Gedächtnisstörungen und Demenz gilt für die meisten älteren Menschen der Hausarzt bzw. die Hausärztin (Luck et al., 2012; Phillipson et al., 2015; Werner, 2003). Aus neurologischer und psychiatrischer Perspektive werden subjektive Gedächtnisstörungen international intensiv beforscht sowie Konzepte und Methoden entwickelt. In der internationalen SMI-Arbeitsgruppe besteht jedoch keine allgemeinmedizinische Beteiligung (Jessen et al., 2014). Die Sicht der Hausärzte wird bisher nicht berücksichtigt, obwohl Hausärzte im Alltag den meisten Kontakt mit älteren Menschen haben (Harmand et al., 2018; Linden et al., 1997; Schers et al., 2005). Bislang ist unklar, ob Hausärzte an den subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisstörungen interessiert sind, was sie darüber denken, ob und wie sie auf Klagen der Patienten reagieren (<http://www.uniklinik-duesseldorf.de>). Auch wenn vereinzelte Hinweise auf Heuristiken bei subjektiven Gedächtnisstörungen zu finden sind (Iliffe und Wilcock, 2005), konnten spezifische hausärztliche SMI-Konzepte und -Umgangsstrategien in der Literatur noch nicht identifiziert werden. Somit soll die Studie „*Subjective Memory Impairment in elderly primary care patients: conceptions and approaches of General Practitioners (SMI-GP)*“ diese Lücke schließen und die hausärztliche Perspektive zum Thema SMI erstmalig und mit ausführlicher Methodik darstellen.

Somit liegt für die Fragestellung der Zielgruppe kein quantitatives Erhebungsinstrument vor. Deshalb wird der exploratorische sequenzielle Mixed-Methods-Ansatz angewandt (Creswell und Creswell, 2018), indem das Themenfeld zunächst qualitativ erschlossen und anschließend auf Basis der qualitativen Daten ein quantitatives Erhebungsinstrument entwickelt wird (Baur et al., 2017; Kuckartz, 2014). In den letzten Jahren zeichnet sich ein Trend hin zur Anwendung von Mixed-Methods-Ansätzen in der Versorgungsforschung ab, um komplexe gesundheitsbezogene Themen zu untersuchen (Niederberger und Peter, 2018). Verschiedenste Publikationen, Methoden und Lehrbücher zum Mixed-Methods-Ansatz untermauern diesen Trend und die zunehmende Bedeutung (Baur et al., 2017; Creswell und Plano Clark, 2018; Halcomb und Hickman, 2015; Niederberger und Peter, 2018). In vielen Fachbüchern werden die Designtypen und -arten eines Mixed-Methods-Ansatzes genau beschrieben (Creswell et al.,

2004; Creswell, 2015; Creswell und Plano Clark, 2018; Kuckartz, 2014). Wie jedoch eine konkrete Ausgestaltung und Umsetzung insbesondere im Bereich der Integration z. B. von qualitativen Daten in quantitativen Daten erfolgen kann, ist oft unklar und schwer fassbar (Burzan, 2016; Kaur et al., 2019; O’Cathain et al., 2008). Denn die genaue inhaltliche Ausgestaltung der Integration der Daten oder Ergebnisse hängt stark vom Forschungsprojekt ab; hierfür steht kein konkretes Werkzeug zur Verfügung. Somit werden verfahrenstechnische Aspekte einer Forschungsmethode oft in den Vordergrund gestellt, jedoch die konzeptionelle Herausforderung der Integration von Mixed-Methods-Studien nicht beachtet bzw. oft nicht transparent offengelegt oder nicht gut beschrieben (Burzan, 2016; Kaur et al., 2019). Wichtig wären anschauliche tabellarische oder grafische Darstellungen (Joint Displays) oder genaue Erklärungen, wie z. B. die Kombination und Integration innerhalb einer Studie erfolgt (Burzan, 2016; Guetterman et al., 2015). Somit soll diese Dissertation eine Möglichkeit aufzeigen, wie am Beispiel der SMI-GP-Studie die Integration erfolgen kann. Die sinnvolle Integration qualitativer und quantitativer Daten ist nach wie vor schwer fassbar und muss noch weiter entwickelt werden.

1.1 Definition, Operationalisierung und Prävalenzen subjektiver Gedächtnisstörungen (SMI)

Unter Subjective Memory Impairment (SMI) wird die Selbstwahrnehmung verstanden, dass die eigene Gedächtnisleistung abnimmt oder unterhalb einer Norm liegt, unabhängig von der objektiv messbaren Gedächtnisleistung (Jessen et al., 2007). In der vorliegenden Arbeit wird die Abkürzung SMI für „subjektive Gedächtnisstörungen“ verwendet. Aus neurowissenschaftlicher Perspektive wird statt SMI neuerdings die Abkürzung SCI für „Subjective Cognitive Impairment“ verwendet (Desai und Schwarz, 2011). Die internationale Arbeitsgruppe SCD-I nutzt den Begriff SCD (Subjective Cognitive Decline) (Jessen, 2019). Beide Begriffe erweitern den Bereich der subjektiv betroffenen kognitiven Domänen und beziehen neben dem Gedächtnis auch wahrgenommene Beeinträchtigungen z. B. der Aufmerksamkeit, Wortfindung oder Orientierung mit ein. Da jedoch (für Betroffene wie für Hausärzte) die Domäne Gedächtnis im Rahmen der kognitiven Selbstwahrnehmung zumeist im Vordergrund steht, wird in dieser Arbeit der o. g. Begriff verwendet.

Es gibt keine Standards der Operationalisierung von SMI. Vielmehr liegen vielfältige Operationalisierungen vor (Abdulrab und Heun, 2008). Rabin et al. (2015) berichten aus 19 Studien von 34 eingesetzten Instrumenten mit insgesamt 380 Gedächtnisitems. In der folgenden Tabelle werden exemplarisch drei häufig verwendete Items präsentiert (Abdulrab und Heun, 2008; Rabin et al., 2015).

Tabelle 1: Itembeispiele

Beispiele aus Studien zur Operationalisierung
„Meinen Sie, dass Ihr Gedächtnis schlechter geworden ist?
„Wie gut erinnern Sie sich an Namen enger Freunde und Verwandter?“
„Haben Sie das Gefühl, Ihr Gedächtnis wird schlechter?“

(Abdulrab und Heun, 2008; Rabin et al., 2015)

Die Häufigkeit von SMI ist abhängig von der Altersgruppe, dem Setting und der Operationalisierung (Abdulrab und Heun, 2008). In einer deutschen Stichprobe aus 3.327 Hausarztpatienten zwischen 75 und 89 Jahren (AgeCoDe-Studie) wurde gefragt: „Haben Sie das Gefühl, Ihr Gedächtnis wird schlechter?“ Wenn die Probanden dieser Frage zugestimmt hatten, wurde anschließend nach den Sorgen gefragt. 17 % der Befragten gaben an, subjektive Gedächtnisstörungen mit Sorgen zu haben, und 42 % nahmen Gedächtnisstörungen wahr, jedoch ohne Sorgen. In derselben Stichprobe gaben nur 7,1 % das Gefühl an, mehr Gedächtnisprobleme zu haben als die meisten Altersgenossen, was auf große Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit von der verwendeten Operationalisierung hinweist. In der Altersgruppe über 64 Jahre wurden Prävalenzraten zwischen 25 % und 50 % beschrieben (Jonker et al., 2000). Larrabee und Crook (Larrabee und Crook, 1994) fanden einen Anstieg von 43 % in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen auf 88 % bei den über 85-Jährigen (Larrabee und Crook, 1994).

1.2 Rolle des Hausarztes beim Thema SMI

Ältere Menschen sind beispielsweise aufgrund von chronischen Erkrankungen häufig in regelmäßiger hausärztlicher Versorgung. Die oft jahrelange regelmäßige hausärztliche Versorgung durch die Primärmediziner und damit verbundene Kontinuität führt oft zu einer engen Arzt-Patienten-Beziehung. Zudem fungieren Hausärzte oft als Familienmediziner. Somit verfügt der Hausarzt oft über wertvolle biografische und soziale Informationen, die bei Entscheidungen über die Behandlung und Diagnostik genutzt und integriert werden können (Gulbrandsen et al., 1998).

Hausärzte werden in der Regel als wichtigste Ansprechpartner älterer Menschen im Gesundheitswesen wahrgenommen (Linden et al., 1997; Schers et al., 2005). Demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass Menschen, die subjektive Gedächtnisstörungen (SMI) wahrnehmen, am ehesten ihren Hausarzt ansprechen und sich von ihm beraten lassen wollen (Werner, 2003, 2004). Dies untermauert auch eine repräsentative Stichprobe in der deutschen Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter. Darin gaben mehr als zwei Drittel der Teilnehmer an, dass sie bereit wären, eine frühzeitige Demenzdiagnostik durchführen zu lassen. Von diesen zwei Dritteln gaben wiederum 62 % an, dass sie ihren Hausarzt als erste professionelle Hilfe bevorzugen würden, gefolgt von Neurologen (19 %), spezialisierten Dienstleistern wie Gedächtniskliniken (15 %) und Psychiatern (2 %) (Luck et al., 2012). Die Patientengruppe, die eher eine Gedächtnisklinik oder Gedächtnisambulanz, eine sogenannte Memory Clinic, zuerst kontaktieren würde, ist jüngeren Alters und eine Bevölkerungsgruppe, die mit höherem Bildungsniveau und sozioökonomischem Niveau assoziiert ist (Philpot und Levy, 1987; Streams et al., 2003). Gleichwohl ist bekannt, dass bei SMI tatsächlich nur eine Minderheit der älteren Menschen Hilfe aufsucht und den Arzt/Hausarzt aktiv auf Gedächtnisprobleme anspricht (Archer et al., 2015; Begum et al., 2012). In einer Studie waren es 19 % der Befragten (Waldorff et al., 2008) und in einer anderen Studie 26 % der Befragten, die tatsächlich den Hausarzt ansprechen (Jorm et al., 2004). In zwei weiteren Studien gaben 40–66 % der älteren Patienten zu, SMI zu haben, wenn sie explizit gefragt wurden. Jedoch hatte fast kein

Befragter spontan selbst SMI beim Hausarzt angesprochen (Begum et al., 2012; Hanzevacki et al., 2011). Es sind mehrere Gründe denkbar, warum die Patienten den Hausarzt nicht ansprechen, z. B. um nicht als überbesorgter Patient eingestuft zu werden (Iliffe und Pealing, 2010), „bei Gedächtnisstörungen gibt es keine hilfreichen Maßnahmen“ oder „Hausärzte sind zu beschäftigt“ (Begum et al., 2012).

1.3 Bedeutung von SMI

Prognostisch zeigt sich ein erhöhtes Risiko für eine kognitive Beeinträchtigung und für eine spätere Entwicklung einer Demenz. Liegt das Gefühl einer nachlassenden und altersgemäß unterdurchschnittlichen Gedächtnisleistung vor mit gleichzeitigen Gedächtnisstörungen, so besteht ein erhöhtes Risiko für eine spätere Demenz. Laut Jessen et al. (2010; 2014) wird ein 6,5-fach höheres Risiko für die Entwicklung einer Alzheimerdemenz innerhalb von drei Jahren beschrieben. Die soziodemografischen Variablen, die mit SMI assoziiert sind, sind ein höheres Alter, das weibliche Geschlecht und ein niedriger Bildungsstand (Jessen et al., 2007; Jonker et al., 2000).

Des Weiteren werden eine schlechtere Lebensqualität, körperliche Gesundheitsprobleme, geringe wahrgenommene Selbstwirksamkeit, geringes Selbstwertgefühl und hoher Narzissmus mit SMI in Verbindung gebracht (Comijs et al., 2002; Reid und MacLullich, 2006).

Die spezialistische Perspektive zu SMI

Die spezialistische Perspektive bedeutet im Kontext von SMI die Sichtweise von Neurologen und Psychiatern. In der folgenden Tabelle wird die Relevanz von SMI aus dieser Perspektive zusammengefasst.

Tabelle 2: SMI aus psychiatrischer/neurologischer Perspektive

SMI aus psychiatrischer/neurologischer Perspektive: Begründung, warum SMI ernst genommen werden sollte:
SMI kann emotionale Belastung verursachen, weil den Patienten der Rückgang (und dessen Bedeutung) der mentalen Fähigkeiten bewusst ist.
SMI-Patienten könnten unnötige und potenziell schädliche OTC-Ergänzungen ¹ konsumieren, die zur Förderung des Gedächtnisses angekündigt werden.
SMI-Patienten könnten ihr Fahrverhalten und das Finanzmanagement verändern/einschränken, um Fehler zu vermeiden.
SMI kann die regelmäßige Einhaltung von Medikationen beeinträchtigen.
SMI kann ein frühes Anzeichen einer Demenz sein.
Die Sorge der SMI-Patienten aufgrund der selbst wahrgenommenen Gedächtnisverluste könnte ein Prädiktor für eine Demenz sein.
SMI kann zur vorzeitigen Vorsorge bezüglich eines Pflegeplatzes/Pflegeheim genutzt werden.
Die Ansprache oder Gespräch über SMI gibt Gesundheitsdienstleistern die Möglichkeit, Angst oder Depressionen aufzugreifen, die oft mit SMI einhergehen.
Durch das Herausfinden möglicher Ursachen von SMI können reversible Erkrankungen aufgedeckt werden, die behandelt werden können.

(Desai und Schwarz, 2011)

¹ OTC = Over-the-counter drug = rezeptfrei erhältliche Medikamente.

Wie erwähnt, würde ein großer Teil in der deutschen Allgemeinbevölkerung eher professionelle Hilfe beim Hausarzt zum Thema annehmen (Luck et al., 2012). Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen, Operationalisierungen und Kriterien sowie der komplexen Zusammenhänge von SMI bezüglich einer Depression und sich entwickelnden Demenz wurde die Arbeitsgruppe Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) gebildet (Jessen et al., 2014; Jessen, 2019). Ziel dieser SCD-I-Gruppe ist es, eine einheitliche Terminologie festzulegen und Forschungskriterien herauszuarbeiten. In dieser Arbeitsgruppe besteht jedoch keine allgemeinmedizinische Beteiligung. Auch wenn sich die SCD-I-Gruppe auf SMI als Forschungsschwerpunkt konzentriert, wird bislang die Sicht der Allgemeinmediziner nicht berücksichtigt (Pentzek, Leve und Leucht, 2017a).

1.4 Problematik einer rein spezialistischen Sicht für die Hausarztpraxis

Mild Cognitive Impairment (MCI) wird als psychiatrisches Konstrukt wegen seiner schlechten Validität und unpraktischen Operationalisierung in der Allgemeinmedizin kritisiert (Kaduszkiewicz et al., 2014; Stewart, 2012). Aus methodischen Gründen wurde eine Trennung des SMI vom MCI gefordert (Mitchell, 2008). Dennoch sollte SMI als eigenständiges Symptom bestehen bleiben, im allgemeinmedizinischen Praxisalltag ernst genommen und nicht nur als Problem der „überbesorgten Patienten“ gesehen werden (Iliffe und Pealing, 2010). Bisher gibt es keine fundierte Forschung zu den Einstellungen, Vorstellungen und Reaktionen der Hausärzte gegenüber dem SMI. Inwiefern SMI ein nützliches Konstrukt in der Allgemeinmedizin sein kann, ist bislang unklar. Fraglich ist, welche psychiatrischen Kriterien im Hausarztumfeld eine Rolle spielen und welche Diskrepanzen auftreten. Deshalb ist es bedeutsam, die Einstellungen und Konzepte aus der hausärztlichen Perspektive zu eruieren und in ihren Wechselwirkungen zu verstehen. Insbesondere zwei Aspekte lassen ein tieferes Verständnis und Handeln bei SMI in der Hausarztpraxis notwendig werden:

Erstens wird SMI immer mehr zum Bestandteil der hausärztlichen Aufgabe werden (Pentzek et al., 2017a): Durch den demografischen Wandel und den damit verbundenen Anstieg der Fälle von Demenz hat das Thema Demenz in den letzten Jahren deutlich mehr Raum in der Öffentlichkeit eingenommen. Durch die wachsende Aufmerksamkeit wiederum zum Thema Demenz hat das Thema SMI somit noch mehr an Bedeutung gewonnen (Begum et al., 2012; Jessen et al., 2007). Die starken Hinweise aus prospektiven Studien, dass Patienten mit SMI ein erhöhtes Risiko für zukünftige Demenz haben (AgeCoDe: (Jessen et al., 2010) und dass Hausärzte als erste Ansprechpartner wahrgenommen werden (Werner, 2003/2004; Luck et al., 2012), verdeutlichen die Notwendigkeit der Forschung aus der allgemeinmedizinischen Perspektive. Denn eine moderne, patientenorientierte Allgemeinpraxis sollte solche Patientenbedürfnisse und Ängste wertschätzend berücksichtigen (Pentzek et al., 2017a).

Zweitens kann der diagnostische und prognostische Wert von SMI bei der Erkennung (und Vorhersage) von Demenzfällen in der Hausarztpraxis helfen (Pentzek et al., 2017a). Durch den regelmäßigen Kontakt zum Hausarzt und das Hintergrundwissen zu SMI könnten Beobachtungen im Verlauf erfolgen, indem

Kriterien und Wissen zu SMI berücksichtigt wird und somit frühzeitig Patienten identifiziert werden. Pentzek et al. (2017a) beschreiben die psychiatrischen und hausärztlichen Ansätze wie folgt:

Tabelle 3: Konzeptionen von SMI auf psychiatrischer und hausärztlicher Grundlage

Gegenüberstellung der psychiatrischen und der hausärztlichen Perspektive		
	Psychiatrische Perspektive	Hausärztliche Perspektive
Vorherrschendes Konzept	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SMI = Risikofaktor für eine Demenz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Kognition ist im Allgemeinen eher von geringerer Relevanz. ▪ Möglicherweise ist SMI relevant im Rahmen eines erweiterten Frailty-Konzepts. ▪ SMI ist u. U. relevant als explizite Beschwerde oder als Grund für eine Konsultation.
Konsequenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SMI wird einbezogen als Kriterium für MCI oder als separater Risikofaktor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht bekannt; einzelne Heuristiken und Faustregeln sind beschrieben.
Operationalisierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch Fragebögen (mit multiplen Items) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht bekannt, weil Beschwerden in der Hausarztpraxis meist mündlich in der Arzt-Patienten-Kommunikation vorgetragen werden. ▪ Es wird angenommen, dass Hausärzte interviewbasierte Maßnahmen gegenüber Fragebögen bevorzugen.
Forschungsschwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SMI-Differenzierung mit dem Ziel, Demenz vorherzusagen zu können 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Schwerpunkt konnte identifiziert werden; einzelne Arbeiten zur Prävalenz von SMI und Beschwerden in der Primärversorgung liegen vor.

(Pentzek et al., 2017a)

Ein wissenschaftliches Konstrukt ohne Einbeziehung der Zielgruppe – hier der Hausärzte – hat keine Chance, im Praxisalltag Anwendung zu finden. Daher ist die Beteiligung der Hausärzte an der Entwicklung des SMI-Konstrukts dringend erforderlich und eine Voraussetzung für die Umsetzung (Pentzek et al., 2017a).

1.5 Ziele dieser Dissertation

Die Dissertation basiert auf einem exploratorischen sequenziellen Mixed-Methods-Ansatz (Kuckartz, 2014). Dieser Ansatz untergliedert sich in drei Schritte: (1) Zunächst wird im Rahmen einer qualitativen Erhebung das Themenspektrum exploriert (erste Teilstudie). (2) Auf dieser Basis erfolgt die Integration der Daten der qualitativen Teilstudie mit theoretischen Überlegungen in ein quantitatives Erhebungsinstrument. (3) Abschließend folgt die quantitative Erhebung (zweite Teilstudie). Diese Ziele werden in den folgenden Abschnitten konkretisiert.

1.5.1 Exploration des Themenspektrums durch den qualitativen Forschungsansatz

Das primäre Ziel der Forschungsstudie und der Dissertation in der ersten Teilstudie ist die Erschließung des Themengebietes. Erstmalig sollen die Konzepte und Vorgehensweisen aus der hausärztlichen Perspektive bei SMI qualitativ eruiert und dargestellt werden. Im Sinne des normativen Paradigmas sollen

insbesondere Ursachen und Wechselwirkungen (Lamnek und Krell, 2016; Reichertz, 2016) der angewendeten Umgangsstrategien und Konzepte bei SMI in der Primärversorgung phänomenologisch verstanden und dargestellt werden. Durch das qualitativ gewonnene Datenmaterial sollen die Fragen und Ideen der Spezialisten durch Konzepte und Einstellungen von Allgemeinmedizinern komplettiert werden.

Vorgehensweise

- (1) Durchführung von drei bis fünf Fokusgruppen (je nach theoretischer Sättigung) und zehn bis zwölf narrativen Interviews (je nach theoretischer Sättigung) (Gläser und Laudel, 2009) mit Hausärzten zur Exploration des Themengebietes.
- (2) Siebenstufiges Analyse-Auswertungsverfahren zur Explikation des qualitativen Materials. Hierzu erfolgen u. a. Auswertungssitzungen und das offene Codieren in multiprofessionellen Teams (Gläser und Laudel, 2009), die Codierung in MAXQDA (Rädiker und Kuckartz, 2019) und eine qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018) sowie die anschließende Ergebnisdarstellung der Einstellungen, Vorgehensweisen und Verhaltensmuster von Hausärzten.

1.5.2 Integration und Fragebogenerstellung

Das primäre Ziel der Integrationsphase ist die Entwicklung eines quantitativen Erhebungsinstruments zur Erfassung der Konzepte und Vorgehensweisen zum Thema SMI bei Hausärzten, weil es bislang kein Erhebungsinstrument für die Zielgruppe gibt.

Durch die Exploration des Themenpektrums anhand der zuvor durchgeführten qualitativen Interviews wurde Datenmaterial gewonnen, das als Basis für die Inhalte des Fragebogens dienen soll. Damit ein anwendungsorientierter Fragebogen für die Zielgruppe der Hausärzte entstehen kann, ist ein Ziel, dass die gewählten Themenschwerpunkte der Interviews als auch der dort gewählte Sprachduktus der Hausärzte berücksichtigt werden. Für die Transformation qualitativer Daten in ein quantitatives Erhebungsinstrument gibt es kein konkretes Werkzeug (Burzan, 2016). Die genaue inhaltliche Ausgestaltung der Integration hängt stark vom Forschungsprojekt ab (Burzan, 2016). Deshalb ist ein weiteres Ziel, transparente und praktikable Methoden und Verfahrensansätze zur Integration aufzuzeigen.

Vorgehensweise

- (3) Aus dem gewonnenen qualitativen Material werden Items generiert und ein vorläufiger Fragebogen zur Erhebung entwickelt. Dabei werden kognitionspsychologische Annahmen und Grundlagen der Fragebogenkonstruktion sowie die Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) von Ajzen (1991) berücksichtigt.
- (4) Es erfolgt eine Literaturrecherche zu bestehenden Items und passende Items werden in das zu entwickelnde Erhebungsinstrument integriert.

(5) Ein Pretest des Fragebogens soll durch kognitive Interviews (Prüfer und Rexroth, 2005) mit anschließender Auswertung und Modifizierung des Fragebogens erfolgen.

(6) Analyse und Anwendung verschiedener methodischer Maßnahmen, um eine hohe Rücklaufquote in der Hausarztpraxis zu erreichen.

(7) Die hausärztliche Perspektive und die wissenschaftliche Expertise werden stetig verknüpft und so die Daten und Ergebnisse integriert. Dazu erfolgen anschauliche tabellarische oder grafische Darstellungen (Joint Displays) (Guetterman et al., 2015) oder längere Erklärungen, wie z. B. die Explikation innerhalb des Bezugsrahmens. Hierfür ist ein mehrstufiges Vorgehen notwendig (Pentzek et al., 2012).

1.5.3 Quantitative Erhebung zur Exploration und Verallgemeinerung

Mit dem zuvor entwickelten Fragebogen (Schritt Integration) soll eine bundesweite schriftliche postalische Erhebung unter 1.000 Hausärzten erfolgen. Ziel dieser quantitativen Befragung ist es, die Identifikation und Verallgemeinerung von Einstellungen, professionellen Haltungen und Verhaltensintentionen von Hausärzten zu subjektiven Gedächtnisstörungen (SMI) ihrer Patienten bundesweit zu erfassen. Ein weiteres Ziel ist, zu erfassen, inwiefern sich die hausärztlichen Konzepte von der spezialistischen Sicht unterscheiden. Für die quantitative Erhebung soll eine Responserate von mindestens 30 % erreicht werden.

Vorgehensweise

(8) Das quantitative Erhebungsinstrument soll pseudonymisiert an eine Zufallsauswahl von 1.000 Hausärzten postalisch verschickt werden. Zuvor erfolgt hierfür eine Zufallsauswahl aus dem Datensatz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dem folgen zweier Reminderversendungen.

(9) Die Datenauswertung erfolgt in mehreren Schritten. In dieser Dissertation werden deskriptive Kennwerte auf Item-Ebene dargestellt sowie ein quantitativer Abgleich mit der spezialistischen Perspektive berechnet.

1.6 Fragestellungen dieser Dissertation

Die Fragestellungen untergliedern sich äquivalent zu den Zielsetzungen.

1.6.1 Fragestellungen der qualitativen Erhebung (erste Teilstudie)

- Welche Konzepte (Überzeugungen, Emotionen) haben Hausärzte von SMI?
- Welche Umgangsstrategien (Intentionen, Handlungen) verfolgen Hausärzte bei SMI?

1.6.2 Fragestellungen der Integration und Fragebogenerstellung

- Wie kann der Übergang (Integration) von qualitativ gewonnenen Daten zu einem quantitativen Fragebogen praktisch und methodisch transparent erfolgen? Welche Methodiken können miteinander kombiniert werden
- Welche Themenaspekte sind für den Fragebogen relevant?
 - Welche inhaltliche Priorisierung erfolgte durch die Zielgruppe selbst?
 - Welche Modifizierungsvorschläge ergeben sich aus den kognitiven Interviews und sollten beachtet werden?
- Wie kann eine hohe Rücklaufquote bei der Fragebogenerhebung erreicht werden?

1.6.3 Fragestellungen der quantitativen Erhebung (zweite Teilstudie)

- Wie verteilen sich diese Konzepte und Strategien in einer bundesweiten repräsentativen Befragung?
- Inwiefern unterscheiden sich die hausärztlichen Konzepte und die Konzepte der (Psychiater)?

1.7 Die Studie SMI-GP

Die Studie „Subjective Memory Impairment in elderly primary care patients: conceptions and approaches of General Practitioners (SMI-GP)“ wurde von Mai 2016 bis Mai 2018 von der Forschungskommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf gefördert (<https://www.uniklinik-duesseldorf.de>). Für weitere drei Monate (Juni bis Oktober 2018) erfolgte eine kostenneutrale Verlängerung. Die Studie kann den Fachrichtungen Hausarztmedizin, Grundlagenforschung der Allgemeinmedizin, Versorgungsforschung, Public Health sowie der Altersforschung und Kognitionsforschung zugeordnet werden. Begründet darin, dass aus spezialistischer Sicht SMI mit einem höheren Risiko für die Entwicklung von Demenzen gesehen wird (Jessen, 2019; Winblad et al., 2004), zählt das Thema weitestgehend auch zur Demenzforschung.

Für die SMI-GP-Studie liegt ein positives Ethikvotum der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit der Nummer 4848 und dem Förderzeichen 23/2015 vor. Antragssteller sowie Forschungs- und Projektleiter dieser Studie ist PD Dr. rer. nat. Michael Pentzek vom Institut für Allgemeinmedizin Düsseldorf (ifam) (<https://www.uniklinik-duesseldorf.de>). Wissenschaftliche Mitarbeiterin des ifam und Autorin dieser Dissertation ist Verena Leucht, die alle Hauptschritte der Studie durchgeführt hat. Hierzu zählte insbesondere die Feinplanung, Ausgestaltung und Umsetzung der Studie von der Rekrutierung der Teilnehmer der Interviews bis zur Datenerhebung. Des Weiteren hat sie alle Schritte der empirischen Methodik – je nach situativem Bedarf – unter Berücksichtigung der guten wissenschaftlichen Praxis modifiziert und verfeinert, stets in Absprache mit dem Forschungs- und Projektleiter Michael Pentzek.

Damit diese Studie umsetzbar war und gleichzeitig die Gütekriterien einer guten wissenschaftlichen Mixed-Methods-Studie einhält, wurden für einige Aspekte zusätzliche Expertisen und Unterstützungen

eingeholt, z. B. bei der Analyse der Interviews die Expertise von Prof. Dr. med. Stefan Wilm, Hausarzt und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin Düsseldorf (ifam). Ein offenes Codieren fand innerhalb des ifams in multiprofessionellen Teams statt, bestehend aus Wissenschaftlern mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund (Psychologie, Sozialwissenschaften, Gesundheitswissenschaften, Pflegewissenschaften) und mindestens einem niedergelassenen Hausarzt oder Arzt. Die Transkription der Interviews erfolgte durch eine externe Dienstleisterin. Die verblindete Dateneingabe wurde durchgeführt von Georg Schäfer als wissenschaftlicher Hilfskraft.

In der vorliegenden Dissertation wird in jedem Abschnitt kurz dargestellt, wer den jeweiligen Schritt durchgeführt hat. Eine Übersicht über die Personen, die die jeweiligen Schritte durchgeführt haben bzw. daran beteiligt waren, kann zudem den Tabellen A.1, A.2, A.3 im Anhang A entnommen werden.

2 Methodik des Mixed-Methods-Ansatzes

In diesem Kapitel wird die Methodologie der SMI-GP-Studie und dieser Dissertation beschrieben. Die empirische Forschungsstudie SMI-GP basiert auf dem Mixed-Methods-Ansatz. Dieser Ansatz wird verwendet, um alle Fragestellungen dieser Arbeit beantworten zu können.

Unter Mixed Methods wird im Anschluss an Kuckartz

„die Kombination und Integration von qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen des gleichen Forschungsprojekts verstanden. Es handelt sich also um eine Forschung, in der die Forschenden im Rahmen von ein- oder mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten sammeln. Die Integration beider Methodenstränge, d. h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen.“ (Kuckartz, 2014, S. 33).

Die Studie ist als Querschnittserhebung in einem zweistufigen Design angelegt worden. Zuerst erfolgt in einer ersten Teilstudie die Exploration des Themenspektrums durch qualitative Erhebungen und die anschließende Integration von qualitativen Daten in einer zweiten Teilstudie. Dieses Design wird in der folgenden Grafik skizziert und als Verallgemeinerungsdesign (Exploratory Sequential Design) bezeichnet (Creswell und Plano Clark, 2018).

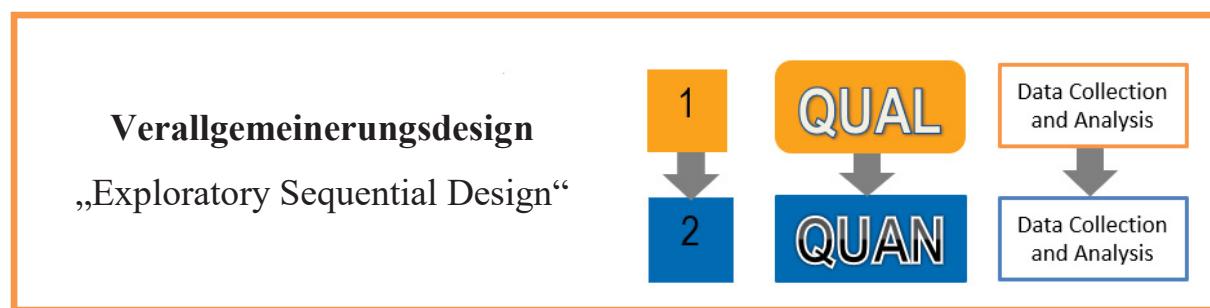


Abb. 1: Das Verallgemeinerungsdesign „Exploratory Sequential Design“
(eigene Darstellung Leucht, Pentzek)

In der Grafik wird das Notationssystem von Morse (1991) verwendet. „QUAL“ steht für den qualitativen und „QUAN“ für den quantitativen Forschungsansatz (Kuckartz, 2014). „Die Großschreibung von QUAL bzw. QUANT bedeutet jeweils, dass diese Methoden in der betreffenden Studie mehr Priorität besitzen bzw. ihnen ein stärkeres Gewicht zukommt“ (Kuckartz, 2014).

Wie die Abbildung zeigt, wird in der SMI-GP-Studie beides großgeschrieben; die beiden Studienteile (QUAL) und (QUAN) haben die gleiche Priorität (Kuckartz, 2014; Niederberger und Peter, 2018) und auch zeitlich wurden der qualitative und der quantitative Forschungsansatz mit gleicher Intensität durchgeführt.

Die Pfeile bedeuten, dass es eine sequenzielle Reihenfolge der Datenerhebung im SMI-GP-Projekt gegeben hat (Creamer, 2018; Kuckartz, 2014). Zudem verdeutlicht der Pfeil, an welcher Stelle die Integration erfolgt ist: Der qualitative Forschungsansatz ist in den quantitativen Forschungsansatz eingeflossen.

Wenn sequenziell erst der Forschungsstand qualitativ erschlossen wird und dann die quantitative Erhebung erfolgt, wird es dem Verallgemeinerungsdesign zugeordnet (Creamer, 2018; Creswell et al., 2004; Creswell und Plano Clark, 2018).

Die Grafikfarben beziehen sich auf die jeweilige Teilstudie. Die Farbe Orange steht in dieser Arbeit für den qualitativen Forschungsansatz, die graue Darstellung für die Integration und die blaue Farbe für die quantitative Erhebung. Zudem verdeutlicht die Abbildung, dass das Mixed-Design einphasig angelegt ist; aber es gibt auch mehrphasig angelegte Mixed-Methods-Designs (Kuckartz, 2014). Die Integration meint die Datenkombination; manchmal wird es auch Mixing genannt (Kuckartz, 2014) und erfolgt in dieser Studie basierend auf Daten (Datenauswertung) und Ergebnissen (Ergebnisse der kognitiven Interviews).

Der Begriff „Mixed Methods“ ist nicht gleichkommend mit dem Begriff „Triangulation“, auch wenn dies manchmal den Anschein erweckt (Kuckartz, 2014). Deshalb werden die Unterschiede kurz erläutert, weil beide Begriffe in dieser Dissertation verwendet werden. Der Begriff „Triangulation“ stammt aus der Vermessungskunde, deren Ziel die präzise Bestimmung der Position eines Objektes im dreidimensionalen Raum ist (Kuckartz, 2014). Bei der Triangulation werden mehrere Perspektiven betrachtet (Kelle, 2008; Kuckartz, 2014). Damit ist die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven bei der Beantwortung von Forschungsfragen gemeint (Flick et al., 2017). Bei der Triangulation, beispielsweise der Datentriangulation, werden unterschiedliche Datenquellen in einem Forschungsprojekt einbezogen. Dasselbe Phänomen wird zu verschiedenen Zeiten, an verschiedenen Populationen oder an verschiedenen Orten gemessen. Dabei bleibt die Erhebungsmethode immer gleich (Denzin, 2010; Kuckartz, 2014). Im Gegensatz zu Mixed-Methods-Studien werden somit nicht zwei Forschungsmethoden – qualitative und quantitative – angewandt und auch nicht in Form der Integration verknüpft (Burzan, 2016; Creswell und Plano Clark, 2018).

2.1 Methodischer Aufbau: Absicht und Priorität der Mixed-Methods-Studie

Die vorliegende Mixed-Methods-Studie unterteilt sich in viele Einzelschritte. Zur besseren Übersicht werden deshalb in der folgenden Abbildung die einzelnen Schritte dargestellt. Zudem werden für Mixed-Methods-Studien sogenannte Joint Displays gefordert (Creswell und Zhang, 2009; Guetterman et al., 2015), die in einer tabellarischen oder grafischen Darstellung die Integration der qualitativen und quantitativen Datenarten abbilden. Im folgenden Joint Display wird das gesamte Vorgehen dieser Studie abgebildet. Bei den orange hinterlegten Bausteinen handelt es sich um die Elemente der ersten Teilstudie, der qualitativen Erhebung. Die Pfeile zeigen den sequenziellen Verlauf an und stellen die anschließende Integration (graue Darstellung) dar. Die Bausteine der zweiten, quantitativen Teilstudie sind blau hinterlegt.

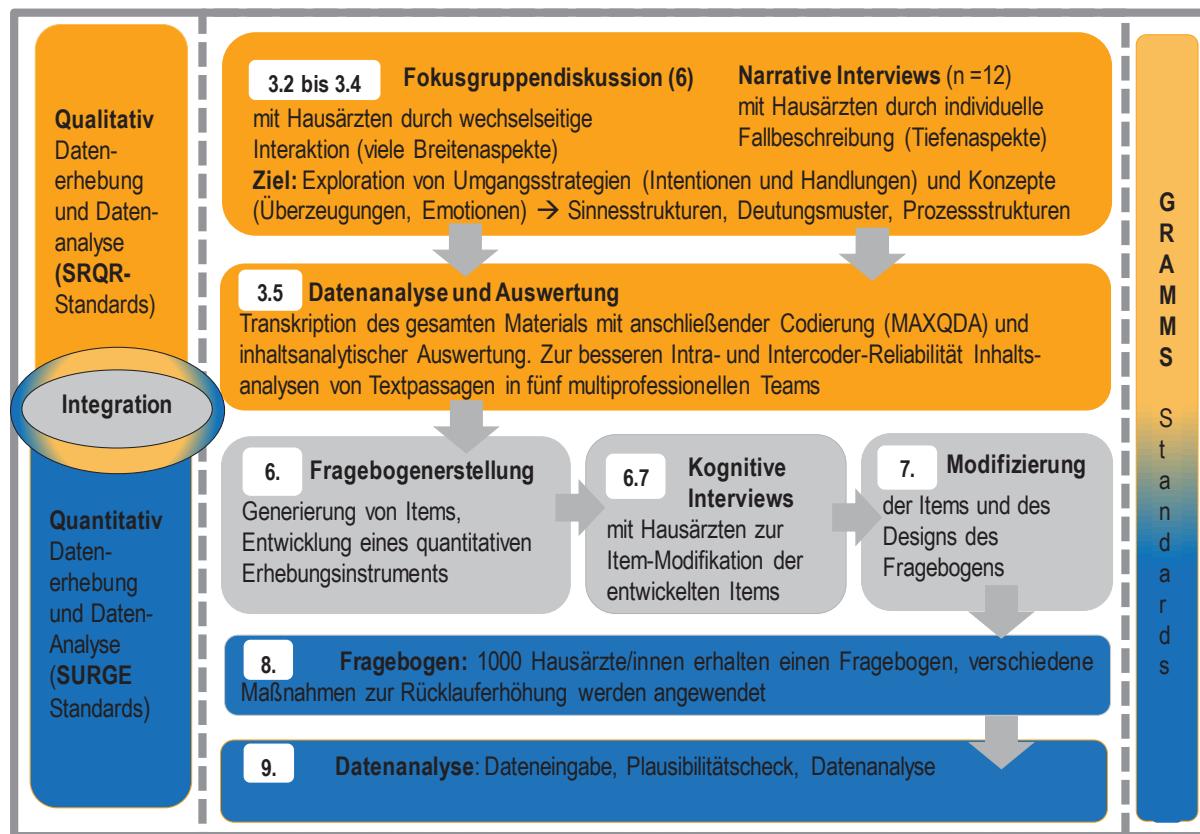


Abb. 2: Joint Display zur Absicht, Priorität und Integration der Methoden
(Pentzek et al., 2017a; eigene weitere Modifizierung)

Den äußeren Rahmen bilden die Reporting Standards, worauf in Abschnitt 2.2 und 2.2.2 Bezug genommen wird. Im 3. Kapitel wird das gesamte qualitative Vorgehen der ersten Teilstudie beschrieben. In diesem Kapitel wird die Rekrutierung der Teilnehmer bis zur Durchführung der Interviews und der Protokollierung sowie die qualitative Datenanalyse und -auswertung erörtert. Im 4. Kapitel folgt die qualitative Ergebnisdarstellung und in Kapitel 5 die Diskussion der qualitativen Ergebnisse. In Kapitel 6 wird das Vorgehen der Integration dargestellt. Dies bezieht sich auf die Integration der qualitativen Daten über die erste Erstellung des Fragebogens und die kognitiven Interviews bis hin zur Modifizierung und finalen Variante des Fragebogens. Anschließend erfolgen in Kapitel 7 die Ergebnisse des Integrationsprozesses und danach in Kapitel 8 die Diskussionen der Integration. In Kapitel 9 wird das methodische Vorgehen der quantitativen Teilstudie beschrieben. Dies umfasst unter anderem das Vorgehen zur Dateneingabe, die Plausibilitätsprüfung und die Beschreibung der Analysen. Anschließend folgen die Ergebnisdarstellungen (Kapitel 10) und die Diskussion der quantitativen Teilstudie (Kapitel 11). Im abschließenden 12. Kapitel erfolgt eine Gesamtdiskussion und die Ableitung von Handlungsbedarf. Die oben dargestellte Abbildung 4 wurde leicht variiert für die Darstellung des Studiendesigns bereits veröffentlicht (Pentzek et al., 2017a). Letztlich musste das Studiendesign zur Machbarkeit leicht modifiziert werden, weshalb auch die Abbildung angepasst wurde. Ursprünglich war neben den kognitiven Interviews ein quantitativer Pretest geplant, der aus Zeitgründen herausgenommen wurde. Zudem wurden die Farben und Gliederungspunkte an diese Dissertation angepasst.

Die qualitative und die quantitative Vorgehensweise der ersten und zweiten Teilstudie sowie die Integration werden ausführlich im jeweiligen Kapitel beschrieben. Neben der singulären Betrachtung wird stets versucht, das Mixed-Methods-Design im Blick behalten: So werden nicht nur einzelne Maßnahmen zur Integration wie beispielsweise die kognitiven Interviews beschrieben, sondern immer alle Schritte transparent innerhalb des Bezugsrahmens aufgezeigt (O'Brien, 2014; Burzan, 2016). Auf diese Weise werden die aufeinander aufbauenden Prozesse dargestellt, das sogenannte Level Mixing (Creswell und Plano Clark, 2018; Kuckartz, 2014). Damit die Integration möglichst fassbar und transparent ist, werden zur visuellen Darstellung Joint Displays mit aufgestellten Integrationsregeln dargestellt (Guetterman et al., 2015; O'Cathain et al., 2010).

2.2 Berücksichtigung von Reporting Standards

In der SMI-GP-Studie und der Dissertation werden die Reporting Standards berücksichtigt (<http://www.equator-network.org/>). Diese fließen zur strukturierten Darstellung in den Methodenteil ein.² Sie sind für die gute wissenschaftliche Praxis von Bedeutung und ihre Einhaltung wird von einigen internationalen Journals gefordert (<http://www.equator-network.org>). Für die qualitative Forschung (erste Teilstudie) werden die Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) angewendet (O'Brien et al., 2014) und für die quantitative Forschung (zweite Teilstudie) die SURvey Reporting GuidelinE (SURGE) (Bennett et al. 2010). Im Fokus stehen die GRAMMS (Good Reporting of A Mixed Methods Study), die sich auf die Standards für Mixed-Methods-Studien beziehen (O'Cathain et al., 2008; 2010). Zudem wird noch zur Gesamteinordnung der Mixed-Methods-Studie das „Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)“ herangezogen (Hong et al., 2018).

2.2.1 Good Reporting of A Mixed Methods Study (GRAMMS)

Um die wissenschaftlichen Standards des Mixed-Methods-Ansatzes zu berücksichtigen, werden für das Reporting in dieser Dissertation die in der folgenden Tabelle aufgeführten Standards berücksichtigt.

Tabelle 4: Kriterien und Reporting Standards für Mixed-Methods-Studien

Good Reporting of A Mixed Methods Study (GRAMMS)
GRAMMS (1) Begründung für das Vorgehen von Mixed Methods
GRAMMS (2) Absicht, Priorität und Sequenz der Methode
GRAMMS (3) Methoden – Sampling, Datensammlung, Analyse
GRAMMS (4) Integration der Methodenstränge der qualitativen und quantitativen Projektteile
GRAMMS (5) Einschränkungen der einzelnen Methoden sowie die Probleme und Herausforderungen
GRAMMS (6) Erkenntnisse, die über das Mischen und Integrieren gewonnen werden, aufzeigen

(O'Cathain et al., 2008)

² Dabei können die Reporting Standards nicht immer in der aufgeführten Reihenfolge aufgelistet werden. Denn bei dieser Studie handelt es sich um eine Mixed-Methods-Studie und Redundanzen sollen hier möglichst vermieden werden. Außerdem muss sich der strukturelle Aufbau einer Dissertation nach den Vorgaben der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf richten. So erfolgt beispielsweise die Begründung für das Vorgehen bereits im 1. Kapitel bei der Zielsetzung und nicht im Methodikteil.

Die aufgeführten Reporting Standards werden in den Methodenteil, die Ergebnispräsentation und die abschließende Diskussion einfließen.

2.2.2 Definition wichtiger Begriffe der Dissertation

Um ein einheitliches Grundverständnis herzustellen, werden anschließend einige wichtige Begriffe definiert, die auch im Titel der vorliegenden Arbeit vorkommen und noch nicht erklärt worden sind, nämlich älterer Hausarztpatient, Hausarzt und Item/Item-Block.

Ältere Hausarztpatienten: Mit älteren Hausarztpatienten sind in dieser Arbeit Patienten ab 65 Jahren gemeint. Dass ausschließlich die ältere Patientengruppe berücksichtigt wird, ist darin begründet, dass SMI überwiegend bei älteren Patienten beschrieben wird (Jessen et al., 2007).

Hausarzt: Mit dem Begriff „Hausarzt“ werden in dieser Arbeit alle praktischen Ärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin gemeint. Dabei muss eine Niederlassung in einer vertragsärztlichen hausärztlichen Praxis oder ein Angestelltenverhältnis in einer Praxis vorliegen. Stationär arbeitende Hausärzte werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Item: Als „Item“ wird in dieser Arbeit jede Einzelfrage im zu entwickelnden Fragebogen verstanden. Als Item-Block werden mehrere Items innerhalb eines Blocks bezeichnet, die inhaltlich einander zugeordnet sind. Ein Item-Block besteht aus einzelnen Items, ggf. Instruktion, Frage/Aussage und Skala (Moosbrugger und Kelava, 2012).

2.3 Literaturrecherche zum Forschungsstand

Die Literaturrecherche fand in mehreren Phasen zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Zuerst wurde der Forschungsstand zu SMI-GP recherchiert. Ziel war es, Studien zu subjektiven Gedächtnisbeschwerden im Hausarztsetting zu finden. Hauptsuchbegriffe waren subjektive Gedächtnisstörungen und Hausarzt. Diese Recherche fand 2015/2016 statt. 2016/2017 wurde nochmals nach dem aktuellen Forschungsstand recherchiert und ein Artikel zum Studiendesign dieser SMI-GP-Studie veröffentlicht. In diesem Artikel wurde insbesondere auf den aktuellen Forschungsstand und das Vorgehen dieser SMI-GP-Studie Bezug genommen.

Bei der Literaturrecherche erfolgten keine Einschränkungen bezüglich des Publikationsdatums. Verwendet wurde die Datenbank SCOPUS. Recherchiert wurde insbesondere zu den Ansichten von SMI aus hausärztlicher Perspektive und nach hausärztlichen Studien/Fragebögen zu SMI. Die Recherche erfolgte, indem die Suchbegriffe in zwei Blöcke (mit AND-Verknüpfung) untergliedert wurden. Die zwei Blöcke der Suchstrategie lauten wie folgt:

1. Block in Title/Abstract: “subjective memory impairment“ OR “subjective cognitive impairment“ OR “subjective memory decline“ OR “subjective cognitive decline“ OR “memory complaint“ OR “cognitive complaint“ OR “memory concerns“ OR “cognitive concerns“ OR “worries about

memory” OR “worries about cognition” OR “worries about cognitive” OR “subjective memory loss” OR “subjective cognitive loss” OR “subjective memory problems” OR “subjective cognitive problems” OR “subjective memory deficits” OR “subjective cognitive deficits” OR “subjective memory complications” OR “subjective cognitive complications” OR “subjective memory difficulties” OR “subjective cognitive difficulties” OR “concerns about memory” OR “concerns about cognition” OR “concerns about cognitive” OR “complaints about memory” OR “complaints about cognition” OR “complaints about cognitive”

2. Block in Title/Abstract: “family practice” OR “family physician” OR “general practice” OR “general practitioner” OR “primary care” OR “primary health care”

(eigene Darstellung Leucht, Pentzek)

Die Recherche ergab 140 Treffer, die anschließend auf Titel und Abstract durchgesehen wurden. Nach der Durchsicht und der anschließenden Handsuche blieben vier Studien zum Forschungsthema übrig, die einen quantitativen Forschungsansatz verfolgten. Zwei Studien erwiesen sich als nicht bedeutsam; die anderen zwei Studien – Croisile und Rothoft (2004) sowie Pentzek et al. (2010) – geben einen Einblick in die Konzepte und Ansätze der Hausärzte zum Thema SMI.

Croisile und Rothoft (2004) berichteten über Daten aus einer französischen Fragebogenstudie über den Umgang von Hausärzten mit SMI. Die Fragebögen wurden den Hausärzten von Vertretern eines Pharmaunternehmens persönlich ausgehändigt; die Rücklaufquote lag bei 97 %. Eine klare Definition von SMI wurde nicht gegeben, die Stichprobenplanung wurde nicht offengelegt. Die Zahlen waren ungewöhnlich hoch: Im Durchschnitt wurde angegeben, dass zwölf SMI-bezogene Beratungen pro Woche erfolgten, 59 % boten bei SMI einen Labortest an und 91 % verschrieben Nootropika. An der zweiten Studie, die berücksichtigt wurde (Pentzek et al., 2010), wurden die Hausärzte befragt, wie sie den kognitiven Status (von 549 nicht dementer Patienten) einschätzten. Die Hausärzte verwendeten für jeden Patienten einen Fragebogen: SMI als Quelle für die Bewertung des kognitiven Status der Patienten verwendeten sie bei 66 % der Patienten, 89 % der befragten Allgemeinmediziner beobachteten im direkten Patientenkontakt kognitive Probleme. 56 % wussten allgemein über einen Patienten Bescheid, 37 % erwähnten, dass sie Informationen von Dritten erhalten hatten, 15 % berichteten über Risikofaktoren und 1,5 % über Tests. Für Allgemeinmediziner scheint SMI ein relevanter Hinweis auf den objektiven kognitiven Status eines Patienten zu sein (Pentzek et al., 2010 und 2017a).

Im Februar 2020 erfolgte eine erneute Recherche. Hier wurde der Zeitraum von 2018 bis Januar 2020 berücksichtigt. Dabei erfolgte das gleiche Vorgehen wie zuvor beschrieben. Es zeigte sich keine neue Studie zum Thema.

3 Methodik der qualitativen Erhebungen

In diesem Kapitel geht es um die qualitativen Erhebungsverfahren. In den folgenden Unterkapiteln werden die Verfahren des narrativen Interviews und der Fokusgruppendifiskussion kurz beschrieben sowie die Rekrutierung und Rekrutierungsstrategie des Samples und die Durchführung der Datenerhebung dargestellt. Die Beschreibung der qualitativen Methodik orientiert sich an den Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (O'Brien et al., 2014).

3.1 Absicht und Zielsetzung der narrativen Interviews und Fokusgruppen

Qualitativer Ansatz und Forschungsparadigma: Durch die anwendeten Erhebungsmethoden sollen phänomenologisch die Tiefen- und Breitenaspekte mit ihren Sinnstrukturen und Kontextualisierung erfasst und verstanden werden. Dies erfolgte durch die individuellen ausführlichen Falldarstellungen in den narrativen Interviews und den kollegialen Austausch in den Fokusgruppendifiskussionen mit den Hausärzten selbst.

Absicht und Zielsetzung des narrativen Interviews

Ein narratives Interview ist eine spezielle Form des qualitativen Interviews und wurde 1977 von Schütze entwickelt (Küsters, 2009). Diese Spezialform des qualitativen Interviews ist ausgewählt worden, damit Hausärzte durch den Erzählstimulus aus ihrem Praxisalltag über einen Patienten mit subjektiven Gedächtnissstörungen erzählen, Orientierungsmuster bezüglich ihrer Konzepte und Handlungsmuster offenlegen und Wechselwirkungen eruiert und verstanden werden können (Küsters, 2009). Bei dem narrativen Interview stehen die Tiefenaspekte (detaillierte Fallbeschreibung) bezüglich Orientierungs- und Handlungsmustern bei einem retrospektiven Fall von SMI im Vordergrund (Küsters, 2009).

Absicht und Zielsetzung der Fokusgruppendifiskussionen

Eine Fokusgruppendifiskussion ist ein qualitatives Gruppenverfahren, das um 1930 in den USA entwickelt wurde (Krueger und Casey, 2006). Bei dieser Forschungsmethode wird in einer natürlichen oder konstruierten Gruppe nach einem Informationsinput über ein bestimmtes Thema diskutiert (Lamnek und Krell, 2016). Die Fokusgruppenteilnehmer weisen gemeinsame oder ähnliche Merkmale auf (hier: Alle Teilnehmer sind Hausärzte) und stehen durch ein gemeinsames Thema (hier: Subjektive Gedächtnissstörungen in der Hausarztpraxis) miteinander in Beziehung (Krueger, 1994). Hierbei sollten die Meinungen und Bedürfnisse des einzelnen Teilnehmers und der Gruppe exploriert werden (Bortz und Döring, 2006). Durch einen gruppendifamischen Austausch sollten insbesondere neue Themen und Ideen durch die Gruppe selbst stimuliert werden (Krueger, 1994; Morgan, 1997). Bei der Fokusgruppendifiskussion stehen die Breitenaspekte im Vordergrund. Das heißt, es sollen möglichst viele Facetten zum Thema subjektive Gedächtnissstörungen diskutiert werden. Durch die wechselseitige Interaktion eignen sich Fokusgruppendifiskussionen besonders für die Exploration neuer Themengebiete (Ritchie und Lewis, 2014).

3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien des Studienkollektivs

Die Ein- und Ausschlusskriterien gelten für alle Erhebungsphasen dieser Studie. Einschlusskriterien sind hausärztlich tätige praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin. Dabei muss eine Niederlassung in einer vertragsärztlichen hausärztlichen Praxis vorliegen. Bei Gemeinschaftspraxen wird nur der erste gezogene Arzt pro Praxis (Zufallsauswahl) in die Studie aufgenommen. Weitere Kriterien zum Ein- und Ausschluss liegen nicht vor. Unterschiedliche Hausarzttypen waren fundamental, um möglichst viele Aspekte zum Vorgehen bei SMI in der Hausarztpraxis darstellen zu können. Unterschiedliche Herkunft, Sprachbarrieren oder unterschiedliches Alter stellten somit kein Ausschlusskriterium für die Interviews dar.

3.1.2 Stichproben- und Rekrutierungsstrategien

Das Studienteam geht davon aus, dass bei SMI-GP unterschiedliche Konzepte und Handlungsstrategien des Alltags, je nach Region und Alter des Hausarztes, vertreten werden, aufgrund der unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten. In der Antragsplanung dieser SMI-GP-Studie war vorgesehen, eine kontrastierende Rekrutierung in Form eines Regionenvergleichs vorzunehmen. Um eine Bezugsgröße herzustellen, erfolgten zur Orientierung erste Recherchen zu Maßstäben und Bezugsgrößen für eine Stadt-Land-Einteilung. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (<https://www.bbsr.bund.de>) untergliedert Städte in Großstädte und kleinere Großstädte, Mittelstädte und kleinere Mittelstädte sowie größere Kleinstädte und kleine Kleinstädte. Diese Untergliederung hängt von der Größe der Gemeinde (Bevölkerungszahl) und ihrer zentralörtlichen Funktion ab. Diese Einteilung des BBSR kann im Anhang B der Übersicht B.1 entnommen werden und dient ausschließlich analytischen, vergleichenden Zwecken. Das Studienzentrum befindet sich in Düsseldorf. Die Karte zur Stadt- und Gemeindeteileitung des Bundesministeriums für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zeigt, dass in der zu untersuchenden Region Nordrhein vorwiegend Großstädte, Mittelstädte und größere Kleinstädte liegen (<https://www.bbsr.bund.de>).

Weitere Kriterien bei der Rekrutierung des Samples

Neben dem Kriterium städtisch/ländlich sollten bei der Rekrutierung der Regionen die Kriterien Geschlecht (männlich und weiblich) der Hausärzte sowie die Praxiserfahrung (Alter) berücksichtigt werden. Aufgrund der beiden ausgewählten qualitativen Erhebungsmethoden, die durch ein persönliches Interview stattfinden, und der begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen des SMI-GP-Projekts war ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt, dass die Fokusgruppen und narrativen Interviews in Nordrhein stattfinden. Deshalb wurde eine Inventarisierung des öffentlichen zugängigen Datensatzes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vorgenommen. Hierzu wurde eine Datengrundlage der KV

Nordrhein (<https://www.kvno.de>) (Stand 30.10.2015) analysiert³. Diese Datei berücksichtigte die Einwohnerzahl der jeweiligen Stadt und die Anzahl der praktizierenden Hausärzte bzw. Internisten. Ergänzend zu dieser Datei wurden die zuvor recherchierten Maßstäbe und Bezugsgrößen für eine Stadt-Land-Einteilung des BBSR herangezogen und die Doktorandin ordnete jede Stadt/Region einem Faktor zu.

Die folgende Tabelle zeigt die ausgewählte Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (mit den selbst zugeordneten Faktoren), an der sich das Studienteam orientierte.

Tabelle 5: Einteilungsmaßstäbe der Städte nach Faktor

Bezeichnung	Einwohner	Funktion	Faktor
Große Großstädte	um 500.000 und mehr	oberzentrale Funktion oder mindestens jedoch mittelzentrale Funktion	1
Kleinere Großstädte	unter 500.000 bis 100.000		2
Größere Mittelstädte	mit Zentrum unter 100.000 bis 50.000	überwiegend haben diese Städte mittelzentrale Funktion	3
Kleinere Mittelstädte	mit Zentrum unter 50.000 bis 20.000		4
Größere Kleinstädte	mit Zentrum 20.000 bis 10.000 Einwohner	oder mindestens grundzentraler Funktion	5
Kleinere Kleinstädte	mit Zentrum 10.000 bis mindestens 5.000		6

(in Anlehnung an BBSR Homepage – Forschungsfelder – Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen)

Rekrutierungsansätze und -strategien des narrativen Interviews

Die Rekrutierung des narrativen Interviews lässt sich in mehrere Schritte untergliedern. Alle Schritte erfolgten sequenziell.

Schritt 1: Nachdem für alle Städte in der Region Nordrhein die Faktorenuordnung erfolgt ist, suchte das Studienteam die Hausärzte für die narrativen Interviews in den zu rekrutierenden Regionen heraus. Dies waren die Städte Dortmund, Grevenbroich, Hamminkeln, Korschenbroich, Mönchengladbach, Solingen und Wesel. Bei der Auswahl der Regionen mussten alle Faktoren Großstadt/Mittelstadt (1–4) vertreten sein. Faktor 5 und 6 liegen weniger in Nordrhein vor.

Schritt 2: Nach der Regionsauswahl wurden weitere Recherchen zur Auswahl des Samples durchgeführt. Für das theoretische Sampling der Hausärzte (Gläser und Laudel, 2009) wurden nun für die Regionen die Merkmale männliche und weibliche Hausärzte sowie die Variation der Praxiserfahrung herausgefiltert. Nachdem die Merkmale berücksichtigt worden sind, wurden diese für jede ausgewählte Region tabellarisch dargestellt.

Schritt 3: Die Hausärzte wurden angerufen und um ein narratives Interview in ihrer Praxis gebeten. Für das einheitliche Vorgehen und eine erfolgreiche Rekrutierung der angerufenen Hausärzte wurde ein kurzes Drehbuch skizziert.

³ Die Interviews fanden 2016 statt.

Schritt 4: Die Anrufe wurden so lange durchgeführt, bis zwölf Teilnehmer für das narrative Interview zur Verfügung standen. Dabei wurden immer sequenziell die Aspekte Stadt-Land (durch den Faktor), männliche und weibliche Hausärzte berücksichtigt.

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der teilnehmenden Hausärzte pro Region mit der dargestellten Faktorenzuordnung.

Tabelle 6: Verteilungsmuster der teilnehmenden Hausärzte für die narrativen Interviews nach Regionen und Faktorenzuordnung

Stadt	Faktor (Großstadt / Mittelstadt)	Anzahl der durchgeführten narrativen Interviews
■ Dortmund	■ 1	■ (n = 3)
■ Grevenbroich	■ 3	■ (n = 1)
■ Hamminkeln	■ 4	■ (n = 1)
■ Korschenbroich	■ 4	■ (n = 2)
■ Mönchengladbach	■ 2	■ (n = 3)
■ Solingen	■ 3	■ (n = 1)
■ Wesel	■ 3	■ (n = 1)

(eigene Darstellung)

Nach zehn Interviews zeigte sich eine theoretische Sättigung. Zur Bestätigung der Sättigung wurden zwei weitere geplante Interviews (n = 12) durchgeführt. Dabei bestätigte sich, dass keine weiteren Aussagen gefunden wurden, durch die die Eigenschaften der untersuchten Konzepte/Strategien der Hausärzte beeinflusst werden (Gläser und Laudel, 2009) und somit erfolgte keine weitere Rekrutierung.

Rekrutierungsansätze und -strategien der Fokusgruppendiskussion

Die Rekrutierung der Teilnehmer an den Fokusgruppendiskussionen erfolgte ebenfalls sequenziell und lässt sich in mehrere Schritte untergliedern.

Schritt 1: Nachdem die Faktorenzuordnung für alle Städte in der Region Nordrhein erfolgt war, wurden mehrere Regionen ausgewählt (mit Faktor 1–4) und die Hausärzte (n = um 600) postalisch angeschrieben. Dies waren folgende Städte und Kreise (bei den Kreisen alle dazugehörigen Städte und Gemeinde): Kreis Wesel, Kreis Kleve, Duisburg, Wuppertal, Solingen, Neuss, Krefeld, Düsseldorf, Haan, Erkrath, Hilden, Kreis Heinsberg. Interessierte Hausärzte sollten ein Rückfax senden; darin waren mehrere Termine als Auswahloption für die Fokusgruppendiskussionen genannt.

Schritt 2: Auf Basis der Ärzterückmeldungen, an den Gruppendiskussionen teilzunehmen, fiel die Wahl der Regionen für die Fokusgruppen auf die Orte Hückelhoven, Voerde, Kalkar und Wuppertal. Diese Orte wurden ausgewählt, weil sie für alle interessierten Ärzte (wie anhand des Rückfaxes erkennbar wurde) örtlich gut zu erreichen waren bzw. die Mitte für jeden gemeldeten Teilnehmer darstellen und so lange Anfahrtswege vermieden werden konnten. In diesen Städten wurden die Interviews in öffentlichen Gebäuden zum fest terminierten Zeitpunkt durchgeführt. Das Studienteam wählte jeweils einen Termin, an dem die meisten Hausärzte zeitlich zur Verfügung standen.

Schritt 3: Auf Basis der Rückmeldungen waren vorwiegend ländliche Regionen vertreten (Faktor 3–4). Weil sich die Konzepte und Handlungsintention zwischen städtisch und ländlich unterscheiden können, wurde eine fünfte Fokusgruppendiskussion unter Lehrärzten des ifam in Düsseldorf durchgeführt. Da sich in dieser Diskussion neue Aspekte ergeben haben und somit keine theoretische Sättigung vorlag (Gläser und Laudel, 2009), hat das SMI-GP-Team noch einmal nachrekrutiert. Somit wurde nachträglich eine sechste Fokusgruppendiskussion in einer Hausarztpraxis in Krefeld (Faktor 2) im Rahmen eines Qualitätszirkels durchgeführt. In dieser Diskussion zeigten sich keine neuen Aussagen, die elementar für SMI waren (Gläser und Laudel, 2009)

3.1.3 Instrumente und Techniken der Datenerhebung

Um in den Interviews verschiedene Tiefen- und Breitenaspekte berücksichtigen zu können, dienten die Leitfäden als Gesprächsstrukturierung, Orientierungshilfe und einer gewissen Standardisierung, das heißt, dass Unterthemen in allen Interviews mitberücksichtigt und kontrastiert werden konnten (Lamnek und Krell, 2016). Trotzdem sollen beispielsweise die charakteristischen methodologischen Prämissen des narrativen Interviews, wie eine erzählende Kommunikation, mit einer großen Offenheit und hohen Flexibilität des Interviewers berücksichtigt werden (Gläser und Laudel, 2009; Lamnek und Krell, 2016). Somit wurde jeweils ein Leitfaden für die narrativen Interviews und ein Leitfaden für die Fokusgruppendiskussionen angefertigt. Die Inhalte waren identisch, jedoch wurden die Spezifika der Interviewmethode für den jeweiligen Leitfaden berücksichtigt.

Zur Leitfadenerstellung wurde das SPSS(a)-Vorgehen nach Helfferich (2011) angewendet. Das heißt, es erfolgte ein Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren der Leitfadenthemen zum Forschungsthema „subjektive Gedächtnisstörungen in der Hausarztpraxis“. Im ersten Schritt (Sammeln) wurden Leitfadenfragen erstellt und gesammelt, die auf Vorwissen aus der Literaturrecherche basieren. Dafür wurde der eigene Artikel „Subjective memory impairment in general practice – Short overview and design of a mixed methods study“ herangezogen (Pentzek et al., 2017a), weil diese Publikation auf Literaturrecherchen und Vorarbeiten zum Forschungsthema basierte. Im zweiten Schritt (Prüfen) wurden die gesammelten Aspekte auf ihre Relevanz, Sinnhaftigkeit und Eignung für die Forschungsfrage geprüft. Im dritten Schritt (Sortieren) wurden die verbleibenden Fragen im Forschungsteam sortiert. Im abschließenden Schritt (Subsumieren) wurden die Einzelaspekte und Fragestellungen gebündelt und in Hauptfragen untergliedert (Helfferich, 2011).

Datenerhebungsmethoden: Aufbau des Leitfadens und Ablauf des narrativen Interviews

Die Interviews dauerten zwischen 20 und 60 Minuten und wurden von der Doktorandin oder dem Forschungsleiter in der jeweiligen Hausarztpraxis durchgeführt. Beide Interviewer führen seit mehreren Jahren qualitative Erhebungsmethoden durch.

Die Durchführung bzw. der Ablauf der Interviews orientierte sich an dem Leitfaden der narrativen Interviews. Dieser ist in fünf Phasen gegliedert (Helfferich, 2011; Küsters, 2009; Lamnek und Krell,

2016). (1) In der ersten Phase, der Begrüßungs- und Erklärungsphase, erfolgen die Begrüßung und die Vorstellung. Um eine Themen- und Meinungsbeeinflussung zu vermeiden, wurde nur grob etwas zum Forschungsvorhaben erläutert. Deshalb bezogen sich die Erklärungen primär auf das methodische Vorgehen des narrativen Interviews. Zudem wird über allgemeine Modalitäten gesprochen, z. B. über die Anonymität und Aufzeichnung des Interviews dieser Studie. Diese Phase ist durch Smalltalk geprägt und dient insbesondere dazu, das Vertrauen des Hausarztes zu gewinnen und eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. (2) In der folgenden Einleitungsphase wird der Hausarzt über das Thema und die Besonderheiten und Vorgehensweisen des narrativen Interviews informiert. Diese Phase dient dazu, die Gesprächsdimensionen anzudeuten, damit das Gespräch nicht ausufert und die narrativen Erzählpassagen die Forschungsziele umfassen. (3) Es folgt die Erzählphase, die den Schwerpunkt des narrativen Interviews bildet. Hierzu wurden vom Studienteam vier Hauptfragen formuliert, die als Erzählstimulus dienen sollen. Bei der ersten Frage soll der Arzt frei von einem Patienten mit Gedächtnisstörungen berichten. Die zweite Frage bezieht sich darauf, welche Handlungsintentionen und Konzepte er beim Patienten angewendet hat. Die zwei folgenden Fragen beziehen sich auf die Sichtweise und Haltung des Hausarztes zum Thema subjektive Gedächtnisstörungen. (4) In der Nachfragephase sollen insbesondere Unklarheiten und Widersprüche geklärt und ausgeräumt oder genannte Gesprächsaspekte detaillierter erklärt werden. Diese Phase ist in eine interne und eine externe Nachfragephase untergliedert (Küsters, 2009). Bei der internen Nachfragephase greift der Interviewer Themenaspekte aus der narrativen Gesprächsphase auf, die der Hausarzt sehr kurz gehalten oder eventuell unklar ausgedrückt hat oder über die der Interviewer mehr erfahren möchte. Bei der externen Nachfragephase greift der Interviewer Themenaspekte auf, die auf Vorwissen oder Recherchen basieren, die der Hausarzt nicht im narrativen Interview erwähnt hat (Küsters, 2009). Hier soll eingeordnet werden, ob es eine Relevanz für den Hausarzt hat, damit es später nicht zu Interpretationsfehlern kommt. (5) Die abschließende Bilanzierungsphase stellt nochmal die priorisierten Aspekte des Gesprächs dar.

Nach Abschluss eines Interviews wurden am Ende des Leitfadens weitere Aspekte festgehalten, z. B. die Dauer, Unterbrechungen und die Atmosphäre des Interviews (Küsters, 2009; Lamnek und Krell, 2016). Der Leitfaden befindet sich im Anhang B.2 dieser Arbeit.

Spielraum der Teilnehmer des narrativen Interviews

Dieser erste Teil des Interviews wird durch die Eingangsfragen sehr offen und erzählend angelegt. Der Interviewer verhält sich anregend und zugleich zurückhaltend, um ein offenes Gespräch zu fördern. Hier lag das monologische Rederecht bei den Befragten, der Interviewer hielt sich möglichst zurück. Im Idealfall erzählte der befragte Hausarzt 15 bis 20 Minuten von einem oder mehreren Patienten, wodurch die Orientierungsmuster, Erfahrungen und Einstellungen (Emotionen, Denkweisen, Konzepte) des hausärztlichen Handelns bei SMI erkennbar werden sollten. Dabei sollte der höchste Grad an Hörerorientiertheit und der niedrigste Grad an Fremdstrukturierung vorliegen. Hier wird der Hausarzt als Experte

seiner selbst gesehen, indem die Handlungsmuster (in Wie- und Warum-Erzählungen) erklärt und beschrieben werden (Lamnek und Krell, 2016).

Datenerhebungsmethoden: Aufbau des Leitfadens und Ablauf für die Fokusgruppendiskussionen

Insgesamt wurden sechs Fokusgruppendiskussionen durchgeführt. Die Fokusgruppendiskussionen fanden in einem öffentlich-geschützten Ort in der rekrutierten Region statt, der sich durch die gewählte Rekrutierungsstrategie und die Ärzterückmeldung ergeben hatte. Einmal reisten die teilnehmenden Hausärzte zum Institut für Allgemeinmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Dies waren die ausgewählten Lehrärzte, die anschließend an der Fortbildung „Lehre Lernen“ teilnahmen. Die Fokusgruppen wurden von einer Moderatorin (wissenschaftliche Mitarbeiterin und Autorin dieser Dissertation) geleitet, die in der Vergangenheit mehrfach Fokusgruppendiskussionen durchgeführt hat. Um eine subjektive Färbung möglichst zu vermeiden, führte eine Fokusgruppendiskussion eine Kollegin durch, die nicht zum SMI-GP-Team gehörte. Zudem gab es immer einen Protokollanten.

Die Fokusgruppendiskussionen dauerten zwischen 60 und 180 Minuten. Zu Beginn eines Treffens wurden die Interviewteilnehmer wie in den narrativen Interviews darüber informiert, dass die Interviews auf zwei Tonbänder digital aufgezeichnet werden. Der Grund für die doppelten Tonbandaufnahmen wurde erläutert und die Modalitäten wie beispielsweise Datenschutz geklärt. Es konnten zum Vorgehen Nachfragen gestellt werden. Die Ablaufbeschreibung befindet sich in der Anlage B.4 dieser Arbeit. Anschließend folgte eine kurze Vorstellung des Studienteams und der Teilnehmer sowie eine kurze Fortbildung zum Thema Demenz.⁴ Eine Fortbildung (mit Fortbildungspunkten) wurde durchgeführt, damit möglichst unterschiedliche Ärzte teilnahmen und sich ausreichend Teilnehmer für die Fokusgruppendiskussion fanden. Die Fortbildung fand bewusst nicht über SMI statt, sondern sehr allgemein zum Thema Demenz, damit möglichst keine Meinungsbereinflussung durch die Fortbildung entstand (Lamnek und Krell, 2016).

Wie in den narrativen Interviews orientiert sich der Ablauf der Fokusgruppendiskussion an einem Leitfaden. Für die Fokusgruppen wurde ein teilstrukturierter Leitfaden erstellt. Dieser umfasst vier Hauptfragen: (1) Bei der Einstiegsfrage geht es darum, was dem Hausarzt spontan zum Thema Gedächtnissorgen/Gedächtnisproblemen bei älteren Hausarztpatienten einfällt. Diese Frage ist bewusst offen angelegt, sodass sie zum spontanen Redefluss anregt, und kann als Eisbrecherfrage angesehen werden kann (Döring und Bortz, 2016; Helfferich, 2011). Es folgen zwei Schlüsselfragen mit jeweiligen Unterfragen/Eventualfragen, sofern diese durch die Diskussion nicht abgedeckt sind: (2) Bei der ersten Schlüsselfrage geht es um die Strategien (Intentionen und Handlungen) zum Umgang von Hausärzten mit dem Thema Gedächtnissorgen/Gedächtnisproblemen. (3) Bei der zweiten Schlüsselfrage geht es um persön-

⁴ Bei der Düsseldorfer Fokusgruppe wurde keine Fortbildung über Demenz durchgeführt, sondern die Teilnehmer konnten kombiniert an „Lehre lernen“ teilnehmen, wofür ebenfalls Fortbildungspunkte vergeben wurden.

liche Ansichten, Überzeugungen und Erfahrungen von Hausärzten mit dem Thema Gedächtnissorgen/Gedächtnisprobleme. (4) Die Abschlussfrage bezieht sich auf die Wünsche der Hausärzte zu Strukturen und Verfahren, die eine Hilfestellung zum Thema bieten könnten (Helfferich, 2011).

Nach Abschluss der Fokusgruppendiskussion erstellte die Doktorandin ein ausführliches Postskript. Der Leitfaden befindet sich im Anhang B.3 dieser Arbeit.

Spielraum der Teilnehmer der Fokusgruppendiskussion

Das Vorgehen bei der Moderation war trichterförmig. Gerade zu Beginn einer Diskussion und bei einer explorativen Untersuchungsform ist eine zurückhaltende Moderation empfehlenswert (Helfferich, 2011). Grundsätzlich verhielt sich die Moderatorin bewusst erst passiv. Alle Unterthemen und Gedankengänge sollen direkt aus der Diskussion hervorgehen. Die Unterthemen sollen möglichst von der Gruppe selbst angesprochen werden und nicht vom Moderator vorgegeben werden. Erst wenn das Gespräch stockte, griff sie ein. Am Ende erfolgte ein direktives Vorgehen in einer Nachfragephase, um Aspekte, die zuvor noch nicht angesprochen worden sind, anzusprechen oder wichtige Aspekte differenziert zu beleuchten. In dieser Phase standen die Präzisierung und Spezifikation der Aussagen im Vordergrund (Helfferich, 2011). Grundsätzlich wurde eine offene Gesprächstechnik praktiziert, gemäß den Anforderungen der qualitativen Forschung (Lamnek und Krell, 2010).

3.1.4 Zusätzliche Datenquellen für die qualitative Erhebung

Forschungsethik, Datenschutzerklärung und Einwilligungserklärung: Es gab eine Studieninformation, die die Teilnehmer über die Forschungsfrage und Ablauf informiert hat. Zusätzlich erhielt jeder Teilnehmer eine Datenschutzbestimmung und eine Einwilligungserklärung, die sich im Anhang B.5 (für das narrative Interview) und B.6 (für das narrative Interview) befinden. Diese musste vor jeder Erhebungsphase unterschrieben werden müssen. Die forschungsethischen Aspekte wurden in dieser Studie in allen Punkten berücksichtigt. Ein positives Ethik-Votum der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf liegt vor.

Tonbandaufzeichnungen/Protokolle: Als Hilfsmittel und Datenträger wurden bei allen Interviews jeweils zwei Diktiergeräte eingesetzt. Zusätzlich wurde bei jedem Interview schriftlich protokolliert. Die Tonbandaufzeichnungen und Schriftstücke dienten als Basis für die Auswertung. Zusätzlich konnte durch die auditiven Aufnahmen bei Unstimmigkeiten während der Analyse die konkrete Stelle herangezogen werden (Lamnek und Krell, 2016)

Postskript: Im Postskript wurden besondere Aspekte des Interviews notiert, z. B. die Gesprächsatmosphäre, die Beziehung zwischen Teilnehmern und Interviewer oder sonstige Besonderheiten (Kruse et al., 2015). Der Leitfaden des Postskripts befindet sich im Anhang B.7.

3.1.5 Kurzfragebogen zur Erfassung von Sozialdaten/Praxisdaten

Für die narrativen Interviews, die Fokusgruppendiskussionen und die kognitiven Interviews wurde jeweils ein Kurzfragebogen zur zusätzlichen Datenerfassung eingesetzt. Erfasst wurden Daten, die weitere Informationen zum soziodemografischen Hintergrund des Hausarztes, der Art der Praxis bzw. der Dauer der ärztlichen Berufstätigkeit liefern sollten. Die zu erhebenden Daten sollten insbesondere dazu dienen, Aussagen über das Teilnehmerkollektiv zu treffen, insbesondere über die Alters- und die Geschlechtsverteilung und die Art und Dauer der Berufstätigkeit. Der Kurzfragebogen umfasst eine Seite und ist so kurz wie möglich gehalten worden. Die Hausärzte sollen dadurch nicht überstrapaziert werden, zumal die Interviews bereits 20 bis 180 Minuten dauern. Deshalb sollten ausschließlich zusätzliche Daten erhoben werden, die einen direkten Einfluss auf das Thema SMI haben könnten. Der Kurzfragebogen befindet sich im Anhang B.8. Der Kurzfragebogen zur Erhebung der Sozialdaten und Praxisdaten setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 7: Kurzfragebogen zur Erfassung von Sozialdaten/Praxisdaten

Rubrik	Item
Soziodemografische Daten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht ▪ Alter
Berufsspezifische Angaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt seit ▪ Niederlassungsdauer ▪ Beschäftigungsumfang ▪ Beschäftigungsart
Praxisspezifische Angaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scheine pro Quartal ▪ Art der Praxis (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, MVZ)
Häufigkeitsangabe SMI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschätzte Häufigkeit von SMI

(eigene Darstellung)

Vorgehen bei der Auswertung

Jedes Erhebungsblatt wurde einer Identifikationsnummer (ID) in Form einer Pseudonymisierung zugewiesen. Die Vergabe erfolgte numerisch fortlaufend; die Identifikationsnummer war die gleiche wie im Interview. Sie besteht aus einer Kombination von Buchstaben und Ziffern. Anschließend erfolgte eine Codierung. Dazu wurde zunächst von der Autorin dieser Arbeit der einseitige Blanko-Kurzfragebogen zur Hand genommen. Jedem Item (Merksmal) wurde ein Variablenname und jeder möglichen Antwort eine Zahl, der sogenannte Code zugeordnet (Kirchhoff, 2010; Raithel, 2008). Dieser Codeplan wurde chronologisch nach der Rangfolge der Frage-Items entwickelt. Mithilfe des Codeplans wurden alle Frage-Items mit der dazugehörigen Antwort pro Teilnehmer als Datenmatrix in eine Excel-Datei eingegeben. Um einen Überblick über alle Hausärzte zu erhalten, erfolgte eine Grundauswertung aller Daten. Hierzu wurden relative Häufigkeiten in Prozentwerten und absolute Häufigkeiten ermittelt.

3.1.6 Datenverarbeitung: Transkriptionen der qualitativen Interviews

Bei der Transkription geht es um die Niederschrift (Rädiker und Kuckartz, 2019), das heißt darum, die verbalisierten Interviews in Textform zu verschriftlichen (Döring und Bortz, 2016; Dresing und Pehl, 2017). Jede Fokusgruppendiskussion und jedes narrative Interview ist auf zwei Diktiergeräten aufgenommen worden. Die Tonbandaufzeichnungen aller Fokusgruppendiskussionen und narrativen Interviews wurden von einer externen Dienstleisterin transkribiert (Skribando). Diese Dienstleisterin weist „jahrelange Erfahrung in der Transkription von Interviews auf“ (<http://www.skribando.de>).

Die Transkription ist mit dem Programm f4, einem Audiotranskriptionsprogramm, erfolgt. Die Transkription erfolgte nach vorher festgelegten Regeln.

„Es existieren zahlreiche Transkriptionssysteme (Dittmar 2009; Dresing und Pehl 2018; Kowal und O’Connell 2005; Kuckartz 2016) die sich u. a. dadurch unterscheiden, wie verschiedene verbale und nicht-verbale Merkmale in der Transkription berücksichtigt werden“ (Rädiker und Kuckartz, 2019, S. 44).

Weil es mehrere Transkriptionsregeln gibt, erfolgten Telefonate zwischen der externen Dienstleisterin und der Autorin dieser Arbeit, um das Vorgehen der Transkription und die Regeln abzustimmen. In diesen Telefonaten wurde u. a. über die Regeln von Kuckartz, Dressing und Pehl gesprochen (Dresing und Pehl, 2017; Kuckartz, 2010) bzw. festgelegt, welche Regeln für die Transkription beachtet werden. Der genaue Austausch, wie die Transkription erfolgen soll und zu welchem Ziel die Analyse erfolgt, ist bedeutsam, weil eine detaillierte Transkription kostenintensiv ist und der erforderliche Detaillierungsgrad stark vom Forschungsprojekt abhängt (Rädiker und Kuckartz, 2019). Die hier angewendeten Transkriptionsregeln sind im Anhang B 9 zu finden. Für die Transkription wurden die Audioaufnahmen des Interviews abgehört. Unterstützend standen die Protokolle zur Verfügung, falls die Aufnahmen undeutlich waren. Diese Protokolle waren pseudonymisiert der Dienstleisterin zugesendet wurden; diese konnte keine Rückverfolgung der Interviewteilnehmer vornehmen. Die Übermittlung der Protokolle und Audioaufnahmen erfolgte durch einen Cloud-Ordner unter Berücksichtigung der Datensicherheit. Die Aufnahmen wurden mit Zeitangaben vollständig transkribiert. Die Transkripte wurden wieder über den Cloud-Ordner unter Berücksichtigung der Datensicherheit übermittelt. Bei Bedarf wurden später unklare Stellen von der Autorin dieser Arbeit nochmal selbst angehört.

3.2 Datenanalyse und Auswertung der qualitativen Analyse

In Abschnitt 3.3 wird zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Ablauf der Analyse und Auswertung der qualitativen Daten dieser Studie beschrieben. Für diesen Analyseschritt wurden insgesamt 398 DIN-A4-Seiten (132.296 Wörter)⁵ der transkribierten Interviews eingelesen und analysiert. Um einen Überblick über die einzelnen Schritte zu erhalten, hat die Autorin diese in einem Ablaufschema (Grafik)

⁵ Das Auswertungsmaterial konnte aufgrund des hohen Umfangs (398 DIN-A4-Seiten, 132.296 Wörter) dieser Arbeit nicht beigefügt werden, sondern befindet sich auf einer separaten CD, in die auf Anfrage gern Einsicht genommen werden kann.

dargestellt. Anschließend werden die sieben Kernschritte der Auswertung der qualitativen Daten detailliert beschrieben.

3.2.1 Explikation der sieben Auswertungsschritte der qualitativen Erhebung

Zur Explikation und zum besseren Verständnis wird das Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Analyse dargestellt, das sich in sieben Schritte unterteilt. Diese Darstellung erfolgte in Teilen in Anlehnung an Kuckartz (2018) und wird in der folgenden Abbildung visualisiert.



Abb. 3: Ablaufschema der strukturierenden Analyse der SMI-GP-Studie
(in Anlehnung an Kuckartz, 2018, S. 100)

3.2.2 Erster Auswertungsschritt: initiierende Textarbeit

Im ersten Auswertungsschritt, der initiierenden Textarbeit, erfolgte die Einspeisung, Strukturierung und Organisation des Datenmaterials (Kuckartz, 2018). Zuerst wurden von der Autorin dieser Arbeit alle transkribierten Texte in MAXQDA eingespeist. MAXQDA ist ein computergeschütztes Programm, das insbesondere zur Organisation, Analyse, Visualisierung und Präsentation von qualitativen Daten sowie Mixed-Methods-Studien geeignet ist (Rädiker und Kuckartz, 2019). MAXQDA dient vorwiegend zur Organisation und Unterstützung der Analyse; die QDA-Software ist jedoch kein Programm, über das eigenständig Analysen durchgeführt werden können (Rädiker und Kuckartz, 2019).

Nach der Einspeisung des transkribierten Textmaterials wurden zusätzlich Memos von Feldnotizen und die Postskripts zu den entsprechenden Textpassagen in MAXQDA ergänzt. Zur Exploration des Materials und als erste Orientierung von Kernaspekten wurde Zeile für Zeile das Material gelesen und durchgearbeitet. Hierzu wurden zur Organisation der induktiven Analyse Visualisierungstools (z. B. Farbmarker) zur Markierung wichtiger Textstellen verwendet und Memos geschrieben (Helfferich, 2011; Kuckartz, 2018). Beispielsweise wurden Kernaspekte und die Deutungsmuster der Forschungsfrage farblich anders markiert als Aspekte, die nicht primär zur Forschungsfrage gehören. Dabei wurde das Material nicht isoliert betrachtet, sondern immer im Sinne des normativen Paradigmas, als Teil von vielschichtigen Sinnstrukturen der Kommunikationsketten sowie deren Wechselwirkungen (Lamnek und Krell, 2016; Reichertz, 2016). Nach Durchsicht und Organisation des gesamten Textmaterials (398 Seiten) suchte die Autorin fünf Interviews aus. Die Auswahl fiel auf die Interviews NI 01, NI 02/03, NI 04, FG 03 und FG 05, weil diese sehr unterschiedliche Facetten von Konzepten und Denkweisen zum Thema aufwiesen. Hier wurden vielschichtige, kontrastierende, schwierige und leicht verständliche Textpassagen ausgewählt. Dabei wurde immer der gesamte Dialog des Interviews betrachtet, sodass auch auf nicht ausgewählte Passagen eine Einsicht im Sinne der qualitativen Forschung genommen wurde. Diese Auswahl des Materials diente für den zweiten Kernschritt der Analysesitzungen im multiprofessionellen Team.

3.2.3 Zweiter Auswertungsschritt: offenes Codieren im multiprofessionellen Team

Das offene Codieren erfolgte in einem multiprofessionellen Team des ifams. Insgesamt gab es sechs Sitzungen. In der Anlage B.10 befindet sich eine Tabelle zu den Teilnehmern und der jeweiligen Dauer der Sitzung. Eine Voraussetzung für die Zusammensetzung der Analysesitzung war immer, dass je ein niedergelassener Hausarzt oder Arzt und je ein bis zwei Kollegen des ifams aus den Fachdisziplinen (Psychologie, Gerontologie, Soziologie, Medizin, Pflegewissenschaften) an den qualitativen Auswertungssitzungen teilnahmen, die nicht dem SMI-GP-Studienteam angehörten. Für jede Sitzung wurden möglichst andere Kollegen des multiprofessionellen Teams ausgewählt, damit verschiedene Fach- und Forschungsexpertisen berücksichtigt werden konnten. Zudem haben an jeder Auswertungssitzung das SMI-GP-Team (vertreten durch Verena Leucht, Gesundheitswissenschaftlerin) und der Forschungsleiter (PD Dr. rer. nat. Michael Pentzek, Diplom-Psychologe) teilgenommen und dienten als Moderatorin und Protokollant. Die Kollegen hatten eine Distanz zum Material, weil sie nicht dem SMI-GP-Team angehören. Durch das offene Codieren kann das Material schnell aufgebrochen und erste Konzepte/Dimensionen entwickelt werden (Strauss und Hildenbrand, 2007). Zunächst wurde den Teilnehmern das ausgewählte transkribierte Textmaterial präsentiert. Hierbei ging es immer um ausgewählte Textpassagen eines Interviews mit einem Hausarzt, also einem Fall. Beispielsweise erhielten die Teilnehmer der

ersten Auswertungssitzung vielschichtige, kontrastierende, schwierige und leicht verständliche ausgewählte Textpassagen aus dem Interview N01⁶. Zuerst erfolgte das Lesen der Texte (ein Fall), Zeile für Zeile, das Markieren von Textstellen und das Verfassen kurzer, prägnanter Notizen (jeder Teilnehmer für sich). Die Notiz sollte die jeweilige gelesene Textstelle charakterisieren oder als Gedankenstütze zur Analyse dienen (Strauss und Hildenbrand, 2007). Anschließend wurden in der Reihenfolge der Sitzanordnung die Daten kleinteilig verbal analysiert, indem jeder Teilnehmer die ausgewählten Textpassagen in Sinneinheiten zergliederte und auf ihren konzeptuellen Gehalt hin interpretierte. Bei der Interpretation wurden induktiv die W-Fragen zur Interpretation angewendet (vgl. folgende Tabelle).

Tabelle 8: W-Fragen des offenen Codierens

W-Fragen des offenen Codierens
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was wird vom Hausarzt angesprochen? ▪ Wer? Welche Personen sind hier beteiligt? ▪ Wie wird über die Aspekte (Einstellungen und Handlungen) gesprochen? ▪ Welche Aspekte werden vom Hausarzt benannt bzw. nicht benannt? ▪ Wann? Wie lange? Wo? Kontext der Situation, des Phänomens, über das gesprochen wird. ▪ Warum? Wozu? Welche Gründe werden vom Hausarzt angegeben oder lassen sich vermuten? ▪ Womit? Welche Strategien/Maßnahmen wendet der Hausarzt an?

(in Anlehnung an Flick et al., 1995, S. 200 f.)

Die Interpretation durch die erfahrenen Mitarbeiter der Auswertungssitzung erfolgte induktiv; dabei wurden nicht immer alle W-Fragen von Flick et al. (1995) abgearbeitet, sondern je nach Bedarf der Textpassage individuell angewendet. Zudem kam es teilweise zur Feinanalyse (Flick et al., 1995) der ausgewählten Textstellen. Hierzu wurden mögliche Sinnzusammenhänge der ausgewählten Textpassagen detailliert interpretiert. Dabei ging es insbesondere darum zu verstehen, wann der Hausarzt welche aktiven und passiven Strategien anwendet, welche Konzepte und Emotionen er von SMI hat und welche Folgen daraus entstehen.

In der folgenden Tabelle 9 werden detaillierte Aspekte der Interpretation nach Flick et al. (1995) dargestellt. Diese Aspekte wurden ebenfalls nicht systematisch abgearbeitet, sondern je nach Bedarf der Textpassage induktiv durch das multiprofessionelle Team angewendet.

⁶ NI 01 wurde in der ersten Analysesitzung analysiert; NI 02/03 wurde in der zweiten Analysesitzung analysiert; NI 04 wurde in der dritten Analysesitzung analysiert; FG 03 wurde in der vierten und fünften Analysesitzung analysiert; FG 05 wurde in der sechsten Analysesitzung analysiert.

Tabelle 9: Zentrale Fragen zum Vorgehen der detaillierten Interpretation

Detaillierte Aspekte der Interpretation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedingungen: Warum hat der Hausarzt so gehandelt? ▪ Was ist der Hintergrund des hausärztlichen Handelns? ▪ Wie war der Verlauf? – Interaktion zwischen den Hausarzt und weiteren Personen: Wer wurde (wie) aktiv? ▪ Was geschah? – Strategien und Taktiken: Wurden bestimmte Handlungen vom Hausarzt vermieden oder an die individuelle Situation angepasst? ▪ Konsequenzen: Welche Resultate des hausärztlichen Handelns sind erkennbar?

(in Anlehnung an Flick et al., 1995, S. 208)

In diesen beiden Schritten ging es vor allem darum, dass jeder Teilnehmer Textpassagen (induktiv) analysierte und spontan Codes/Dimensionen benannte. Dieser Schritt diente dazu, Interpretationsfehler möglichst zu vermeiden, und stellt den ersten Schritt des Codievorgangs dar. Durch den gesamten beschriebenen Prozess wurden Kategorien, Dimensionen und Subkategorien des multiprofessionellen Teams erkannt und benannt (Gläser und Laudel, 2009). Jede Analysesitzung wurden digital aufgezeichnet und Protokolle und Memos erstellt. Auf diesem Auswertungsschritt basieren alle folgenden Schritte. Der Auswertungsschritt „offenes Codieren und Analyse im multiprofessionellen Team“ ist daher als Kernschritt zu bezeichnen. Die Protokolle befinden sich im Anhang B.11.

3.2.4 Dritter Auswertungsschritt: Investigator Triangulation

Mittels des offenen Codierens am Textmaterial (induktiv) ist eine Fülle an Konzepten, Dimensionen (Lavelle et al., 2013) und Codes durch die Analysesitzungen entstanden sowie teilweise eine Feinanalyse zum Verständnis der Sinnstrukturen durch das multiprofessionelle Team, die als Basis für den dritten Auswertungsschritt dient. Das gewonnene Datenmaterial aus den Auswertungssitzungen des multiprofessionellen Teams (Schritt 2) wurde von der Doktorandin wiederum in MAXQDA eingespeist, indem an den entsprechenden Textabschnitten Memos verfasst bzw. hinzugefügt wurden (Kuckartz, 2018).

Anschließend hat das SMI-GP-Team an zwei Tagen ein mehrstündiges Treffen durchgeführt; hierbei wurden die inspizierten Codes zu Kategorien gebündelt und durch die Interpretation der Eigenschaften und Dimensionen weitere Unterkategorien entwickelt. Innerhalb des SMI-GP Teams fand ein weiteres offenes Codieren am Textmaterial (induktiv) statt. Hier wurde ein erstes Kategoriensystem für das gesamte Material an diesen zwei Tagen entwickelt. Durch die Klassifizierungen, die sogenannten Kategoriensysteme, ist eine strukturierte Beschreibung des Materials möglich (Kuckartz, 2018; Mayring, 2015). Die Verknüpfung der Daten von drei Seiten – die transkribierten qualitativen Interviews, die Protokolle aus den Analysesitzungen im multiprofessionellen Team und die induktive Kategorienbildung des SMI-GP-Teams – wird als Investigator Triangulation bezeichnet (Archibald, 2016).

3.2.5 Vierter Auswertungsschritt: Codierung und Analyse des Textmaterials

Auf Basis des entwickelten Kategoriensystems im dritten Auswertungsschritt wurde anschließend von zwei Ratern ein weiterer Teil von Interviews unabhängig voneinander codiert und analysiert. Dieser Schritt diente zur Prüfung der Intercoder-Reliabilität (Kuckartz, 2018). Hierzu hat das Studienteam – die Doktorandin und der Forschungsleiter – rund ein Zwanzigstel des Materials unabhängig voneinander inhaltlich strukturiert, analysiert und zusammengefasst. Dies erfolgte durch das induktive Codieren auf Basis der zuvor durchgeführten Schritte. Anhand des Textes wurden Subkategorien zur weiteren Ausdifferenzierung gebildet. Zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und Untermauerung wurde jede Aussage einem Code zugeordnet. Somit sind systematische Beziehungen zwischen unterschiedlichen Datenausschnitten entstanden, die bis zu diesem Zeitpunkt nicht miteinander verbunden waren. Durch das Code- und Kategoriensystem ist die Vergleichbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Abschätzung der Reliabilität der Analyse möglich (Mayring, 2015). Anschließend erfolgte eine Rücküberprüfung des Kategoriensystems an das Material. Hierzu erfolgte von den beiden Ratern ein Abgleich der zugeordneten Textstellen mit daraus resultierender Revision. Stellen, die nicht identisch codiert worden sind, wurden erneut codiert und wieder an das Kategoriensystem zurücküberprüft. Alle Randnotizen und Memos wurden im Studienteam besprochen (Kuckartz, 2018).

3.2.6 Fünfter Auswertungsschritt: Codierung und Analyse des gesamten Materials

Nach der Revision im vorherigen beschriebenen vierten Arbeitsschritt wurde das gesamte Material von der Doktorandin codiert und analysiert. Die Codierung erfolgte überwiegend induktiv aus dem Datenmaterial und auf Basis der zuvor durchgeführten Schritte und nicht theoriegeleitet oder Hypothesen überprüfend. Durch das Codieren des gesamten Materials erfolgte ein induktives Bestimmen von Subkategorien zur weiteren Differenzierung und Abgrenzung. Bei nicht eindeutiger Zuordnung erfolgten Randnotizen, die später mit dem Forschungsleiter besprochen wurden (Helfferich, 2011; Kuckartz, 2018).

3.2.7 Sechster Auswertungsschritt: qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse diente insbesondere zur späteren textbasierten Item-Generierung.

Nach der Codierung erfolgte mit MAXQDA die Ausgabe von zehn Excel-Dateien mit je einer Datei pro Kategorie. In diesem Arbeitsschritt erfolgte in der jeweiligen Excel-Liste pro Datei eine inhaltsanalytische Zusammenfassung. Dieser Schritt erfolgte zur weiteren Zusammenfassung und somit einer Reduktion des Materials für die spätere Item-Ableitung sowie um weitere phänomenbezogene Zusammenhänge aufzuschlüsseln und zu verdichten. In der inhaltsanalytischen Zusammenfassung sollte präzise das hausärztliche Handeln und Denken mit allen Wechselwirkungen (warum, wer, wann, wo, wie) paraphrasiert werden (Wollny und Marx, 2009a; Wollny und Marx, 2009b). Dafür wurde Zeile für Zeile

das Ankerbeispiel mit dazugehörigem Code und Subcode gelesen, analysiert und dessen Inhalt paraphrasiert. Der Kerninhalt mit dessen Deutungsstruktur wurde für jede Zeile in einer Spalte inhaltsanalytisch zusammengefasst (Wollny und Marx, 2009a). Damit Interpretationsfehler möglichst vermieden werden, wurden die Memos aus der Analysesitzung (Schritt 2) oder die Memos aus den anderen Schritten berücksichtigt. Nachdem jedes Ankerbeispiel paraphrasiert worden war, wurde die Datei dupliziert und in einem neuen Tabellenreiter hinterlegt. Wurde beispielsweise in Zeile 10 und Zeile 18 sinngemäß der gleiche Inhalt paraphrasiert, so wurde durch eine entsprechende Excel-Funktion die gleiche inhaltsanalytische Zusammenfassung eingefügt. Somit erfolgte eine Reduktion. Durch diesen Arbeitsschritt wurde übersichtlich aufgezeigt, dass z. B. von 70 codierten Textstellen zur Kategorie „Wünsche“ 42 inhaltliche Unterschiede vorhanden waren. Anschließend wurde diese Datei wieder kopiert und in einem neuen Reiter eingefügt. So erfolgte eine erneute Reduzierung und Bündelung von Kernaspekten der Inhalte. Dieser Schritt war insbesondere zur späteren Item-Generierung von Bedeutung. Damit immer eine transparente Explikation zum Vorgehen möglich war (Lamnek und Krell, 2016), wurden zur Reduktion keine Inhalte gelöscht, sondern diese in einer neuen Tabelle dupliziert und dann mit der Reduktion begonnen.

3.2.8 Siebter Arbeitsschritt: Präsentation der Ergebnisse zur Prüfung der Intercoder-Reliabilität

Eine weitere Revision, Subsumtion und Ausdifferenzierung erfolgte durch die Analyse zufällig ausgewählten Textpassagen durch den Institutsleiter (einen Hausarzt mit langjähriger Erfahrung in der qualitativen Forschung) und den Forschungsleiter. Mithilfe eines Visualisierungstools in MAXQDA wurden beiden die Ergebnisse der Codierung und Analyse visuell präsentiert und die Wechselwirkungen erklärt. Der Institutsleiter und der Forschungsleiter ließen sich dann die Ankerbeispiele mit den dazugehörigen codierten Stellen oder Analysen zeigen oder suchten selbst zufällige Ankerbeispiele aus MAXQDA oder der Excel-Datei aus, was zur weiteren Rücküberprüfung des Materials diente. Durch das Präsentieren und Erklären und Argumentieren der Ergebnisse anhand des Materials durch die Doktorandin sowie die Verknüpfung von der Expertenmeinung aus den internen versus externen SMI-GP-Teams (langjähriger Hausarzt mit qualitativer Expertise, der nicht dem SMI-GP-Team angehörte) und dem Forschungsleiter (langjährige Expertise zum Thema und deren Theorien) entstand eine dialogische und argumentative Analyse des Materials (Lüdders, 2017). In diesem Analyseschritt kam es auch zur Rücküberprüfung des Materials (induktiv und deduktiv), denn auch die Forschungstheorie wurde rücküberprüft. Anschließend erfolgte eine Revision und Modifizierung mit dem Material, weil bei qualitativen Analysen die Inter- und Intracoder-Reliabilität bedeutsam ist (Helfferich, 2011).

4 Qualitative Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen (narrative Interviews und Fokusgruppendiskussionen) dargestellt. Dabei geht es um die Beantwortung der qualitativen Forschungsfragen: (1) Welche Konzepte (Überzeugungen, Emotionen) haben Hausärzte von SMI? (2) Welche Umgangsstrategien (Intentionen, Handlungen) verfolgen Hausärzte bei SMI?

Zuerst werden in Abschnitt 4.1 die Ergebnisse der Auswertung der Sozial- und Praxisdaten des Teilnehmerkollektivs der Interviews dargestellt. Zur Ergebnispräsentation des sprachlichen Materials wird in Abschnitt 4.2 ein Knowledge Mapping dargestellt. Knowledge Mappings sind Visualisierungstools, mit deren Hilfe Informationen und/oder Wissen übersichtlich dargestellt werden kann; diese Technik eignet sich deshalb gut für die qualitative Ergebnisdarstellung (Pelz et al., 2004). Nach der Darstellung des Knowledge Mappings werden in den Abschnitten 4.3 bis 4.10 die Konzepte und die Umgangsstrategien mit ihren Ursachen und Wechselwirkungen beschrieben. Zudem wird bei der Ergebnispräsentation zur Untermauerung und Explikation des qualitativen Materials aus den transkribierten originalen Textstellen zitiert. Hier werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt. Das gesamte analysierte Material umfasst 392 DIN-A4-Seiten.⁷ Deshalb bezieht sich die Ergebnisdarstellung auf zentrale Befunde der Forschungsfrage und Kernaspekte, die auch für die Fragebogenerstellung der quantitativen Studie von Bedeutung waren.

4.1 Teilnehmerkollektiv der narrativen Interviews und Fokusgruppen

Ein wichtiges Ergebnis ist, dass in den narrativen Interviews und Fokusgruppendiskussionen die gewünschten Merkmalsdifferenzierungen bezüglich Geschlecht, Alter, Praxiserfahrung und der Region praktizierenden Hausärzten erfüllt wurden.

In den narrativen Interviews ist nach der möglichen Gleichverteilung der weiblichen Teilnehmer ($n = 5$) und der männlichen Teilnehmer ($n = 7$) sowie städtisch ($n = 6$) und ländlich praktizierenden Ärzten ($n = 6$) stratifiziert worden (siehe die Methodenbeschreibung in Abschnitt 3.1.3/Kapitel 3). Bei den Fokusgruppen wurde bei der Zusammensetzung auf die Differenzierungen geachtet worden. Das Diagramm zeigt eine ungefähre Gleichverteilung als Befund auf. In den Fokusgruppen waren weibliche Hausärzte ($n = 12$) und männliche Hausärzte ($n = 12$) gleich verteilt und es fanden jeweils drei Gruppen im städtischen und drei Gruppen im ländlichen Sektor statt. Auch die gewünschten Variationen bei den Praxiserfahrungen und dem Alter wurden erreicht: Die Praxiserfahrung der Teilnehmer variierte von 1 bis 34 Jahren. Der jüngste Teilnehmer war 35 Jahre alt und befand sich noch in der Facharztausbildung; der älteste Teilnehmer war 73 Jahre alt und wies 8 Jahre hausärztliche Erfahrung auf. Die längste Hausarzterfahrung lag bei 33 Jahren. Der überwiegende Teil der Hausärzte hat eine Facharztausbildung im Bereich der Allgemeinmedizin absolviert. Rund ein Drittel der Hausärzte arbeiten in einer

⁷ Die Ergebnisse beziehen sich auf ausgewählte zentrale Befunde.

Einzelpraxis und zwei Drittel in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft; dies gilt sowohl für die Einzelinterviews als auch für die Fokusgruppeninterviews. Diese Differenzierungen der Merkmalsträger sind bedeutsam, damit die Voraussetzung für das Beleuchten verschiedener Facetten und Perspektiven gegeben ist. Die Excel-Datei der gesamten Merkmalsträger befindet sich im Anhang (siehe CD). Die folgenden Balkendiagramme skizzieren die Merkmale des Teilnehmerkollektivs der Einzelinterviews und der Fokusgruppendifiskussionen.



Abb. 4: Darstellung des Teilnehmerkollektivs der qualitativen Interviews mit Erhebung des Kurzfragebogens
(eigene Darstellung)

4.2 Aufbau der qualitativen Ergebnisse und des Knowledge Mappings

Das folgende Knowledge Mapping dient zur Präsentation der Hauptbefunde der narrativen Interviews und Fokusgruppendiskussionen. Für die Erstellung des Knowledge Mappings wurde das Programm „Diagram Designer“ verwendet. In der folgenden Abbildung wird kurz die Legende des Knowledge Mappings abgebildet und somit der Aufbau der qualitativen Ergebnisse erklärt.

Legende des Knowledge Mappings	
Darstellungsart	Bedeutung
<p>„Haus“</p> <p>Fall I Patient Patienten berichten von SMI</p> <p>1. Konzept des Hausarztes: - unbegründete Sorgen - überbesorgte oder ängstl. Pat. mit intaktem Gedächtnis - Angst vor Demenz aufgrund von Medienberichten - Angst aufgrund Erfahrungen aus d. sozialen Umfeld</p> <p>2. Konzept des Hausarztes: - normale Altersvergesslichkeit - Überforderung, Lebenskrise oder Depression</p>	<p>Im betitelten Haus werden zuerst die Fallunterscheidungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fall I ▪ Fall II ▪ Fall III <p>dargestellt.</p> <p>Der Fallunterscheidung folgen die vier extrahierten Hauptkonzepte der Hausärzte zu SMI.</p>
<p>Hauptkategorie</p> <p>Strategien Wünsche</p>	<p>In der Mitte des Knowledge Mappings werden immer in eckigen Darstellungen mit farbigen Fülleffekten die extrahierten Hauptkategorien dargestellt bzw. angeordnet.</p>
<p>Subkategorien</p> <p>aktive Strategien - Gespräch - gezieltes Nachfragen - Anamnese / Reflexion - Differentialdiagnostik - kognitive Tests - Geriatrisches Basisassessment - Überweisung - gezielte Beobachtung - Einbestellung im Verlauf</p> <p>kognitive Tests: - zur Objektivierung - zur Absicherung - zur Dokumentation - um "etwas" anbieten zu können - zur Beruhigung (durch Test)</p> <p>Materielle Arbeitshilfen: - Flowchart zum Vorgehen - konkrete Handlungsempfehlungen - Instrument zur Unterscheidung - Instrument zur Dokumentation & Verlaufsmessung</p>	<p>Links und rechts im Knowledge Mapping angeordnet befinden sich die Subkategorien mit den Schlagwörtern der Hauptinhalt; diese Darstellungen sind immer ohne Füllfarbe.</p> <p>Die Farbe des Außenrahmens bezieht sich auf die entsprechende Hauptkategorie.</p>

Abb. 5: Legende des Knowledge Mappings
(eigene Darstellung)

Analog zum Aufbau des Knowledge Mappings werden anschließend alle Inhalte des Knowledge Mappings, welche die qualitativen Ergebnisse darstellen, auf den folgenden Seiten erklärt und durch Zitate aus den Interviewtranskripten belegt. Im Folgenden wird die Ergebnisdarstellung bezüglich der zwei Forschungsfragen beantwortet: (1) Welche Konzepte (Überzeugungen, Emotionen) haben Hausärzte von SMI? (2) Welche Umgangsstrategien (Intentionen, Handlungen) verfolgen Hausärzte bei SMI?

4.2.1 Knowledge Mapping zur Ergebnisdarstellung der qualitativen Interviews

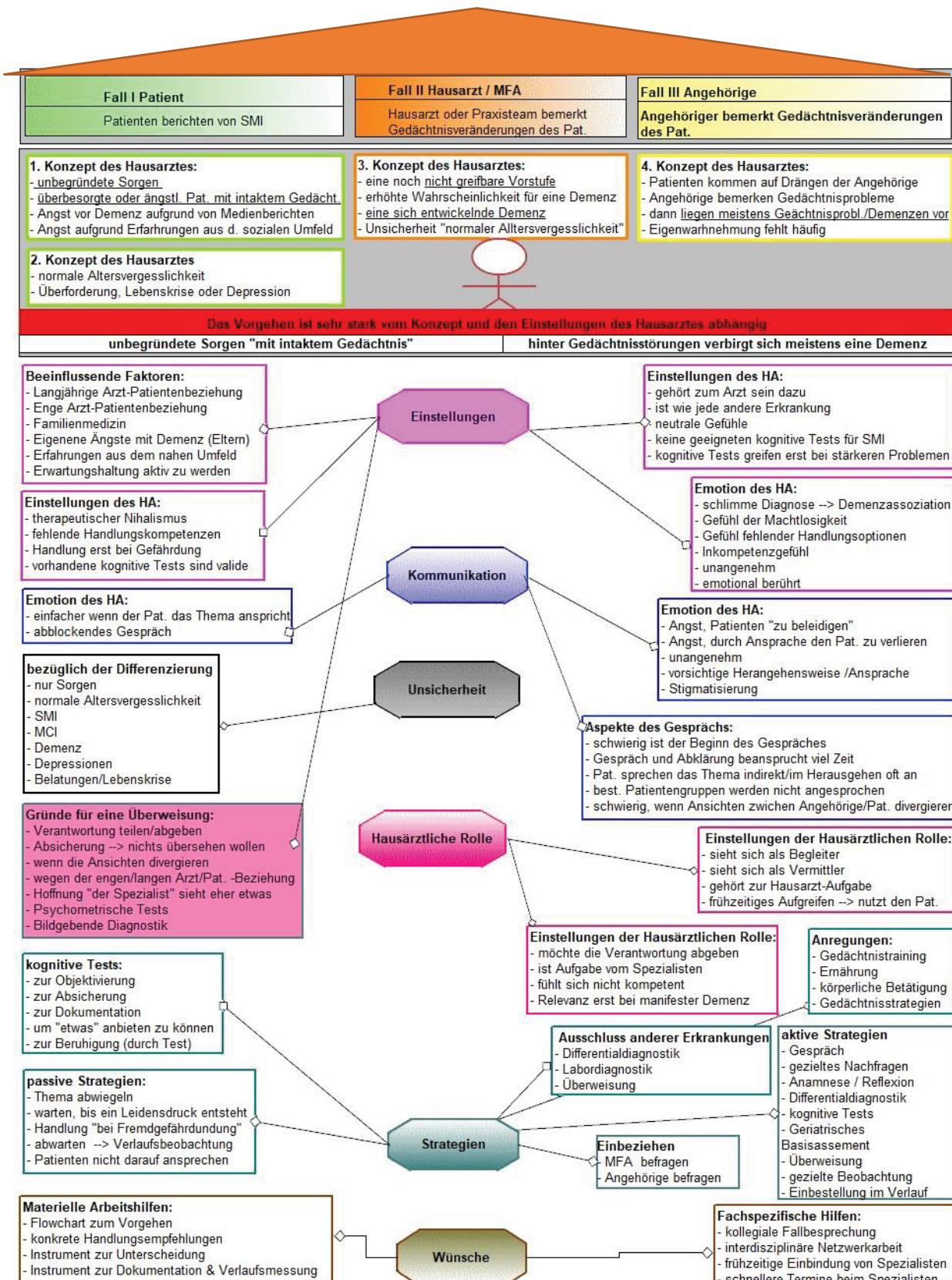


Abb. 6: Knowledge Mapping zur Ergebnisdarstellung der qualitativen Interviews
(eigene Darstellung)

Da die verschiedenen Kategorien und Subkategorien in Wechselwirkung miteinander stehen, werden die Wechselwirkungen auf den folgenden Seiten dargestellt. Sie sind nicht immer nach Kategorie und Subkategorie voneinander trennbar bzw. starr einer Kategorie zuzuordnen. Aufgrund der Wechselwirkung und des Ziels, phänomenologisch die Tiefen- und Breitenaspekte mit ihrer Sinnstruktur und Kontextualisierung zu erfassen, kann es sein, dass ein Beispielzitat an unterschiedlichen Stellen mehrfach dargestellt wird. Aus allen Interviews werden Beispielzitate präsentiert sowie alle Regionen berücksichtigt⁸. Die Regionsfaktoren wurden bereits im Methodikteil 3.1.2 auf den Seiten 19 bis 21 beschrieben. Die genaue Einteilung befindet sich im Anhang B 12.

4.3 Fallunterscheidung von Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen

Bedeutsam sind die drei unterschiedlichen Fälle, weil je nach Fall die extrahierten Einstellungen und die Vorgehensweisen differieren.

Fall I (Patient berichtet): Patienten, die selbst das Gefühl haben, ihre Gedächtnisleistung würde abnehmen und sei unterdurchschnittlich, und die sich diesbezüglich sorgen. Dies ist unabhängig von der objektiv messbaren Gedächtnisleistung. Aufgrund der Eigenwahrnehmung (verbunden mit Sorgen) spricht diese Patientengruppe aktiv SMI beim Hausarzt an.

„Och ja, ich muss mal einmal kurz mit dem Doktor sprechen, und dann kommen die mit so einer Liste. Und dann kommt ganz zum Schluss noch das Gedächtnisproblem (lacht kurz)“ (FG⁹ 02, Regionsfaktor 3 bis 5 größere Mittelstadt bis größere Kleinstadt, Zeile 241 f.)

Fall II (Arzt/MFA): Der Hausarzt, die MFA oder anderes Fachpersonal empfindet die Gedächtnisleistung abnehmend oder unterdurchschnittlich zu der zuvor bestehenden Gedächtnisleistung des Patienten. Diese Wahrnehmung ist unabhängig von der objektiv messbaren Gedächtnisleistung. Die Hausärzte, MFA oder anderes Praxispersonal merken oder spüren eine Veränderung oder nehmen Anzeichen der Veränderung des Patienten wahr.

Und dann - gibt es die, wo ich selbst das Gefühl habe, ich müsste das mal ansprechen und da ist es dann wirklich sehr unterschiedlich, wie die Patienten, oder wie, wie ich vermute, dass die Patienten reagieren oder auch, wie die Patienten reagieren, wenn ich es mal vorsichtig anspreche (NI¹⁰ 02 Regionsfaktor 2 kleinere Großstadt, Zeile 7–9)

Patienten angucken, anhören, manchmal fällt es ja selber, wenn ein Patient jetzt immer pünktlich kommt und auf einmal ständig Termine vergisst, dann - ist das ja schon so ein Alarmzeichen, dass es mir dann als Arzt auffällt, aber das ist ja dann weniger die Angst des Patienten, sondern halt, dass mir dann halt auffällt, der verändert sich. (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4 größere und kleinere Mittelstadt, Zeile 58–61)

„[...] oder in der Tat, weil wir da unsere Helferinnen sehr animiert haben, dass sie eben darauf achten, das als Verdacht ist und die merken das häufig sehr viel früher noch, da geht es um Termine, die eben nicht eingehalten werden oder die sind so ein bisschen verstrubbelt, wenn die da zur Blutentnahme kommen oder so was.“ (FG 05, Regionsfaktor 1 größere Großstadt, Zeile 103–106)

⁸ Wenn der Regionsfaktor das erste Mal genannt wird, erfolgt die Zuordnung. Bei den weiteren Nennungen wird nur der Faktor genannt. Dies soll lediglich verdeutlichen, dass alle Regionen berücksichtigt wurden.

⁹ FG = Fokusgruppendiskussion.

¹⁰ NI = narratives Interview.

Fall III „Angehörige“: Angehörige oder nahestehende Personen haben das Gefühl, dass das Gedächtnis des Patienten abnimmt oder eine unterdurchschnittliche Gedächtnisleistung vorliegt, unabhängig von der objektiv messbaren Gedächtnisleistung. Die Patienten kommen auf Drängen der Angehörigen oder in Begleitung der Angehörigen. Hier divergieren häufig die Ansichten zwischen Angehörigen und Patient. Der Patient nimmt meistens keine abnehmende Gedächtnisleistung wahr.

„[...] sondern das ist dann immer etwas, was anderen drum herum auffällt, dass da was nicht stimmt. Das wird dann davon bestätigt, von den anderen und die sind eigentlich die, die halt auch dann – ja, die Initiatoren der Vorstellung beim Arzt sind, ja.“ (NI 09, Regionsfaktor 4 kleinere Mittelstadt, Zeile 13–15)

4.4 Konzepte der Hausärzte von SMI

Grob lassen sich fünf Konzepte unterscheiden. Jedoch sind diese nicht starr zu interpretieren, sondern stehen in Wechselwirkung und sind teilweise nicht trennscharf. Aus den Analysen lässt sich erkennen, dass insbesondere die eigenen Einstellungen und die eigene definierte hausärztliche Rolle entscheidend für die darauf basierenden Handlungsintentionen sind.

„[...] das ist nicht mein Metier, ich muss sagen, da halt ich mich auch raus, diese Dinge zu bewerten und die werden aber dann letzten Endes von diesen Fachkräften einfach durchgeführt, von diesen, die einfach damit vertraut sind. Da möchte ich auch in keiner Weise Stellung dazu nehmen einfach und es gehören solche Patienten auch in die Behandlung von Neurologen“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 143–147).

Da die verschiedenen Kategorien und Subkategorien in Wechselwirkung miteinander stehen, werden die Wechselwirkungen auf den folgenden Seiten dargestellt. Sie sind nicht immer nach Kategorie und Subkategorie voneinander trennbar bzw. starr einer Kategorie zuzuordnen.

Im ersten Konzept ist die hausärztliche Anschauung „nur Sorgen oder unbegründete Sorgen“ liegen vor, jedoch keine Gedächtnisstörung. Es handelt sich bei diesem Konzept aus Sicht des Hausarztes um überbesorgte oder ängstliche Patienten oder Patienten, die Angst vor Demenz aufgrund von Medienberichten oder eigenen Erfahrungen im sozialen Umfeld haben.

„[...] aber ja, ich finde es ein schwieriges Thema, weil die Sorge ist da und ich denke, dadurch, dass so viel über Alzheimer-Demenz gesprochen wird, kriegen die Leute immer mehr Angst, dass sie davon betroffen sind und das finde ich so sehr zweischneidiges Schwert, das, das so offen immer wieder zu diskutieren, ne“ (FG 01, Regionsfaktor 4, Zeile 10–12).

„Also Sorgen, Sorgen, Sorgen ist ja Sorgen, die haben wir dann hoffentlich irgendwann aus der Welt geschafft, oder wir haben sie, ne, in Therapie gebracht. So“ (FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 239).

„Die haben natürlich Sorge, und viele haben Sorge, weil das ist ja in der Öffentlichkeit ein großes Thema auch, was man so sieht und hört und dann kommt die auch an und sagen, könnte das bei mir zutreffen. Muss dann oft ein bisschen hinterfragen und die ganzen Einzelheiten, und müssen sagen, hören Sie mal, nee, das glaube ich nicht so ganz, aber ich schicke Sie dann lieber auch mal zum Facharzt. Die Neurologen und Psychiater, die dann beides abchecken.“ (NI 07, Regionsfaktor 4, Zeile 27–30)

Bei diesem Konzept liegt aus der hausärztlichen Perspektive beim Patienten eher ein intaktes Gedächtnis vor. Diese Ärztegruppe wendet eher passive Strategien an, zeigt einen therapeutischen Nihilismus auf oder versucht mit einem psychometrischen Test die Sorgen des Patienten auszuräumen.

Im zweiten Konzept ist die hausärztliche Perspektive, dass Gedächtnisprobleme vorliegen, die jedoch als normale Altersvergesslichkeit betrachtet werden („*Dass wir alle älter werden und älter selbstständig bleiben müssen und die Gedächtnisleistung wird abfallen. Da können wir machen, was wir wollen, wie unsere Herzleistung abfällt*“, FG Düsseldorf, Zeile 394) oder auf Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression zurückgeführt werden.

„*Das ist das Problem, dass es halt häufig eben gerade auch depressive Patienten gibt, die dann eben auch mehr Ängste haben und so weiter und so fort, aber auf der anderen Seite weiß man ja auch, dass gerade eine demenzielle Entwicklung auch mit einer Depression zusammenkommt, bzw. sich über eine Depression äußern kann.*“ (NI 11, Regionsfaktor 4, Zeile 35–37)

„*Es klagen natürlich, aber das ist selten, dass es für mich dann irgendwie eine Demenz ist, eher irgendwie, eher so eine Angst davor*“, NI 08, Regionsfaktor 2, Zeile 67 f.).

Hier werden passive, aber auch aktive Strategien wie das Beobachten im Verlauf oder die Überweisung zum Neurologen/Psychiater gehäuft kategorisiert und können diesem Kontext zugeordnet werden

„*Und wie gesagt, je nachdem, wie das ist, muss man, wenn es ganz diskret ist, sagt man, okay, vielleicht war es ein Zufall, bestellen wir den Patienten mal in zwei, drei Monate noch mal, mal gucken, wie es geht.*“ (NI 05, Regionsfaktor 1, Zeile 13 f.)

„*doch mal zum Neurologen schicke, weil ich da die Hoffnung habe, dass der das eher rausfiltern kann*“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 246)

Das erste und zweite Konzept wird eher dem Fall I (Patienten, die selbst das Gefühl haben, ihre Gedächtnisleistung nehme ab und sei unterdurchschnittlich, und die diese Wahrnehmung aktiv beim Hausarzt ansprechen) zugeordnet.

Im dritten Konzept nimmt der Hausarzt beim Patienten eine Veränderung wahr, angewendete psychometrische Tests greifen jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht. Dies wird als eine noch nicht greifbare Vorstufe einer Demenz oder als erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz eingestuft. Aus den Analysen ist ableitbar, dass im dritten Konzept von einem Prädiktor und/oder Risikofaktor ausgegangen wird. Diese Hausarztgruppe skizzierte Falldarstellungen, wo sich dann später tatsächlich eine Demenz darstellte.

„*Und dann bei dieser Patientin, wo ich daran denke, da haben wir das auch alles so gemacht und dann war, dass alles unauffällig und dann sage die immer, was kann ich denn machen und ich merke das dann doch. Und irgendwann hat sich das dann so stark verschlechtert, also das ging dann irgendwann ganz rapide, dass ich kaum noch dazwischengekommen bin, die praktisch zum Neurologen zu schicken und es objektivieren zu lassen – und das vergisst man dann eben nicht.*“ (NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 9–13)

Diese Hausarztgruppe ist besorgt, spürt eine Angst der Patienten und wendet verschiedenste aktive Strategien an. Nach den Auswertungen ist das dritte Konzept den Fällen I und II zuzuordnen, aber auch Konstellationen von Fall III sind vereinzelt aus den Analysen ableitbar.

Im vierten Konzept liegt augenscheinlich eine sich entwickelnde Demenz oder gar eine Demenz aus hausärztlicher Sicht vor. In diesem Konzept kommen Patienten auf Anraten oder Drängen der Angehö-

riegen; dann würden meistens auch objektivierbare Gedächtnisstörungen vorliegen bzw. eine sich entwickelnde Demenz. Es sei Teil der Erkrankung, dass die Patienten keine Selbstwahrnehmung bezüglich Gedächtnisdefiziten aufweisen.

„[...] sondern das ist dann immer etwas, was anderen drum herum auffällt, dass da was nicht stimmt. Das wird dann davon bestätigt, von den anderen und die sind eigentlich die, die halt auch dann – ja, die Initiatoren der Vorstellung beim Arzt sind, ja.“ (NI 09, Regionsfaktor 4, Zeile 13)

Dies wird sehr häufig dem Fall III zugeordnet, eine sich entwickelnde Demenz auch dem Fall II.

Das fünfte Konzept lässt sich eher aus dem ersten, zweiten und/oder vierten Konzept ableiten. Eine Vorstufe oder Zwischenstufe wie im dritten Konzept gibt es für diesen Teil der Hausärzte anscheinend nicht. Die berichteten Gedächtnisprobleme der Patienten gelten für einen Teil der Hausärzte als Anzeichen von Stress, Depression, normaler Altersvergesslichkeit und einer Demenzangst aufgrund von Medien oder einer manifesten Demenz. Dieser Teil der Hausärzte hat kein Konzept von SMI bzw. SMI wird nicht wahrgenommen. Dies lässt sich aus dem gesamten Auswertungsmaterial (398 DIN-A4-Seiten, 132.296 Wörter) extrahieren. Denn in den Dialogpassagen geht es sehr häufig um eine Einordnung „der unbegründeten Sorgen versus einer manifesten Demenz“:

„Mich macht das unsicher, weil ich das unklar finde. Ich bin immer, ich bin auch als Hausärztin froh, wenn ich das Ganze eingeordnet habe und meinen Patienten gut raten kann, so will ich das mal sagen.“ (NI 12, Regionsfaktor 3 Zeile 37)

„Es gibt kein Labor. Das ist ein Problem“, FG 04, Regionsfaktor 2, Zeile 78).

„[...] doch mal zum Neurologen schicke, weil ich da die Hoffnung habe, dass der das eher rausfiltern kann“, FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 246).

„Es klagen natürlich, aber das ist selten, dass es für mich dann irgendwie eine Demenz ist, eher irgendwie, eher so eine Angst davor“, NI 08, Regionsfaktor 2, Zeile 67 f.).

„Also Sorgen, Sorgen, Sorgen ist ja Sorgen, die haben wir dann hoffentlich irgendwann aus der Welt geschafft, oder wir haben sie, ne, in Therapie gebracht. So“ (FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 239)

4.5 Einstellungen der Hausärzte bezüglich SMI

Subjektive Gedächtnisstörungen (SMI) wurden von den interviewten Hausärzten überwiegend mit einer Demenz oder keiner Demenz (unbegründete Sorgen Konzept 1) gleichgesetzt. Durch die Interviews mit den Hausärzten wurde deutlich, dass für Hausärzte hinter Gedächtnisstörungen eines Patienten vielfach eine Demenz steckt. „Eine Demenz empfinden die Hausärzte als eine schlimme Diagnose („weil Alzheimer ist der Horror“, FG 01, Regionsfaktor 4, Zeile 12). Es gab Aussagen, in denen eine Demenz schlimmer oder genauso schlimm wie eine Tumorerkrankung eingestuft wurde:

„Gedächtnissorgen zu haben, wohinter möglicherweise sich eine Demenz verbirgt [...], für all die ist das für mich schwerwiegender, oder mindestens genauso schwerwiegender wie eine Tumorerkrankung. Und deshalb hat das für mich eine immense Bedeutung.“ (FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 384–386)

Auf einer emotionalen Ebene spielt die hausärztliche Angst eine Rolle. Insbesondere lange bekannte Patienten durch das Ansprechen zu kränken, zu verletzen oder gar zu verlieren. Weil wiederum der

Hausarzt mit Gedächtnisstörungen ein Demenz-Stigma verbindet (Leucht und Pentzek, 2018). Diese Ursachen-Wechselwirkung führt wiederum bei einem Teil der Hausärzte zum passiven Verhalten bzw. zum Aussitzen, bis der Patient das Thema Gedächtnisprobleme selbst anspricht.

„Und ich traue mich aber dann, eben weil ich die Leute schon lange kenne, gar nicht so, die damit zu konfrontieren (FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 26)“

„Ja, die sprechen mich ja an. Ne, also zunächst mal, also dann kann ich da auch gut drauf eingehen und dann beleidige ich auch keinen oder kränke eben keinen“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 182).

Auch subjektiv fehlende Handlungsoptionen können zum passiven Verhalten bzw. therapeutischen Nihilismus führen. Immer wieder wurden in den Diskussionsrunden die Erfahrungen mit Demenz der eigenen Mutter, Vater, Onkel, Tante eingebracht und die gefühlte Machtlosigkeit bei Gedächtnisproblemen/Demenzen angesprochen. Therapeutischer Nihilismus und subjektiv fehlende Handlungsoptionen sind kennzeichnend. Ein Teil der Hausärzte verspürt einen großen Erwartungsdruck, dass sie aktiv werden sollen. Die „Pille“ die es nicht gibt. Ein Hausarzt verweist darauf, dass es eine Pille dagegen nicht gibt:

„A¹¹: ich möchte mein Gedächtnis behalten:

F¹²: Mhm.

A: Machen Sie was, geben Sie mir eine Pille, dass es aufhört.

F: Mhm, okay.

A: Also das ist mein Empfinden.“ (NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 179–183)

Wenn Angehörige das Thema Gedächtnisprobleme beim Hausarzt ansprechen, berichten die Hausärzte oft, dass sie die Erwartungshaltung als noch größer empfinden, als wenn es die Patienten tun. Ein Teil der Ärzte berichtet, dass sie bei langjährigen oder besonderen hausärztlichen Arzt-Patienten-Beziehungen emotional sehr berührt sind, wenn es um das Thema Gedächtnisprobleme geht. Ein anderer Teil berichtet, dass sie keine Gefühle verspüren, dass es für sie zum Arzt sein dazugehört, wie die Behandlung jeder anderen Erkrankung auch. Ein Teil ist eher von den Patienten mit subjektiven Gedächtnisstörungen (SMI), wo aus hausärztlicher Perspektive eher unbegründete Sorgen dahinterstecken, genervt.

„Also Sorgen, Sorgen, Sorgen ist ja Sorgen, die haben wir dann hoffentlich irgendwann aus der Welt geschafft, oder wir haben sie, ne, in Therapie gebracht. So“ (FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 239)

4.6 Kommunikation der Hausärzte bei SMI

In allen drei extrahierten Fällen wird die Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient / Angehörigem als schwierig bzw. herausfordernd beschrieben. Häufig sei der erste Schritt, die Ansprache des Themas, der schwierigste Schritt.

¹¹ A = Antwort der interviewten Person (verbale und nonverbale Kommunikation).

¹² F = Frage des Interviewers/Moderation (gemäß den festgelegten Transkriptionsregeln).

Wenn der Hausarzt (Fall II) Gedächtnisstörungen vermutet, würde ein Teil der Ärzte aufgrund der oben beschriebenen assoziierten Stigmatisierung und Demenzangst und/oder einer besonderen hausärztlichen Beziehung eine vorsichtige oder eine indirekte Ansprache wählen:

„Wenn es ein, wenn sie ein kleines bisschen auffällig sind, versucht man das schon mal, sagen wir mal, hintenrum, ja.“ (NI 10, Regionsfaktor 3, Zeile 67)

Oder es wird bewusst nicht angesprochen, um die hausärztliche Arzt-Patienten-Beziehung nicht zu gefährden bzw. den Patienten nicht zu verlieren.

„Und ich traue mich aber dann, eben, weil ich die Leute schon lange kenne, gar nicht so, die damit zu konfrontieren.“ (FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 26)

„Aber ich glaube, grundsätzlich den Patienten selber drauf anzusprechen, wenn man den Eindruck hat, dass er eine Gedächtnisstörung hat, das ist schwierig.“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 87f.)

Lang bekannte Patienten würden eher nicht angesprochen (Fall II). So ließ sich noch aus den Analysen ableiten, dass bestimmte Patientengruppen nicht auf ihr Gedächtnis angesprochen werden. Dies war beispielsweise bei multimorbidem, hochbetagten oder alleinlebenden Patienten oder Heimbewohnern der Fall.

Diese Wechselwirkungen gelten auch für den Fall III. Hier ist die Kommunikation ebenfalls erschwert; die Hausärzte berichten, dass die Ansichten zwischen Patienten und Angehörige häufig divergieren: Die Patienten würden die Probleme oft nicht wahrnehmen oder das Thema wird nur auf Drängen der Angehörigen angesprochen. Die Kommunikation sei zudem erschwert, weil häufig die Eigenwahrnehmung bezüglich möglicher Gedächtnisprobleme fehlt.

„[...] sondern das ist dann immer etwas, was anderen drum herum auffällt, dass da was nicht stimmt. Das wird dann davon bestätigt, von den anderen und die sind eigentlich die, die halt auch dann – ja, die Initiatoren der Vorstellung beim Arzt sind, ja.“ (NI 09, Regionsfaktor 4, Zeile 13–15)

Diese Hausärzte haben die Erfahrung gemacht, dass es Patienten (Fall I) häufig schwerfällt, den Hausarzt auf Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen direkt anzusprechen.

„Aber das ist schon das Gefühl, dass es ihnen schwerer fällt, über so was zu sprechen, Gedächtnis-, über nachlassende Gedächtnisleistung, Gedächtnisprobleme, dass es ihnen schwerer fällt, das anzusprechen.“ (NI 04, Regionsfaktor 2, Zeile 90f.)

Deshalb würden gehäuft Patienten, die von Gedächtnisproblemen berichten wollen, meist unter einem Vorwand den Termin vereinbaren und am Ende des Termins die subjektiven Gedächtnisstörungen ansprechen. Dadurch gerät der Arzt unter Zeitdruck, weil das Thema Gedächtnis von Patienten oft nebenbei oder im Rausgehen angesprochen wird, oder der Hausarzt muss das Thema zu diesem Termin aufgrund der nicht vorhandenen Zeitkapazitäten abwiegen.

Ein Teil der Hausärzte findet Fall I in der Kommunikation einfacher, weil die Patienten die aktive Rolle übernehmen und somit der Arzt keine Patienten kränken oder stigmatisieren muss.

„Ja, die sprechen mich ja an. Ne, also zunächst mal, also dann kann ich da auch gut drauf eingehen und dann beleidige ich auch keinen oder kränke eben keinen“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 182f.).

Ein anderer Teil der Hausärzte spricht Gedächtnisprobleme mit offenen Fragen an, indem er beispielsweise fragt, wie es beim Patienten allgemein mit dem Denken oder dem Gedächtnis klappt.

,,Kann es sein, dass Sie schlechter denken. (NI 01, Regionsfaktor 3, Zeile 127)

,,Nicht, also ich würde sagen, liebe, es gibt Menschen, die sich Sorgen um Sie machen. Wir haben das auch hier in der Praxis besprochen. Sie haben neulich, also das macht ja überhaupt nichts, aber Sie haben mal einen Termin vergessen und, und, und. Wir machen uns Sorgen um Ihre – Versorgung. Zum Beispiel, nicht. Und dürfen wir.“ (FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 205–207)

4.7 Unsicherheit der Hausärzte bei SMI

Charakteristisch ist zum Thema eine Unsicherheit bezüglich der Einordnung der Gedächtnisstörungen.

,,Mich macht das unsicher, weil ich das unklar finde. Ich bin immer, ich bin auch als Hausärztin froh, wenn ich das Ganze eingeordnet habe und meinen Patienten gut raten kann, so will ich das mal sagen.“ (NI 12, Regionsfaktor 3 Zeile 37)

Für die Hausärzte scheint eine Differenzierung von normaler Altersvergesslichkeit, Sorge durch die Medien, SMI, Mild Cognitive Impairment (MCI) und einer Demenz oder einer Depression schwierig zu sein. Die Differenzierungen seien oft nicht trennscharf. Zudem kommt es zu fließenden Übergängen.

,,Aber, wenn ich da nicht sicher bin, ist das jetzt wirklich eine - dementielle Symptomatik, ist das eine wirkliche Minderleistung des Gedächtnisses oder ist es eben doch überlagert, dann muss ich dann schon zugeben, dass ich manchmal auch direkt den Weg zum Neurologen ebne.“ (FG 01, Regionsfaktor 4, Zeile 30–33)

Schwierig sei die Differenzierung, wenn die Patienten schlechende Gedächtnisprobleme haben und Gedächtnisprobleme, die primär durch Depressionen oder Lebenskrisen hervorgerufen werden und Depressionen als Begleitsymptomatik bei einer Demenz vorhanden sein können.

,,Das ist das Problem, dass es halt häufig eben gerade auch depressive Patienten gibt, die dann eben auch mehr Ängste haben und so weiter und so fort, aber auf der anderen Seite weiß man ja auch, dass gerade eine demenzielle Entwicklung auch mit einer Depression zusammenkommt, bzw. sich über eine Depression äußern kann.“ (NI 11, Regionsfaktor 4, Zeile 35–37)

Aber auch andere medizinische Faktoren, z. B. eine Schwerhörigkeit, könnten zur falschen Interpretation führen. Fehlende Parameter oder Tests können diese Unsicherheit nicht ausräumen. Für viele Fragestellungen in der Medizin gibt es Laborparameter, nicht jedoch für die Feststellung einer beginnenden Demenz („Es gibt kein Labor. Das ist ein Problem“, FG 04, Regionsfaktor 2, Zeile 78).

Diese fehlende Trennschärfe führt zu Unsicherheit. Zur Differenzierung erfolgt dann gehäuft eine Überweisung zum Spezialisten, in der Hoffnung, dass dieser differenziert oder „schneller herausfindet“, was dem Patienten fehlt, „[...] doch mal zum Neurologen schicke, weil ich da die Hoffnung habe, dass der das eher rausfiltern kann“, FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 246).

4.8 Hausärztliche Rolle im Bezug auf SMI

Für einen Teil der Hausärzte gehört die Versorgung von Menschen mit Gedächtnisproblemen in hausärztliche Hand. Sie sehen sich hier vorwiegend in der beratenden und unterstützenden Rolle. Dieser Teil der Ärzte wünscht sich jedoch meistens, die Verantwortung teilen zu können. Manche Hausärzte sehen ihre Rolle zum Thema als Begleiter in Bezug auf ‚Gedächtnisprobleme‘ oder als Vermittler zwischen Patient und Angehörigen.

„Es ist ja da jetzt nicht, nicht nur da, sondern auch in vielen Fällen, aber da eben auch natürlich schon so, dass man da oft so ein bisschen so auch als Mediator vielleicht eingesetzt wird, dass man, gibt natürlich auch die Situation, wo die Angehörigen, denen es vielleicht unangenehm ist anzusprechen, also soll der Arzt das mal sagen.“ (NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 110–114)

„Meine Aufgabe sehe ich eigentlich darin, die Patienten darin zu begleiten – vielleicht auch irgendwann das anzunehmen.“ (NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 201)

Eine weitere Rolle schreiben sie der Beratung und Anregung von aktiven Strategien zu, z. B. Gedächtnistraining, Spaziergänge, Ergotherapie oder gesunde Ernährung. Es wurde eine Fülle von aktiven Strategien zum Vorgehen bei Gedächtnisstörungen eruiert.

Die andere Gruppe der Hausärzte sieht die Abklärung und Versorgung von Gedächtnisproblemen als primäre Aufgabe von Neurologen und Psychiater an. Sie berichten, dass sie am liebsten die Verantwortung für diesen Bereich abgeben möchten.

„[...] das ist nicht mein Metier, ich muss sagen, da halt ich mich auch raus, diese Dinge zu bewerten und die werden aber dann letzten Endes von diesen Fachkräften einfach durchgeführt, von diesen, die einfach damit vertraut sind. Da möchte ich auch in keiner Weise Stellung dazu nehmen einfach und es gehören solche Patienten auch in die Behandlung von Neurologen“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 143–147).

Die Befunde aus den Interviews zeigen jedoch, dass die „direkte Abgabe“, die Überweisung nicht immer möglich ist, weil es keine Termine oder erst nach langer Wartezeit Termine bei den spezialisierten Ärzten (Neurologen, Psychiatern) gibt und die Hausärzte somit die Verantwortung nicht (direkt) abgeben können. Diese Ärztegruppe scheint mehr passive Strategien anzuwenden. Je nach definierter hausärztlicher Rolle ist das Vorgehen somit eher einer aktiven oder einer passiven Strategie zuzuordnen. Darüber wird im folgenden Abschnitt noch genauer eingegangen.

4.9 Handlungsstrategien der Hausärzte bei SMI

Vorgehen: Das hausärztliche Vorgehen bei Gedächtnissorgen und Gedächtnisstörungen eines älteren Patienten kann in aktive und passive Strategien eingeordnet und den Kategorien Differentialdiagnostik, Tests, Überweisung, Einbeziehen von Angehörigen und der MFA zugeordnet werden. Die Strategien und Kategorien werden im Folgenden einzeln näher erläutert.

Aktive Strategien: Aktive Strategien, die von einigen Hausärzten im Interview geschildert wurden, können sein, den Patienten zu fragen, wann und in welchen Situationen Gedächtnisprobleme auftreten, nach möglichen Gründen und Auslösern dafür zu fragen, die berichteten Probleme mit dem eigenen

Eindruck von möglichen Veränderungen des Patienten abzulegen, im Gespräch grob das Gedächtnis mit individuellen Fragen zu prüfen (z. B. nach der letzten Mahlzeit, dem Wochentag oder Namen) oder den Patienten zu beobachten, wie er sich verhält, beispielsweise im Wartezimmer.

„Patienten angucken, anhören, manchmal fällt es ja selber, wenn ein Patient jetzt immer pünktlich kommt und auf einmal ständig Termine vergisst, dann - ist das ja schon so ein Alarmzeichen, dass es mir dann als Arzt auffällt, aber das ist ja dann weniger die Angst des Patienten, sondern halt, dass mir dann halt auffällt, der verändert sich“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 58)

„Also entweder es gibt aus der Situation, dass ich irgendwas Detaillierte nachfragen kann, weil es muss ja zu den Patienten passen, also es nutzt ja nichts, irgendwas Allgemeines zu fragen, oder bei einigen vom Typ her kann man dann wirklich fragen, wie klappt es mit dem Gedächtnis. Und - ansonsten - nein, also keine Standardfragen.“ (NI 10, Regionsfaktor 3, Zeile 73)

„Muss ich erst mal überlegen, jemand Konkretes. Genau, also wenn die Patienten jetzt selber mit diesen Sorgen kommen, dann frage ich zunächst mal, wie lange sie das Gefühl schon haben, dass da Probleme bestehen, in welchen Situationen das auftritt, wie sich's genau bemerkbar macht und - - ja, genau, und dann kommen wir eigentlich relativ schnell dazu, dass ich dann meistens vorschlage, mit ihnen einen Test zu machen, einen Demenztest zu machen. Wenn die Patienten das wünschen - ja, und dann vereinbaren wir einen neuen Termin, wo wir das dann durchführen. Und danach entscheidet sich ja dann das weitere Vorgehen.“ (NI 02, Regionsfaktor 2, Zeile 6)

Weitere beschriebene aktive Strategien bestehen darin, den Patienten zu festen Intervallen einzubehalten, um den Verlauf zu beobachten, oder Anrege Gedächtnistraining anzuregen oder das Thema zu nutzen, um über die Patientenverfügungen zu sprechen.

„Dann – kläre ich schon mal so ein paar Stoffwechselgeschichten ab. Dass man einfach sagt, kommen Sie mal zur Blutabnahme und dann besprechen wir uns im Folgetermin und dann habe ich für mich so eine Notiz im Praxissystem, dass ich sage, noch mal auf – Demenz ansprechen oder auf, auf – auf Vergesslichkeit, auf wie kommt der Mensch zurecht, dass ich mir das einfach so – hinterlege.“ (NI 06, Regionsfaktor 1, Zeile 79–82)

„oder so und vor allen Dingen irgendwas machen, was man gerne macht und Gedächtnistraining. Zum Beispiel Memory spielen mit einem Enkelkind, was man gerne mag, ne, also Emotionen gehören ja auch bei, bei Gedächtnissorgen viel dazu. Ja. Also ich versuche dann, so praktische Tipps zu geben.“ (NI 08, Regionsfaktor 2, Zeile 69–71)

„(...)Ich finde zwei Dinge noch interessant, einmal was in der Hausarztpraxis, was wir hier machen könnten, ist, dass, wenn wir so milde Formen sehen oder vermuten, dass man den Patienten vielleicht wirklich auch zu so Patientenverfügungen rät, zu Vollmachten, weil wenn sie erst mal dement sind, dann kann man ja nicht mehr ernsthaft eine Vollmacht aussstellen. Keine Patientenverfügung, keine Vollmacht, nichts mehr. Wo, wo sagt man dann, jetzt darf er noch und jetzt kann er nicht mehr, jetzt ist es zu spät. Und wenn er selber sich Sorgen macht, dann wäre das ein Anlass, finde ich, zu sagen, mach dir doch Gedanken, wie über ein Testament auch über eine Patientenverfügung, ne, über eine Vorsorgevollmacht.“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 38–44)

Passive Strategien: Beweggründe für das Ergreifen passiver Strategien sind, dass ein Teil der Hausärzte ein eigenes frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme als nutzlos empfindet oder nicht als hausärztliche Aufgabe sieht.

„Also auf gut Deutsch, die feinen Sachen sind gar nicht so wichtig zu entdecken, weil sie keine Konsequenz haben, die größeren schon, auch in puncto Pflege, Pflegestufe.“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 166)

Für diesen Teil der Ärzte ist SMI und MCI bedeutungslos. Prädiktoren und Risikofaktoren werden nicht assoziiert. Bei Gedächtnisstörungen fehlt ihnen ein Konzept. Hier stehen der therapeutische Nihilismus und die fehlende Konsequenzerwartung im Vordergrund:

„Weil das führt zu nichts. Wir haben keine Therapie und ich – wüsste auch nicht, was ich machen sollte dann“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 99).

Sorgen werden nicht thematisiert:

„Also Sorgen, Sorgen, Sorgen ist ja Sorgen, die haben wir dann hoffentlich irgendwann aus der Welt geschafft, oder wir haben sie, ne, in Therapie gebracht. So“ (FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 239)

Ein weiterer Beweggrund, ein Gespräch über das Gedächtnis abzuwiegeln, ist, dass solche Gespräche die zeitliche Kapazität des Arztes tangieren.

„Riesengeschichte, das dauert ja schon eben. Ist ja schon, wenn man darauf eingeht, und – das kostet irrsinnig Zeit, und da ist da auch ein bisschen immer so die Frage: Habe ich die Zeit heute, hab ich die Nerven heute? Was bringt dem Patienten das, wenn ich mir da jetzt diesen (...) da muss ich schon mich selber managen, wie das geht.“ (FG 02, Regionsfaktor 3 bis 5, Zeile 197–200)

Einbeziehen von Angehörigen und MFAs: Bei der Wahrnehmung von Auffälligkeiten spielen Angehörige eine wichtige Rolle, als auch die Medizinische Fachangestellte (MFA) bei der frühen Wahrnehmung möglicher Gedächtnisprobleme. In vielen Interviews wurde berichtet, dass die MFA schneller Auffälligkeiten mitbekommt als der Hausarzt, da sie „näher am Patienten dran“ sei (Terminvergabe, Blutabnahme etc.). Die Kompetenz der MFA bezüglich Hinweisen und Auffälligkeiten zu Gedächtnisstörungen sei in der Vergangenheit für viele Hausärzte sehr wegweisend gewesen.

Ein Argument der Hausärzte war, dass die Patienten sich bei der MFA bei Vergesslichkeiten eher nachzufragen trauen, wann der Termin nochmal war oder welches Medikament wie eingenommen werden muss. Somit kann die MFA Anzeichen einer möglichen Gedächtnisstörung schneller wahrnehmen als der Arzt. Deshalb ist eine Strategie der Hausärzte, die MFA zu befragen, ob sie Auffälligkeiten beim Patienten festgestellt hat, bevor der Patient vom Hausarzt auf mögliche Gedächtnisprobleme angesprochen wird.

„[...] oder in der Tat, weil wir da unsere Helferinnen sehr animiert haben, dass sie eben darauf achten, das als Verdacht ist und die merken das häufig sehr viel früher noch, da geht es um Termine, die eben nicht eingehalten werden oder die sind so ein bisschen verstrubbelt, wenn die da zur Blutentnahme kommen oder so was.“ (FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 103–106)

Eine Strategie ist, Angehörige mit einzubestellen oder zu befragen, weil diese bedeutsame Informationen liefern können, um die Gedächtnisprobleme einzuordnen. Zudem kommen im Fall III Patienten immer wieder auf Drängen der Angehörigen zur Abklärung möglicher Gedächtnisprobleme. Für einen Teil der Hausärzte ist es hilfreich, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen „somit kränke ich keinen“. Auf der anderen Seite kann es die Kommunikation verkomplizieren, weil zwischen Patient und Angehörigem die Ansichten divergieren.

„Es funktioniert nicht mehr so mit dem Gedächtnis und ja, wie gesagt, meistens wird es dann bestätigt von dem Angehörigen oder der Angehörigen und – dann liegt der Fall ja dann damit auf dem Tisch.

Gedächtnisstörungen liegen in irgendeiner bestätigten Form dann wohl vor, sodass dem dann nachgegangen werden soll und nachgegangen werden muss auch.“ (NI 09, Regionsfaktor 4, Zeile 5–8)

Anwendung von kognitiven Tests: Kognitive Tests werden nicht nur zur Objektivierung von berichteten Gedächtnisstörungen angewendet, sondern auch zur Beruhigung besorgter Patienten (Leucht und Pentzek, 2018). Der Test galt bei einigen Hausärzten als Gesprächsaufhänger zur Beruhigung. Die Sorgen wurden nicht aufgegriffen. Im Rahmen des geriatrischen Basisassessments und der geänderten Gebührenverordnung scheint die Anwendung von Kognitionstests in der Hausarztpraxis deutlich angestiegen zu sein.

„Das gibt es ja auch. Also – (...) von mir, einer ist zu mir gekommen, sagt, ich habe das Gefühl, mein Gedächtnis wird schlechter. Dann biete ich, wenn er 75 ist, das geriatrische Basis-Assessment an. Das kann man prima abrechnen, ist natürlich nett, aber es ist ja so, man muss auch Geld verdienen. Und wir bieten, wir machen dann auch Gedächtnistests. Wir machen den MMST, MMST und den DemTect und wir machen den Uhrentest und Barthel-Index. So. Und damit ist das erst mal bearbeitet. Kommt etwas Pathologisches raus, biete ich dann an, die Neurologie einzuschalten. Genau.“ (FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 8–13)

Ein Teil der Hausärzte ist nicht von der Validität der angewendeten und derzeitig vorhandenen Tests bei leichten kognitiven Defiziten überzeugt (Leucht et al., 2018). Ein häufiges Argument bei internen Nachfragephasen war, sie dennoch zu verwenden, um diesen Patienten überhaupt etwas anbieten zu können. Dies spiegelt wiederum das Gefühl, sonst nichts anbieten zu können, wider und das fehlende Konzept bei Gedächtnisstörungen.

M¹³: „Und da ist nur unser Problem, die bisherigen, uns so zur Verfügung stehenden Testverfahren, die wir wüssten, da würde immer bei rauskommen, der hat nichts.“

W: Ja genau.

M: Und da stehe ich dann damit wieder. (Getränk wird eingeschenkt)

M: Bei diesen, bei diesen Patienten, die sich selbst melden, die so ersten Symptome bei sich bemerken (Getränk wird eingeschenkt), diese Tests sind ja auch im Grunde Defizitteste für manifeste ...

M: Genau.“ (FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 66–99)

Der andere Teil der Hausärzte empfindet die vorhandenen Tests als sehr geeignet und valide. Ein weiterer Aspekt ist, sich selbst durch Tests abzusichern. Denn durch die Testdurchführung ist ein Beleg erfolgt, dass SMI nachgegangen wurde und somit durch den Test eine Dokumentation erfolgt („Es ist, es ist eine Dokumentation. „Wir sind da drauf gedrillt, wir müssen dokumentieren“ (NI 01, Regionsfaktor 3, Zeile 147).

Differentialdiagnostik: Bei der Auswertung wurde ersichtlich, dass der Breitaspekt Differentialdiagnostik durch alle Interviews thematisiert wurde. Hauptargumente waren, dass die Differentialdiagnostik erfolgt, um andere Erkrankungen auszuschließen, nichts zu übersehen und „macht man so“.

„[...] mit ihm jetzt als nächste Schritte planen würde, dass man eine (räuspert sich) eine Schädel-CT machen würde, eben um zu schauen, ist irgendwo organisch irgendwas“ (NI 06, Regionsfaktor 1, Zeile 21f.).

¹³ Dialog der Teilnehmer in den Fokusgruppendiskussionen; W = weiblich, M = männlich.

Die Kategorie Differentialdiagnostik weist starke Wechselwirkungen mit den Themengebieten Überweisung, Testung und aktive Strategien auf.

Überweisung: Die Beweggründe für eine Überweisung sind vielfältig. Diese Handlungsintention für eine Überweisung ist kontextuell in mehreren Clustern zu untergliedern. Die handlungsgenerierende Überweisung ist abhängig von der eigenen definierten hausärztlichen Rolle: Es gibt die Ansicht, dass das Thema in die hausärztliche Hand gehört, und die Ansicht, dass es nicht in die hausärztliche Hand gehört, sondern primär Aufgabe vom Neurologen/Psychiatern sei. Dies steht in Wechselwirkung mit den eigenen Kapazitäten, den eigenen Interessen und der eigenen wahrgenommenen Kompetenz zum Thema Gedächtnisstörungen. Die Überweisung erfolgt auch abhängig von dem eigenen Selbstbild der Kompetenz und der Fachexpertise. Wenn der Hausarzt sich selbst nicht kompetent fühlt oder die Ansicht vertritt, dass er nicht die Fachexpertise aufweist, dann können diese Beweggründe für eine Überweisung sein („[...] doch mal zum Neurologen schicke, weil ich da die Hoffnung habe, dass der das eher rausfiltern kann“, FG 03, Regionsfaktor 3 und 4 Zeile 246).

In diesem Zusammenhang steht auch oft, die Verantwortung teilen oder abgeben zu wollen, was auch Beweggründe für eine Überweisung sind. Ein weiterer Grund ist das Verantwortungsgefühl, nichts übersehen zu wollen und sich somit durch eine Überweisung als Hausarzt abzusichern. Weiter extrahierte Gründe für eine Überweisung sind:

- Als Beruhigungsstrategie, indem besorgte Patienten durch eine Zweitmeinung beruhigt werden
- Aufgrund des Gefühls fehlender Möglichkeiten, um dem Patienten überhaupt etwas anzubieten
- Wenn Patienten und Angehörige sich uneinig sind
- Wenn Patienten nicht glauben wollen, dass Gedächtnisprobleme vorliegen können
- Weil das Thema für die Hausarztpraxis sehr zeitaufwendig ist
- Damit die Arzt-Patienten-Beziehung nicht belastet wird

„wo Patienten sagen, oder wo Angehörige sagen, ganz klar, da ist was, der Patient sagt, nee, ich glaube das nicht, ich habe kein Problem, ich möchte jetzt zum Spezialisten. Das hatte ich auch schon, das ist ja sogar schon eine Zweitmeinung, also dass dann jemand noch mal (ins Uniklinikum?), weil er hat die, unverschämterweise die Diagnose Demenz bekommen und hat das nicht geglaubt und wollte jetzt noch eine Zweitmeinung, das hatten wir auch schon –, Ja. (NI 02, Regionsfaktor 2, Zeile 42)

„warum man auch zum Fachkollegen mit überweisen muss, dass ich da in dieser Richtung halt forciert irgendwas gesagt habe und auch da den Rücken ihr gestärkt habe.“ (NI 08, Regionsfaktor 2, Zeile 65)

4.10 Wünsche und Bedarfe der Hausärzte

Die genannten Unsicherheit bei der Abgrenzung und Differenzierung der Gedächtnisstörungen, keine validen Tests zur Verfügung zu haben, mangelnde Zeit, die lange Wartedauer beim Spezialisten und die eigene definierte hausärztliche Rolle sind hausärztliche Beweggründe, auf denen die Wünsche der Hausärzte basieren. Die Wünsche können in zwei Kategorien mit jeweiligen Subcodes unterteilt werden:

Materialien: Ein Konzept, das konkrete Möglichkeiten zur Unterstützung aufzeigt, wie die integrierte Versorgung, Ergotherapie oder Physiotherapie. Eine klare Handlungsempfehlung zum Vorgehen, mit einem Algorithmus oder Leitfaden zum Vorgehen bei Gedächtnisstörungen. Ein „einfaches Tool“, das praktikabel für die Hausarztpraxis ist. Aufbauende Tests für die Verlaufsdiagnostik. Ein weiterer Wunsch war ein kurzer Fragebogen für die Patienten zum Thema Gedächtnisstörungen/Gedächtnissorgen.

„Da finde ich die Sache von, von X, von dir noch mal sehr spannend. Wenn, wenn es sozusagen wie so ein Algorithmus ist, so habe ich das verstanden bei euch in der Praxis, wenn der Patient Sorge um sein Gedächtnis äußert, habt ihr sozusagen ein Programm ...“ (FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 64–67).

„Nein, ich meine jetzt hier die nicht-geriatrische, das ist ja, das ist ja jetzt, sagen wir mal, nicht Ihre, Ihre Fragestellung. Deshalb, von dem Geriatrischen Basisassessment jetzt hier, ja, Gedächtnisstörung, Demenzverdacht - kann man natürlich QM-mäßig auch ein Flussdiagramm draus machen, was man wann wo wie abklärt. Wahrscheinlich gibt es das auch schon, kenne ich jetzt nicht, nicht wirklich so genau, aber Regeln ist gut. Also sagen wir mal, Flowcharts und - Vorgehensweisen, aber - das kann man so, so noch ins Expertensystem reinbringen, aber sonst?“ (FG 04, Regionsfaktor 1, Zeile 57-61)

Verantwortung teilen/abgeben können: Durch eine frühzeitige Einbindung von Spezialisten, sowie kollegiale Interventionen/Qualitätszirkel oder Stammtische, wo über Patientenfälle berichtet werden kann. Ein weiterer Wunsch war die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Netzwerkarbeit zum Thema. Ein weiterer Wunsch war schnellere Termine bei Spezialisten, um die Verantwortung direkt abgeben zu können. Diese Wünsche kommen in dem folgenden Interviewzitat zur Sprache:

„Also mir würde erst mal helfen gute fachärztliche Anbindung, um erst mal eine Diagnostik schnell zu haben, die objektiv ist, die also ich nicht nur alleine machen muss, sondern wirklich einen fachkompetenten Kollegen zu haben, der erst mal, ich sage mal, Parkinson, was weiß ich, ne, der, der, der mich da begleitet, das einmalig – versucht, zügig zu objektivieren, dann kann ich den Patienten gut wieder übernehmen und fühle mich da auch auf einer sichereren Seite in meiner Begleitung, die ich angesprochen habe, und dann fände ich natürlich schön, also auch gerade so hier im ländlichen Bezirk – ja, wie soll ich sagen, schon solche Netzwerke zu haben, die man ja auch manchmal so hat, also es gibt ja bei uns Gott sei Dank noch, es bröckelt alles, aber es gibt noch soziale Einrichtungen wie ein Seniorencafé, wie, Seniorencafé gibt es jetzt hier, was weiß ich, in Wesel gibt es sogar so Seniorentanzschule und – auch so für Angehörige vielleicht schon so Gesprächskreise, also ich meine, da gibt es eigentlich schon einiges, finde ich. Ich kann jetzt gar nicht so richtig sagen, dass mir da so ganz viel fehlt, aber im Grunde finde ich schon, dass da so eine Anbindung sowohl für Angehörige als auch Patienten ist, dass dieses Leben auch gut weitergelebt werden kann.“ (NI 12, Regionsfaktor 3 Zeile 207–225)

5 Diskussion des qualitativen Ansatzes

In diesem 5. Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen diskutiert. Zuerst werden in 5.1 die Ergebnisse der Fokusgruppendiskussionen und der narrativen Interviews diskutiert. Hierbei werden besonderes die drei extrahierten Differenzierungen diskutiert: (1) SMI hat keine diagnostische/prognostische Relevanz. (2) SMI hat eine diagnostische und oder prognostische Relevanz. (3) Gedächtnisstörungen haben erst eine Relevanz bei eingeschränkten ADLs und Fremdgefährdung. Des Weiteren werden die Ergebnisse mit anderen Befunden aus der Literatur diskutiert. Abschließend werden die Qualität, das methodische Vorgehen und die Limitationen der qualitativen Teilstudie diskutiert.

5.1 Diskussion der qualitativen Ergebnisse

Durch die qualitativen Interviews konnten insbesondere Handlungsintentionen und deren Wechselwirkungen zum Thema subjektive Gedächtnisstörungen erstmalig eruiert und in ihren Sinnstrukturen verstanden werden. Die Interviews und die darauf basierenden Auswertungsanalysen liefern eine Fülle an Datenmaterial zu den Einstellungen, Konzepten und Umgangsstrategien der Hausärzte mit dem Thema Gedächtnisstörung. Die Einstellungen zur diagnostischen und prognostischen Relevanz von SMI aus der hausärztlichen Perspektive lassen sich aus den qualitativen Analysen grob in drei Differenzierungen untergliedern:

(1) SMI hat keine diagnostische/prognostische Relevanz

Aus den Analysen ließ sich extrahieren, dass für manche Hausärzte SMI alleine eher keine diagnostische oder prognostische Relevanz hat. SMI hat für einen Teil der Hausärzte erst eine Relevanz, wenn Angehörige oder die Hausärzte selbst kognitive Defizite wahrnehmen. Die berichteten Gedächtnisprobleme der Patienten gelten für einen Teil der Hausärzte vorwiegend als Anzeichen von Stress, Depression, normaler Altersvergesslichkeit und einer Demenzangst aufgrund von Medien oder eigenen Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld. Dies unterscheidet sich teils deutlich von der spezialistischen Sicht (Desai und Schwarz, 2011) (siehe auch Kapitel 1.3), indem SMI als Prädiktor einer Demenz gesehen wird (Jessen, 2019). Dieser Teil der Hausärzte regt häufig dann allgemein zur gesunden Ernährung, Sport oder geistigen Fitness an; dies ist identisch mit der spezialistischen Sicht, in der ebenfalls präventive Maßnahmen angeregt werden (Ngandu et al., 2015; Boespflug et al., 2015).

(2) SMI hat eine diagnostische und oder prognostische Relevanz

Ein kleiner Teil der Hausärzte nimmt SMI als nicht greifbare Vorstufe zu Demenz wahr. Sowohl in den Fokusgruppendiskussionen als auch in den narrativen Fallbeschreibungen der Einzelinterviews werden Patientenfälle skizziert, die über SMI berichten, bei denen Tests zu diesem Zeitpunkt nicht greifen, der Hausarzt eine nicht greifbare Veränderung spürt und sich über einen längeren Zeitraum später objektiv kognitive Defizite feststellen lassen. Dieser Teil der Hausärzte assoziiert SMI mit einem Prädiktor für

eine spätere objektiv ableitbare Gedächtnisproblematik bis hin zur Demenz (Wangler und Fellgiebel, 2018a). Dies passt auch zu den beschriebenen neurodegenerativen Prozessen, indem von subjektiven Beschwerden berichtet wird, die sich durch Tests noch nicht objektivieren lassen (Jessen, 2019)

Aus der Literatur ist bekannt, dass sich bei SMI mit Sorgen das Risiko für eine Demenz um das 3,5-Fache und für eine Alzheimerdemenz um das 6,5-Fache erhöht (AgeCoDe: Jessen et al. 2010). In den Diskussionen und in den narrativen Falldarstellungen wurde berichtet, dass sie nach eigener Ansicht eine nicht greifbare Veränderung spüren, die der Spezialist (Neurologe, Psychiater) eher nicht spürt. Die Begründung der Hausärzte ist, weil der Spezialist diese Patienten unter Umständen nicht so intensiv oder lange kennt wie der Hausarzt. Dies passt zu den bekannten Befunden von Wagner und Abholz (2002); sie beschreiben, dass der Hausarzt durch das Kennen der Patienten und Angehörigen schon früh leichte kognitive Veränderungen wahrnehmen kann (Wagner und Abholz, 2002). Jedoch ist auch bekannt, dass lange Arzt-Patienten-Beziehungen auch hinderlich bei der Frühwahrnehmung von Gedächtnisstörungen/Demenzen sein können. Nach Wollny et al. (2010) kann „das gute Kennen der Patienten“ ein rechtzeitiges Erkennen erster Anzeichen der Demenz verhindern. In unseren Interviews wird zudem beschrieben, dass „das gute Kennen der Patienten“ zu Kommunikationsbarrieren führen kann.

Aus den Analysen ist der Zusammenhang zu sehen, dass Hausärzte, die bei SMI eine diagnostische oder prognostische Relevanz sehen, meistens sehr aktiv vorgehen und eine Fülle von Strategien beschreiben, so z. B. eine Frühwahrnehmung mit einem gesteigerten Bewusstsein. Unter anderem wurde hier im Zusammenhang berichtet, dass sie als aktive Strategie die Patienten im Verlauf beobachten und immer wieder in die Praxis einbestellen. Diese Frühwahrnehmung mit einem gesteigerten Bewusstsein passt zur Metasynthese von Pentzek et al. (2017b).

Trotzdem ist diese Gruppe unsicher bezüglich ihrer angewendeten Strategien, weil es für sie kein klares Konzept bei SMI und Gedächtnisstörungen gibt. Sie wenden u. a. psychomotorische Tests an, obwohl sie von der Validität nicht überzeugt sind. Ein häufiger Argumentationspunkt bei der internen Nachfragerphase war, dass sie dies tun, um diesen Patienten überhaupt etwas anbieten zu können. Diese Hausärzte sehen ihre Aufgabe vor allem in der beratenden und vermittelnden Rolle. Diese vereinzelten Ansichten und Darstellungen passen auch zu den Befunden von Wangler et al. (2018a): Sie bezeichnen diese Ärztegruppe als die „kreativen Autonomen und die „integrativen Hausarzttypen“, die viele verschiedene Strategien anwenden (Wangler et al., 2018a).

(3) Gedächtnisstörungen haben erst eine Relevanz bei eingeschränkten ADLs und Fremdgefährdung

Bei dieser Differenzierung liegt erst eine Relevanz bei einer manifesten Demenz vor, wenn die Activities of Daily Living (ADLs) eingeschränkt sind und es einer Handlungskonsequenz bedarf, beispielsweise das Einleiten des Pflegegrads, oder wenn eine Fremdgefährdung besteht. In diesen Zusammenhang ist meistens der therapeutische Nihilismus oder die gefühlte Machtlosigkeit abzuleiten. Für diesen Teil der Ärzte ist SMI und MCI bedeutungslos. Prädiktoren und Risikofaktoren werden nicht assoziiert. Bei

Gedächtnisstörungen fehlt ihnen meistens ein Konzept. Hier stehen der therapeutische Nihilismus und die fehlende Konsequenzerwartung im Vordergrund: Diese Ergebnisse passen zu den bestehenden Befunden bei Demenz bezüglich des therapeutischen Nihilismus, des Demenzstigmas und der gefühlten Machtlosigkeit (Kaduszkiewicz et al., 2007b; Kaduszkiewicz et al., 2009b). Zu dieser Differenzierung wurden viele passive Strategien abgeleitet, beispielsweise: Ich sehe Schwierigkeiten, spreche diese aber nicht an, weil es zu nichts führt.

Die eingangs dargestellten Operationalisierungsbeispiele (siehe Kapitel Einleitung und aktueller Forschungsstand) von Abdulrab, Heun und Rabin et al. (Abdulrab und Heun, 2008; Rabin et al., 2015) „Haben Sie das Gefühl, Ihr Gedächtnis wird schlechter?“ oder „Meinen Sie, dass Ihr Gedächtnis schlechter geworden ist?“ Diese Operationalisierung ist identisch mit der Operationalisierung der Hausärzte in den qualitativen Interviews. Hausärzte scheinen zudem zur Operationalisierung und Differenzierung von SMI gehäuft nach der Art der berichteten Beschwerden zu fragen (in welchen Situationen), wann und wie die Beschwerden auftreten oder ob es mögliche Auslöser gibt (Lebenskrise, Stress). Ein Teil der Hausärzte gleicht die berichteten Beschwerden mit der eigenen Wahrnehmung ab und reflektiert, ob der Patient Veränderungen aufzeigt. Gehäuft werden zur Differenzierung der berichteten Gedächtnisprobleme kognitive Tests angewendet. Dieses Vorgehen ist identisch mit dem spezialistischen Vorgehen (Sheng et al., 2017; Jessen et al., 2014).

Diese Operationalisierungen waren bislang nicht bekannt, weil Beschwerden in der Hausarztpraxis mündlich in der Arzt-Patienten-Kommunikation vorgetragen werden.

Weitere Vorgehensweisen waren gehäuft in den Interviews die vorsichtige Ansprache „hinten rum“ wegen des beschriebenen Demenzstigmas, indem die Hausärzte nach der letzten Mahlzeit fragen oder über die Medikamenteneinnahme sprechen.

Die spezialistische Sicht, SMI zu nutzen, um sich um einen Heimplatz oder um die Regelung finanzieller Angelegenheiten zu kümmern, wird in den Interviews kaum thematisiert. Dieses Vorgehen wurde nur dann diskutiert, wenn das Konzept einer Demenz vorlag. Es wurde vereinzelt darüber gesprochen, dass SMI genutzt werden könnte, um das Thema der Versorgungsvollmacht anzusprechen, wie es in der Demenz-DEGAM-Leitlinie Nr. 12 beschrieben wird (, www.degam.de, Vollmar et al. 2008 a und b).

Das Thema der schädlichen OTC-Ergänzungen aus spezialistischer Sicht (Desai und Schwarz, 2011) wurde in dieser Form nicht in den Interviews diskutiert. Hier stand eher der hausärztliche Druck „geben Sie mir eine Pille“ im Vordergrund. Die Hausärzte berichteten von einem selbst wahrgenommenen Erwartungsdruck. Die Analysen deuten darauf hin, dass dieser mit dem besonderen Kennen der Patienten in Beziehung stehen könnte.

Egal welche Zuordnung, in allen Interviews war das lange Kennen oder Behandeln von Angehörigen oder Freunden immer wieder ein Thema. Einige Hausärzte berichteten, dass dieser Aspekt einen Einfluss auf ihr Handeln hat. Demgegenüber führten einige Ärzte aus, dass dieser Aspekt keinen Einfluss für sie habe.

In den Interviews wurde deutlich, dass die Kommunikation durch die psychosoziale Zuschreibung, die besondere Arzt-Patienten-Beziehung in der Hausarztpraxis, das Demenzstigma und den therapeutischen Nihilismus beeinflusst, was bis zum Nicht-Thematisieren von Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen führen kann.

Die Hausärzte berichteten gehäuft in den Interviews ein „Demenzstigma“ und dass sie die Patienten deshalb meist indirekt auf eine vermutete Demenz ansprechen. Sie verwenden bei Demenzverdacht häufig die Synonyme Gedächtnisprobleme, Gedächtnissorgen und Gedächtnisstörungen. Deshalb wird hier vermutetet, dass das ständige Abdriften zum Thema Demenz in den qualitativen Interviews (1) durch das Synonym „Gedächtnisstörung“ selbst entstanden sein könnte, (2) weil ein Teil der Ärzte kein Konzept von SMI hat, (3) durch die beschriebenen fließenden Übergänge einer sich entwickelnden Demenz und durch (4) die fehlende Trennschärfe und die damit verbundene Unsicherheit, ob es eine normale Altersvergesslichkeit, MCI, Demenz, Depression oder unbegründete Sorgen sind. Das Ergebnis der Unsicherheit bezüglich der Abgrenzung von kognitiven Störungen passt zu bekannten Befunden von Pentzek et al. (2009) und Stübner und Kötner (2003).

Die Befunde zeigen, dass diese Hausärzte vermehrt kognitive Tests anwenden und ein Teil der Hausärzte von der Validität der Tests überzeugt ist, ein anderer Teil jedoch nicht. Zudem scheint sich in den letzten Jahren ein deutlicher Trend zur Anwendung von kognitiven Tests in der Hausarztpraxis zu entwickeln. Die Hausärzte berichten, dass dieser Trend auch aufgrund des monetären Anreizes teilweise bestehe. Dies ist durch die Abrechnung der neuen geriatrischen Positionen des EBM Nr. 03360 und 03362 möglich (Schulz et al., 2017).

Das Problem ist, dass die angewendeten Tests, beispielsweise der MMST (Mini-Mental-Status-Test) und der DemTect (Demenz-Detektion), für Demenzen entwickelt worden sind und nicht für SMI oder MCI und somit die vorhandenen Tests als ungeeignet und nicht valide für die Früherkennung angesehen werden (Martin et al., 2015). Zudem sind diese Tests aus dem klinischen Alltag und nicht für die Hausarztpraxis entwickelt worden. Außerdem ist fraglich, wie die Gütekriterien bei der Testdurchführung in den Hausarztpraxen sind (Murphy et al., 2014). Auch in den Interviews von Wangler et al. (2018a) werden die gängigen Tests als problematisch angesehen, da diese nicht geeignet seien, um eine beginnende Demenz aufzuspüren.

In den qualitativen Analysen stellte sich außerdem heraus, dass Hausärzte oft den Wunsch haben, schneller einen Termin bei einem Spezialisten für die Patienten zu erhalten, um die Verantwortung abgeben oder teilen zu können. Dies ist bei der aktuellen Versorgungsstruktur und -landschaft oft nicht möglich; somit müssen die Hausärzte mit SMI umgehen. Dies zeigt wiederum den Bedarf für die hausärztliche Praxis auf.

Die Hausärzte empfinden bei SMI in den qualitativen Interviews gehäuft kein klares Konzept. Sie äußerten teilweise den Wunsch, ein Konzept für die hausärztliche Praxis bei SMI zu haben. Dieses Kon-

zept soll konkrete aktive Strategien und Handlungsempfehlungen mit einem Algorithmus zum Vorgehen und einem einfachen praktikablen Tool für die Hausarztpraxis aufzeigen. Diese Befunde waren bislang nicht bekannt. Es wurde zuvor vom SMI-GP Team angenommen, dass Hausärzte interviewbasierte Maßnahmen gegenüber Fragebögen bevorzugen.

Ansätze könnten somit sein, Handlungshilfen für SMI zu entwickeln und das Thema „Anwendung kognitiver Tests“ weiter für die Hausarztpraxis zu untersuchen und mehr Aufklärung zu SMI, MCI und deren Risikofaktoren darzustellen. Die derzeitigen hausärztlichen Strukturen und die in den quantitativen Analysen dargestellte eigene Rolle, sich als Vermittler, Berater zu sehen, und die Ansicht, dass das Thema auch in hausärztliche Hand gehört, könnten daran ansetzen, die hausärztliche Selbstwirksamkeit zu stärken. Dazu könnten die beschriebenen und eruierten aktiven Strategien, der nach Wangler et al. (2018a) bezeichneten innovativen und autonomen Hausarzttypen, genutzt werden.

5.2 Qualität und Limitationen der qualitativen Daten

Durch die anwendeten Erhebungsmethoden sollten phänomenologisch die Tiefen- und Breitenaspekte mit ihren Sinnstrukturen und Kontextualisierung erfasst und verstanden werden. Dies erfolgte durch die individuellen ausführlichen Falldarstellungen in den narrativen Interviews und den kollegialen Austausch in den Fokusgruppendiskussionen mit den Hausärzten selbst.

Durch die Fokusgruppendiskussionen konnte ein gruppendifferenzierter Austausch mit einer Variationsbreite an inhaltlichen Themenaspekten erfasst werden. Im Gegensatz zu den narrativen Interviews konnten hier neue Ideen und Gedankengänge durch die Gruppe selbst stimuliert und ausgetauscht werden, indem Themenaspekte von weiteren Teilnehmern aufgegriffen und vertieft worden sind. Somit ist davon auszugehen, dass durch die Fokusgruppen ein größerer Wissensstand mit vielfältiger Variationsbreite entstanden ist, als dies narrative Interviews hätten leisten können. Ein Nachteil ist, dass sich die Ärzte trauen müssen, in der Gruppe verschiedene Aspekte anzusprechen. Beispielsweise erzählte ein Hausarzt aus der Fokusgruppendiskussion in Krefeld dem SMI-GP-Team einen interessanten Aspekt zu den Einstellungen beim Aufräumen des Raumes. Als der Forschungsleiter den Hausarzt fragte, warum er diesen Aspekt nicht im Interview genannt hatte, äußerte der Hausarzt, dass sich die Ärzte alle untereinander zu kennen schienen, er aber neu war und sich deshalb nicht getraut habe, diese Einstellung zum Thema zu äußern. Diese Aussage wurde im Postskript dokumentiert und floss in die späteren Auswertungsanalysen mit ein. Das Einbeziehen von weiteren Aspekten, hier des Postskripts, bei der Auswertungsanalyse ist als eine Stärke von qualitativen Methoden zu sehen (Lamnek, 2010). Diese Argumentationsstruktur verdeutlicht erneut die Bedeutsamkeit eines Einzelinterviews im geschützten Raum. Anzunehmen ist, dass ein Hausarzt im Einzelinterview wahrscheinlich eher emotionale Aspekte zu den Einstellungen bei SMI offenbart als in einer Gruppendiskussion. Dies hängt jedoch auch von der Gruppenkonstellation, beispielsweise einer künstlichen oder natürlichen Gruppe, ab.

Bei den narrativen Interviews zeigte sich nach zehn Interviews eine theoretische Sättigung; das heißt, neue Themenbereiche wurden nicht mehr aufgegriffen (Gläser und Laudel, 2009). Zur Absicherung wurden zwei weitere Interviews durchgeführt, welche die Sättigung bestätigten. Diese theoretische Sättigung zeigte sich zwischen der dritten und vierten Fokusgruppendiskussion. Zur Absicherung dieser Tendenz wurde eine Fokusgruppendiskussion mit den Lehrärzten der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf durchgeführt. Hier zeigten sich wieder neue Themenaspekte, die zuvor noch nicht aufgegriffen worden waren. Insbesondere zum Thema Emotionen offenbarte diese Gruppe einige Einstellungen: So sprach die Gruppe u. a. bei SMI von einem Prädiktor oder berichtete, dass die vorhandenen Tests nicht greifen, und offenbarte eine „gewisse Machtlosigkeit“. Diese Gruppe zählte aber auch zahlreiche aktive Strategien bei SMI auf. Da die theoretische Sättigung (Gläser und Laudel, 2009) nicht bestätigt wurde, wurde erneut eine weitere Erhebung mit Hausärzten durchgeführt im Rahmen eines Qualitätszirkels. Hier zeigten sich keine neuen Aspekte, diese Gruppe diskutierte ähnliche Aspekte wie die Düsseldorfer Gruppe. Durch das Erreichen einer theoretischen Sättigung ist von einer Verallgemeinerung der Aussagen auszugehen (Gläser und Laudel, 2009; Helfferich, 2011). Das Studienteam wollte zuerst ausschließlich Hausärzte befragen und nicht die Lehrärzte einbeziehen. Dieser Befund zeigt aber, dass es je nach Forschungsfrage und Forschungsziel wichtig ist, diese ausgewählte Gruppe von Hausärzten mit einzubeziehen. Diese Gruppe kann nach Wangler den „kreativen Autonomen und innovativen Ärzten“ zugeordnet werden (Wangler et al., 2018a). Damit verschiedene Facetten im später zu entwickelnden Fragebogen berücksichtigt werden konnten, ist die Gruppe der Lehrärzte als bedeutsam für die SMI-GP-Studie einzustufen.

Für die qualitative Datenanalyse wurde versucht das Prinzip der Explikation anzuwenden, indem kleinschrittig gemäß den Empfehlungen von Lamnek (2010) eine möglichst detaillierte Darstellung erfolgte. Ergänzt wurde die Beschreibung durch eine Grafik, die die Kernaspekte zur visuellen Anschauung darstellte. Zur Explikation und Inter- und Intracoder-Reliabilität wurde die Auswertung in sieben Kernschritte untergliedert, entsprechend für die Forschungsfrage. Davon sind vier Schritte als Schlüsselschritte einzuordnen: Schritt 2, das offene Codieren im multiprofessionellen Team. An jeder der sechs Sitzungen nahm immer ein Arzt/Hausarzt (Zielgruppe der Studie) aus dem multiprofessionellen Team teil. Die Kollegen hatten eine Distanz zum Material, weil sie nicht dem SMI-GP-Team angehörten. Durch das offene Codieren kann in der Regel das Material schnell aufgebrochen werden und erste Konzepte/Dimensionen entwickelt werden (Strauss und Hildenbrand, 2007). In diesem Hauptschritt erfolgten die Interpretationen und die Paraphrasierungen einzelner Textpassagen. Dieser Schritt ist als wichtig für die Qualität einzustufen.

(Schritt 4) Auf Basis eines zuvor entwickelten Kategoriensystems wurde von zwei Ratern (SMI-GP-Team) unabhängig voneinander ein Teil des Materials codiert und analysiert mit anschließendem Abgleich und Revision. Dies diente zur Intercoder-Reliabilität.

(Schritt 6) Nach der gesamten Codierung erfolgte mit MAXQDA die Ausgabe von Excel-Dateien. In der jeweiligen Excel-Liste – eine Datei pro Kategorie – erfolgte pro Datei eine qualitative Inhaltsanalyse. Dieser Schritt erfolgte zur weiteren Zusammenfassung und somit zur Reduktion des Materials, um weitere phänomenbezogene Zusammenhänge aufzuschlüsseln und zu verdichten. Der Kerninhalt mit dessen Deutungsstruktur wurde für jede Zeile in einer Spalte inhaltsanalytisch zusammengefasst. Dieser Schritt war insbesondere zur späteren Item-Generierung von Bedeutung, denn daraus wurden die Items konstruiert. Dieser Schritt der vollständigen inhaltsanalytischen Auswertung ist in Anlehnung an Kuckartz (2018) entstanden.

Schritt 7 erfolgte durch die Präsentation der Ergebnisse zur Prüfung der Intercoder-Reliabilität (Kuckartz, 2018). Hierzu präsentierte die Doktorandin dem Forschungsleiter und dem Institutsleiter (niedergelassener Hausarzt) die Ergebnisse der Analyse. Durch das Präsentieren, Erklären und Argumentieren der Ergebnisse mit den genannten Experten entstand eine dialogische, argumentative Analyse und somit diente dieser Schritt zur weiteren Prüfung der Validität des Materials. In diesem Analyseschritt kam es auch zu einer Rücküberprüfung des Materials (induktiv und deduktiv) (Kuckartz, 2018; Mayring, 2015), denn auch die Forschungstheorie wurde rücküberprüft. Anschließend erfolgten eine neue Revision und Modifizierung mit dem Material.

Eine Fokusgruppendiskussion wurde bewusst von einer Kollegin durchgeführt, die nicht dem SMI-GP-Team angehört.

Durch das methodenplurale Arbeiten im Team und die weiteren Analysen oder Codierungen (mehrschrittiges Vorgehen mit Modifizierungsschleifen) ist anzunehmen, dass sich die Inter- und Intra-coder-Reliabilität erhöht hat, weil verschiedene Perspektiven und Expertisen berücksichtigt worden sind und das gesamte Material mehrfach rücküberprüft wurde. (Burzan, 2016, S. 70).

Grundsätzlich ist bei qualitativen Erhebungen die Auswertung kritisch zu betrachten, weil es immer um persönliche Deutungskompetenzen geht (Lamnek und Krell, 2010). Schon in die Durchführung der Interviews, aber auch in die Interpretation des Textmaterials fließen persönliche Deutungsmuster ein (Lamnek und Krell, 2010). Hier muss gesagt werden, dass die Autorin dieser Arbeit vorwiegend die gesamte Auswertung durchgeführt hat und bei allen Schritten beteiligt war (Leitfadenerstellung, Interviewdurchführung, Grundkenntnisstand über die Theorie). Dies hat Einfluss auf die Analyse und ist deshalb kritisch zu sehen. Die Relevanz der persönlichen Deutungsmuster ist wahrscheinlich hier jedoch als gering zu erachten, weil die beschriebene detaillierte Auswertung durch das multiprofessionelle Team, das eher eine Distanz zum Material aufweist (Strauss und Hildenbrand, 2007), und mehrere Rücküberprüfungsschritte mit anderen Personen erfolgte und die Schritte dargestellt wurden. Die Vorgehensweisen sind gemäß der geforderten Explikation intersubjektiv nachvollziehbar (Lamnek und Krell, 2016). Für diesen Teil der Studie war ein hoher Ressourcenaufwand notwendig. Es wurde versucht, die zentralen Prinzipien der qualitativen Forschung wie Flexibilität, Reflexivität, Offenheit und Explikation

(Flick et al., 1995; Kuckartz, 2018; Lamnek und Krell, 2016) sowie die konsensuelle und die dialogische Validität (Lüdders, 2017) zu berücksichtigen.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass keine Narrationsanalyse vorgenommen worden sind (Küsters, 2009). Die narrativen Interviews wurden mit den Fokusgruppendiskussionen offen codiert und inhaltsanalytisch ausgewertet, um sie direkt explorativ mit den Fokusgruppen vergleichen zu können. Zudem wurde nicht das gesamte Material unabhängig von zwei Personen codiert, sondern nur ein Teil. Diese Limitationen sind im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie zu bewerten. Die empirischen Ergebnisse werden durch die dargestellten Zitate untermauert. Für die Ergebnisdarstellung wurde versucht, möglichst verschiedene Zitate darzustellen. Aufgrund von Wechselwirkungen sind bewusst an manchen Stellen die gleichen Zitate verwendet wurden. Alle verwendeten Zitate sind im Anhang zu finden. Zur qualitativen Ergebnisdarstellung wurde zudem ein Knowledge Mapping angewendet (Pelz et al., 2004).

6 Integration und Fragebogenkonstruktion

Entwicklung eines SMI-Fragebogens für die Zielgruppe der Hausärzte

Im folgenden Kapitel 6 wird das Vorgehen zur Konstruktion der Items und des Fragebogens beschrieben und Aspekte die für die spätere Fragebogenversendung relevant sind. Zuerst wird in Abschnitt 6.1 definiert, was unter einen Fragebogen verstanden wird, und integral das Ziel dieses Erhebungsinstruments erläutert. Anschließend wird in Abschnitt 6.2 die spezifische Herausforderung der Item-Generierung, die von dem qualitativen Material abgeleitet wird, kurz beschrieben. Dem folgt in 6.3 die Beschreibung der ersten Themenableitung und Festlegung der Kategorien aus den qualitativen Interviews. Anschließend folgt in 6.4 die Beschreibung der Literaturrecherche zu bestehenden Fragebögen. In Abschnitt 6.5 wird das Vorgehen zur ersten Fragebogenentwicklung dargestellt. In Abschnitt 6.6 werden Theorien und Regeln für den Integrationsprozess zur Erstellung des Fragebogens dargestellt. Anschließend werden in Abschnitt 6.7 die kognitiven Interviews beschrieben und in Abschnitt 6.8 die rücklauferhöhenden Maßnahmen für die schriftliche Befragung dargestellt. Abschließend wird in Abschnitt 6.9 erklärt, wie die Integration der kognitiven Interviews im Bezugsrahmen erfolgte, bzw. die Regeln des gesamten Integrationsprozesses dargestellt. Dabei werden die Good Reporting of A Mixed Methods Study (GRAMMS) berücksichtigt (O’Cathain et al., 2008).

6.1 Definition Fragebogen und Zielsetzung des Fragebogens

Der Begriff „Fragebogen“ ist ein Sammelbegriff für schriftliche Befragungen und dient zur Erfassung von Merkmalen (Moosbrugger und Kelava, 2012), hier zum Thema subjektive Gedächtnisstörungen. Es ist eine Zusammenstellung von Fragen, sogenannten Items (Porst, 1998). In dieser Arbeit geht es bei der Befragung insbesondere um quantifizierbare Merkmale und Merkmalsausprägungen der Konzepte und Umgangsstrategien, sowie um die hausärztliche Sicht (Prävalenz und Bedeutung), um die drei zuvor skizzierten Fälle zum Thema Gedächtnisstörungen zu erfassen. Für diese Fragestellung wird ein Fragebogen neu konzipiert, weil es bislang keinen Fragebogen für diese Zielgruppe gibt. Die wissenschaftlichen Anforderungen an die Konstruktion eines Fragebogens unter Einbeziehung der Zielgruppe werden berücksichtigt. Es ist eine Verquickung zwischen Aussagen der Hausärzte (qualitative Erhebung und anschließende kognitive Interviews) und der wissenschaftlichen Expertise zum Thema selbst bezüglich des Wissens über bestehende Konzepte und das Wissen über die Fragebogenkonstruktion. Der Fragebogen ist dadurch ein zentrales Verbindungsstück zwischen der Theorie zu SMI und der Theorie der Fragebogenkonstruktion und der Analyse, um Zusammenhänge zu verstehen (Porst, 2014).

6.2 Spezifische Herausforderung des Verallgemeinerungsdesigns bei der Integration

Laut den GRAMMS sollen die Einschränkungen der einzelnen Methoden sowie die Probleme und Herausforderungen beschrieben werden. Kuckartz (2014) und Burzan (2016) beschreiben bei dem Verallgemeinerungsdesign (Exploratory Sequential Design) das Problem der Übersetzung von qualitativen Daten in ein quantitatives Erhebungsinstrument. Dies kann unter anderem durch Interpretationsfehler in der Analyse entstehen, was eine falsche Übersetzung mit sich bringt. Zudem wird das qualitative Material aus seinen Kommunikationsketten und Wechselwirkungen (normatives Paradigma) gerissen (Burzan, 2016; Kuckartz, 2014; Rink, 2002).

Damit die beschriebene Übersetzungsproblematik von qualitativen Daten in quantitativen Daten nicht erfolgt, ist ein mehrschrittiges Vorgehen mit Verknüpfungen notwendig. Für die Item-Generierung wurde deshalb immer wieder im Ursprungsmaterial (den Interviews) auf die Sinnstrukturen und Kommunikationsketten geschaut und der Bezugsrahmen berücksichtigt. Außerdem wurden die Regeln zur Fragebogenkonstruktion (Porst, 2014) sowie kognitionspsychologische Grundlagen berücksichtigt. Das zyklische und mehrschrittige Vorgehen der Integration wird im folgenden Joint Display dargestellt.

Tabelle 10: Joint Display zur Darstellung der Integration im Bezugsrahmen

1.	Themenableitung und Festlegung der Kategorien aus den qualitativen Interviews
	Beschreibung der Vorgehensweise zur ersten Themen- (und Item-) Ableitung Festlegung und Darstellung der Regeln, welche Kategorien für die Fragebogenkonstruktion berücksichtigt werden
2.	Literaturrecherche zu bestehenden Fragebögen
	Recherche zu angrenzenden Themengebieten und zwar nach bestehenden Items zum hausärztlichen Umgang mit Demenz und kognitiven Beschwerden/Störungen
3.	Vorgehen zur ersten Fragebogenentwicklung im SMI-GP-Team
	Für die Entwicklung des Fragebogens erfolgten mehrfache Tagessitzungen im SMI-GP-Team. Dabei erfolgten in Partnerarbeit Item-Formulierungen mit stetigen Modifizierungsschleifen unter Berücksichtigung einzelner Items aus der Literaturrecherche. Hierbei ging es um die Mikroplanung → Formulierung der Fragen und Antworten und die Makroplanung → die Abfolge der Inhalte und die Gestaltung des Layouts (Paier, 2010). Hierzu wurden die Regeln zur Fragebogenkonstruktion (Porst, 2014), kognitionspsychologische Grundlagen und die Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) nach Ajzen (1991) berücksichtigt
4.	Kognitive Interviews
	Der neu entwickelte SMI-GP-Fragebogen durchläuft einen Pretest durch die kognitiven Interviews. Die Erstversion des Fragebogens wird durch Hausärzte (Zielgruppe) getestet, damit auftretende Schwierigkeiten und Verständnisprobleme bei der Beantwortung der Items erkannt werden können.
	Regeln der methodischen Vorgehensweise zur Integration
	Verzahnung der kognitiven Interviews mit den Bezugsrahmen Der Bezugsrahmen bezieht sich auf alle zuvor beschriebenen Schritte und definierten Regeln.

(eigene Darstellung)

6.3 Vorgehen zur Themenableitung und Festlegung der Kategorien aus den qualitativen Interviews

Aus den Excel-Dateien – eine Datei pro Hauptkategorie (siehe Schritt 6 in Abschnitt 3.3.7 Qualitative Inhaltsanalyse) – wurden die jeweiligen verschriftlichten inhaltsanalytischen Auswertungen genommen. Dieses Material diente als Basis für diesen Schritt der Item-Generierung. Denn durch das Paraphrasieren, indem anschließend mehrfache Bündelungen und Selektion aufgrund von Überschneidungen erfolgen, ist in duplizierten Tabellen eine Reduktion und Zusammenfassung des Materials erfolgt. Eine Voraussetzung für die Item-Generierung bestand darin, dass jede Schlüsselkategorie abgebildet wird. Das heißt konkret, dass alle extrahierten Schlüsselkategorien (der Excel-Dateien) abgebildet sein sollten. Für diesen Schritt wurden die Dateien der qualitativen Inhaltsanalyse, in der jedes Ankerbeispiel paraphrasiert wurde, herangezogen. So wurde in jeder Schlüsseldatei nach Verdichtungsinseln geschaut, das heißt darauf, welche Aussagen besonders häufig vorkamen. Zudem wurde geschaut, welche Aspekte kontrastierend sind und ob verschiedene Facetten von SMI abgedeckt sind. Dieses Vorgehen erfolgte induktiv auf Basis des Materials; zur Item-Generierung wurde außerdem noch deduktiv vorgegangen. Für die Item-Generierung wurde geschaut, ob die Theorien und die definierte Zielsetzung (Fall I) für die Item-Garnierung ausreichend berücksichtigt wird.

Die Schlüsselkategorien sind äquivalent zu den dargestellten qualitativen Ergebnissen (siehe Knowledge Mapping Kapitel 4.2 und 4.3 qualitative Ergebnisse)

Dieses Vorgehen zur Item-Generierung wird in der folgenden Abbildung dargestellt. Die definierten Aspekte entstanden aus einem Projekttreffen mit dem Institutsleiter Herrn Prof. Dr. Wilm. Die Schritte dienen zur Nachvollziehbarkeit und eigenen Validitätsprüfung. Immer wieder wurde geschaut, ob die definierten Aspekte zum Vorgehen der Item-Generierung abgedeckt sind.

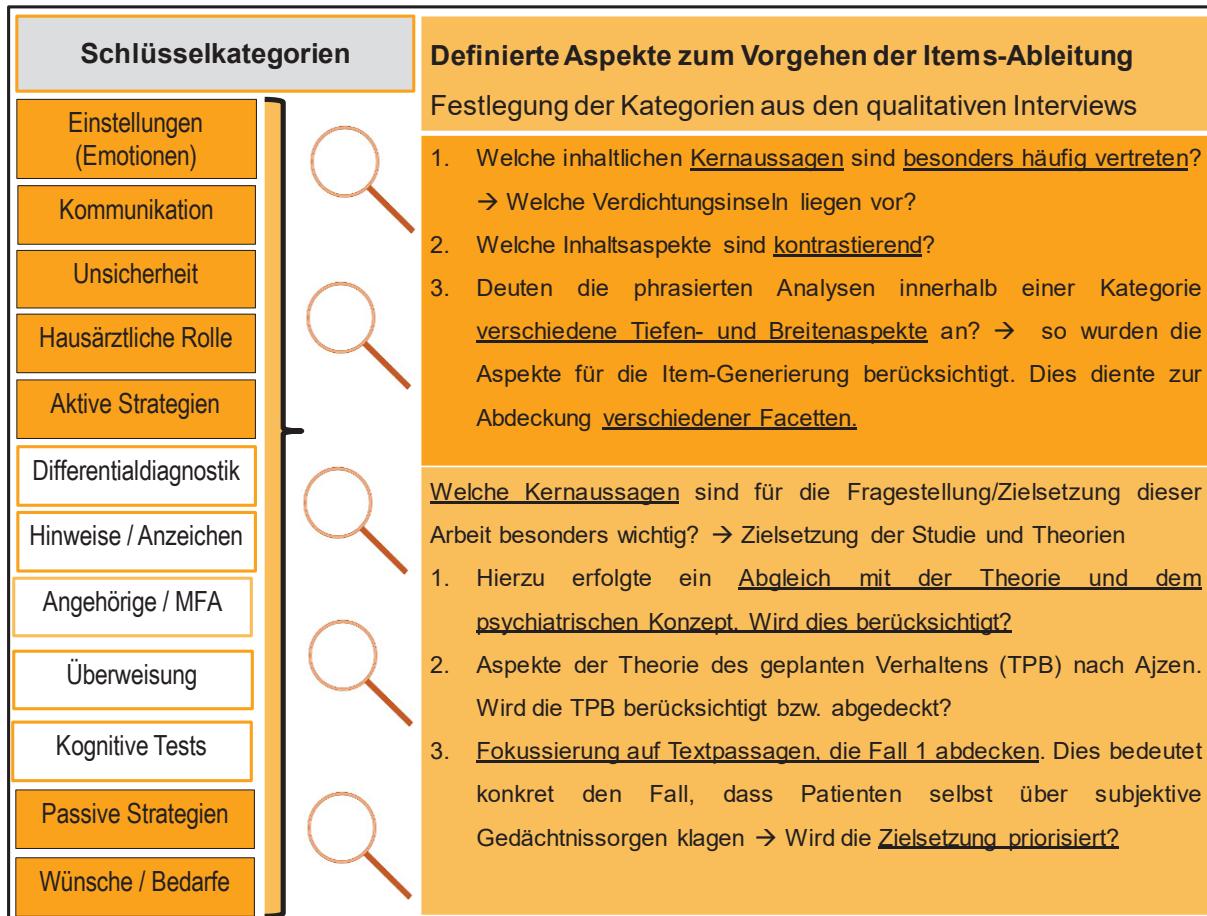


Abb. 7: Definierte Aspekte zum Vorgehen der Item-Generierung im SMI-GP-Projekt
(eigene Darstellung)

Dieses Vorgehen ist zentral, denn darauf basieren die weiteren Schritte und der später konstruierte Fragebogen.

Themenaspekte, die bei der Item-Generierung keine Berücksichtigung finden

Aspekte, die nicht direkt zur Forschungsfrage zählen, sollten nicht als Item abgebildet werden. Dies waren in den Interviews und Fokusgruppen meist Themenfacetten, bei denen die Diskussion abglitt und es konkret um die Demenzversorgung (z. B. Antidementiva-Einsatz, lokale Hilfsangebote) ging und ein Bezug zu SMI nicht mehr herzustellen ist. Wenn die Textpassage mit dem Schwerpunkt Demenz jedoch Erklärungsansätze und Wechselwirkungen zum Thema SMI aufzeigte, wurden diese Aspekte einbezogen, weil darin beispielsweise ein hausärztliches Konzept aufgezeigt worden ist.

Beispielauszug eines generierten Items zum Thema Konzept

Was steckt aus Ihrer Erfahrung dahinter, wenn ein Patient von Gedächtnisproblemen berichtet?

- Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz (=Risikofaktor)?
- Eine sich bereits entwickelnde Demenz?

Abb. 8: Beispielauszug eines generierten Items zum Thema Konzept
(eigene Darstellung)

Vorgehen bei der Extraktion des Materials erste Item-Formulierung

Wie erwähnt wurden die phrasierten Textstellen mit Ankerbeispielen der zehn Excel-Dateien der Inhaltsanalyse genommen, und unter Berücksichtigung der definierten Aspekte fand eine Extraktion der Themen mit einer ersten Item-Formulierung statt. Die Item-Formulierung/Extraktion erfolgte nah am Text des Materials; aus diesem Grund wurden zu diesem Zeitpunkt der Item-Formulierung auch noch nicht die Regeln der Fragebogenkonstruktion und die kognitionspsychologischen Grundlagen berücksichtigt.

Die Extraktion fand jeweils mit einer Kollegin statt: die erste Extraktion aus den fünf Schlüsselkategorien mit einer Diplom-Psychologin und die Extraktion der restlichen vier Schlüsselkategorien mit einer Gesundheitswissenschaftlerin. Durch diese Unterstützung sollten Interpretationsfehler möglichst vermieden werden. Beide Kolleginnen weisen eine langjährige Erfahrung mit qualitativen Methoden auf. Die extrahierten Themen/Items wurden zur Gewährleistung der Intercoder-Reliabilität dem Institutsleiter gezeigt. Dieser sollte sich diese durchlesen und unter Anwendung des lauten Denkens (Think aloud) seinen ersten Eindruck und Gedankengänge offenlegen. Diese erste Themenextraktion und Notizen sind im Anhang C.1 zu finden. Dieser Schritt diente dazu, Interpretationsfehler und die von Kuckartz (2014) und Burzan (2016; Rink, 2002) bereits beschriebenen Übersetzungsprobleme für das Verallgemeinerungsdesign möglichst zu vermeiden.

6.4 Literaturrecherche zu bestehenden Fragebögen

Begründet darin, dass ein Ziel der Studie ist, die Konzepte und Vorgehensweise zum Thema SMI bei Hausärzten quantitativ zu erfassen, wurde nach bestehenden Fragebögen recherchiert. Für den Forschungsantrag und den Artikel zum Design der SMI-GP-Studie, „Subjective memory impairment in general practice. Short overview design of a mixed methods study“ (Pentzek et al., 2017a), wurde bereits zuvor recherchiert (vgl. dazu Kapitel 2.3 Literaturrecherche auf den Seiten 16 und 17).

Zur Konstruktion des SMI-GP-Fragebogens erfolgte von Juni bis November 2017 eine weitere Literaturrecherche zu bestehenden Instrumenten zur Erhebung des hausärztlichen Umgangs mit Demenz und kognitiven Beschwerden. Hierzu wurden folgende vier Datenbanken herangezogen: MEDLINE/Pubmed, PsycINFO, Scopus und PSYNDEXplus with TestFinder.

Dazu wurden drei Blöcke definiert:

- Demenz, Gedächtnis, Kognition
- Hausarzt
- Fragebögen, Items, Leitfäden etc.

Die folgende Tabelle zeigt die drei Blöcke der Suchstrategie:

Tabelle 11: Suchbegriffe der Literaturrecherche

Dementia OR Cognition OR Cognitive OR Memory OR Alzheimer
“Family physician” OR “family practitioner” OR “family doctor” OR “general practitioner” OR “primary care physician” OR “primary health care physician” OR “primary care doctor” OR “Family physicians” OR “family practitioners” OR “family doctors” OR “general practitioners” OR “primary care physicians” OR “primary health care physicians” OR “primary care doctors”

(eigene Darstellung Leucht, Pentzek)

Bei der Recherche erfolgten keine Einschränkungen bezüglich des Publikationsdatums. Diese Suchstrategie erbrachte nach Deduplikation 3.445 Artikel. Es folgte die Bewertung der Relevanz für die Fragestellung (quantitative Erfassung des hausärztlichen Umgangs mit Demenz/Gedächtnisbeschwerden), zunächst auf Ebene von Titel und Abstract, dann auf Volltextebene. Final wurden 75 Referenzen in eine Citavi-Bibliothek überführt und in den Originalartikeln nach Items zum Thema gesucht. Die identifizierten Items wurden auf Brauchbarkeit für unsere Fragestellung untersucht, in die Faktoren der Theorie des geplanten Verhaltens eingeordnet und dann ggf. auf unseren Fragebogen sprachlich, inhaltlich und formal angepasst. Relevante Items aus diesem Prozess sind in der folgenden Tabelle zu finden.

Berücksichtigung von Items aus der Literaturrecherche

In der folgenden Tabelle erfolgte eine Gegenüberstellung einzelner Items aus der Literaturrecherche und den konstruierten Items. Neue Aspekte sind in der Literaturrecherche nicht gefunden worden.

Tabelle 12: Abgleich gefundener Items aus der Literaturrecherche

Items aus der Literatur (bezogen auf Demenz)	Quelle:	Transformation/Modifizierung der Item-Inhalte für den SMI-GP-Fragebogen
▪ Patients with memory problems screened for depression	(Baloch et al., 2010)	In ähnlicher Weise die Abfrage der Konzepte → Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression?
Geht es in diesem Text um die Pflegevorausplanung bei schweren Demenzen? Eher Advance Care Planning (ACP)	(Brazil et al., 2015)	Nutzen Sie die Gedächtnisprobleme als Anlass, um mit dem Patienten über Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht zu sprechen?
▪ A large majority reported they performed thyroid function (77 %), B12 (75 %) and Folic acid tests (75 %) to outrule reversible causes of cognitive impairment when dementia was suspected. ▪ Only 40 % requested CAT and 12 % MRI brain scans for diagnostic work up	(Cahill et al., 2006) (Cahill et al., 2006)	▪ Bieten Sie gezielt Labordiagnostik zur Abklärung körperlicher Ursachen an? ▪ Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an? ▪ Ein Instrument zur Unterscheidung, ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben

Items aus der Literatur (bezogen auf Demenz)	Quelle:	Transformation/Modifizierung der Item-Inhalte für den SMI-GP-Fragebogen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Main barriers to diagnosis identified by GPs included difficulty differentiating normal ageing from symptoms of dementia (31 %) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ When in consultation with a person who I suspect has dementia, I am happy for a carer or family member to be present (Item 4) ▪ 9. If a patient presented for consultation ... but appeared disorientated or confused, I would consider further questioning about their cognitive state... 	(Edwards et al., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie bewerten Sie es, wenn Angehörige Ihnen von mögl. Gedächtnisproblemen eines Patienten berichten? ▪ Empfinden Sie es als hilfreich, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen? ▪ Prüfen Sie im Gespräch grob das Gedächtnis mit individuellen Fragen (z. B. nach der letzten Mahlzeit, dem Wochentag, Namen etc.)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gegenüber meinen Demenzpatienten fühle ich mich hilflos (Item 3) ▪ Am liebsten würde ich mit der Versorgung von Demenzpatienten nichts zu tun haben. (Item 4) 	(Kaduszkiewicz et al., 2007a)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ ist man machtlos.“ ▪ „Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab.“ ▪ „Solche Gespräche übers Gedächtnis würde ich am liebsten abwiegen.“
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ich kann viel tun, um die Lebensqualität Demenzkranker zu verbessern ▪ Die Begleitung von Patienten mit Demenz ist für mich eine befriedigende Aufgabe. 	(Kaduszkiewicz et al., 2009a)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten.“ ▪ „Ich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnisprobleme.“
<p>Vorgehen → Rubrik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Labor ▪ Bildgebende Diagnostik 	(Maeck et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bieten Sie gezielt Labordiagnostik zur Abklärung körperlicher Ursachen an? ▪ Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ I prefer to have nothing to do with the care of dementia patient (Item 2) ▪ Managing dementia is more often frustrating than rewarding (Item 3) ▪ The early detection of dementia benefits the patient (Item 4) 	(Mason et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab.“ ▪ „Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn die Angehörigen kommen und klagen.“ Oder „Diese berichteten Gedächtnisprobleme sind störend/nervig.“ ▪ „Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten.“
<p>Aspekt (kein Items)</p> <p>When a physician knows that a patient's ability to provide a history may be limited by cognitive impairment, he or she can arrange to gather additional information from someone who knows the patient well.</p>	(McCarten und Borson, 2014)	<p>Angehörige einbeziehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfinden Sie es als hilfreich, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen? ▪ Bitten Sie den Angehörigen, mit dem Patienten gemeinsam in die Praxis zu kommen? ▪ Schlagen Sie dem Patienten vor, die Angehörigen einzubestellen, um auch deren Einschätzung zu erfahren?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ How much do you feel you professionally have to offer in the management of patients with dementia? ▪ Administer a memory test 	(McIntosh et al., 1999)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ ist man machtlos.“ ▪ „Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten.“ ▪ Bieten Sie einen Gedächtnistest an?

Items aus der Literatur (bezogen auf Demenz)	Quelle:	Transformation/Modifizierung der Item-Inhalte für den SMI-GP-Fragebogen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Question 1: "Which healthcare professionals are officially responsible for the diagnosis of dementia?" (Item 1) ▪ Question 6: "Do primary care physicians refer a suspected case of dementia to a secondary care specialist? 	(Petrazzuoli et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner.“ ▪ „Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär Aufgabe von Neurologen/Psychiatern.“ ▪ Bieten Sie an, den Patienten zu einem Neurologen / Psychiater zu überweisen?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Do you conduct diagnostic evaluations based on early signs or symptoms, patient concerns 	(Stewart et al., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gleichen Sie die berichteten Probleme gezielt mit Ihrem Eindruck von mögl. Veränderungen des Patienten ab? ▪ Prüfen Sie im Gespräch grob das Gedächtnis mit individuellen Fragen (z. B. nach der letzten Mahlzeit, dem Wochentag, Namen etc.)? ▪ Bieten Sie einen Gedächtnistest an?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Item 12. I administer cognitive screening tests for suspected presence of a memory disorder or other cognitive impairment ▪ Item 13. I suggest in depth laboratory exams and/or neuroimaging in early stage of cognitive decline 	(Veneziani et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bieten Sie einen Gedächtnistest an? ▪ Bieten Sie gezielt Labordiagnostik zur Abklärung körperlicher Ursachen an? ▪ Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an?

(eigene Darstellung)

6.5 Vorgehen zur ersten Fragebogenentwicklung im SMI-GP-Team

Für die Entwicklung des Fragebogens erfolgten mehrfache Tagessitzungen im SMI-GP-Team (Michael Pentzek und Verena Leucht). In diesem Schritt wurden kontinuierlich die Regeln zur Fragebogenkonstruktion und die kognitionspsychologischen Grundlagen berücksichtigt. Zuerst wurde das Material gesammelt, geordnet und festgelegt. Aus den zehn Excel-Dateien der qualitativen Inhaltsanalyse (eine Datei pro Schlüsselkategorie) wurden die Kerninhalte auf mehreren Flipcharts notiert. Mit Zurhandnahme des Flipchart-Papiers ¹⁴ wurden die thematischen Blöcke festgelegt. Für jedes Flipchart erfolgten in Partnerarbeit erste Item-Formulierungen. Diese Items wurden direkt in den Computer eingegeben. Jede Formulierung wurde untereinander diskutiert und gegebenenfalls modifiziert. Zudem wurden die Regeln zur Fragebogenkonstruktion und die kognitionspsychologischen Grundlagen angewendet und immer wieder induktiv überprüft.

Erst nach diesen Schritten erfolgte die Integration des vorherigen Arbeitsprozesses, um Übersetzungsprobleme zu vermeiden. Nach der unabhängigen Item-Formulierung erfolgte jetzt ein Abgleich zu den zuvor extrahierten Formulierungen/Items (Abschnitt 3.6.3), die durch ein anderes methodisches Herangehen extrahiert worden ist. An dieser Stelle wurde überprüft, ob alle Inhalte des vorherigen Schritts integriert sind bzw. berücksichtigt worden sind. Zudem wurde geschaut, ob die Items noch der AlltagsSprache und den Sinnstrukturen der Hausarztinterviews entsprachen, weil der vorherige methodische

¹⁴ Auf Anfrage kann dies auf der CD eingesehen werden.

Schritt sich sehr an der Interviewsprache orientiert hatte, jedoch nicht die Kriterien zur Fragebogenkonstruktion berücksichtigt hat. Hierfür wurde zudem bei Bedarf (Unsicherheit/Unstimmigkeit) auf das Ursprungsmaterial der Interviews zurückgegriffen. Immer wieder erfolgten Rücküberprüfungen, ob die Forschungsfrage, die Theorie des geplanten Verhaltens und die kognitionspsychologischen Grundlagen der Befragung ausreichend berücksichtigt worden waren. Es erfolgten viele Modifizierungsschleifen zur Entwicklung des Fragebogens. Bei den Modifizierungsschleifen sollten insbesondere bedeutsame Aspekte der Zielgruppe des Fragebogens berücksichtigt werden, wie z. B. die Sprache oder die Themenpriorisierung der Hausärzte. Durch eine adäquate Mikro- und Makroplanung sollte für die Hausärzte das Ausfüllen des Fragebogens erleichtert werden und somit auch die Motivation zur Teilnahme an der Befragung geweckt bzw. aufrechterhalten werden.

6.6 Theorien und Regeln zur Integration

Im folgenden Abschnitt werden weitere Regeln und Theorien beschrieben, die bei der Integration der qualitativen Daten in den quantitativen Daten berücksichtigt wurden.

6.6.1 Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) nach Ajzen

Den theoretischen Bezugsrahmen der SMI-GP-Studie bildet die Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen (Theory of Planned Behavior = TPB) (Ajzen, 1991). Die Anwendung der Theorie des geplanten Verhaltens kann relevante Informationen für eine Konzeption von SMI in der Hausarztarztmedizin liefern, indem aufgezeigt wird, auf welchen Überzeugungen die Einstellungen, Normen und Verhaltenskontrollen fußen und damit die Intentionen des Handelns des Hausarztes basieren. Die theoretische Rahmung dient dazu, verschiedene Aspekte des Handelns inhaltlich bei der Item-Generierung abzudecken und zu erklären. Pentzek hat in den Forschungsantrag der SMI-GP-Studie das Modell von Ajzen (1991) an die SMI-GP-Studie angepasst. Im Folgenden wird die Grafik der TPB für die SMI-GP-Fragestellung skizziert.

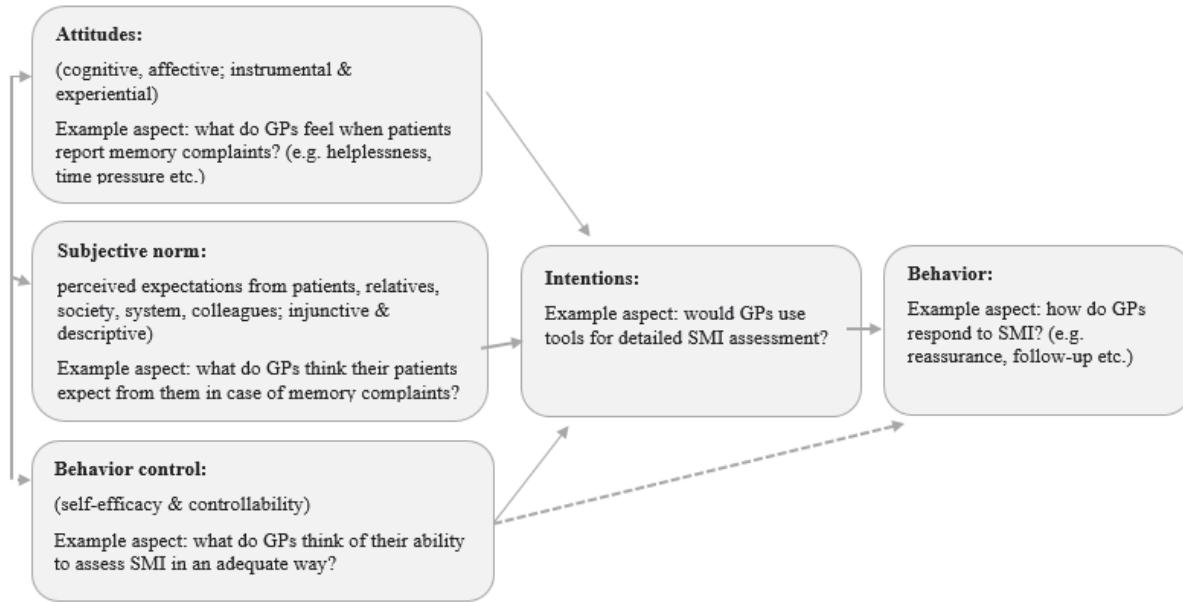


Abb. 9: Theorie des geplanten Verhaltens (TPB Ajzen), angewandt auf die SMI-GP-Studie
(Pentzek et al., 2017a)

In dieser Studie wird die Theorie des geplanten Verhaltens als Planungshilfe für die Konstruktion des Fragebogens genutzt. Das heißt konkret, dass jedes Item des Fragebogens, das aus den qualitativen Interviews abgeleitet ist, einem Konstrukt der Theorie des geplanten Verhaltens zugeordnet wird (Ajzen, 1991). Diese Zuordnung ist in Anhang C.7 für jedes gebildete Item ersichtlich. Alle folgenden Erklärungen der Theorie werden im Rahmen dieser Dissertation auf den Hausarzt bezogen.

1. Einstellungen

Die Einstellungen werden wie folgt unterteilt (Ajzen, 1991):

- (a) Bei der **erfahrungsbedingt-affektiven Einstellung** (experiential/affective attitude) geht es um eine emotionale Bewertung des gefragten Verhaltens. Beispiel: Ist es Ihnen als Hausarzt unangenehm, Ihre Patienten aktiv auf das Gedächtnis anzusprechen?
- (b) Bei der **instrumentell-kognitiven Einstellung** (instrumental/cognitive attitude) geht es um die Überzeugung von den Effekten eines Verhaltens. Was bringt es, ein bestimmtes Verhalten durchzuführen? Beispiel: Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt dem Patienten.

2. Wahrgenommene Verhaltenskontrolle

Die wahrgenommene Kontrolle wird wie folgt untergliedert (Ajzen, 1991):

- (a) Bei der **Selbstwirksamkeit** geht es darum, subjektiv zu bewerten, inwiefern es schwierig oder einfach ist, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Beispiel: Fällt es Ihnen bei langjährigen oder sehr gut bekannten Patienten leichter, diese auf das Gedächtnis anzusprechen?

(b) Bei der **Kontrollierbarkeit** geht es darum, inwieweit der Hausarzt das Gefühl hat, selbst als Akteur einen Einfluss nehmen zu können. Beispiel: Beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ ist man machtlos.

3. Subjektive Norm

Die subjektive Norm wird wie folgt unterteilt (Ajzen, 1991):

(a) Die **injunktive Norm** bezieht sich auf die subjektive Wahrnehmung, welches Verhalten von anderen gebilligt oder erwartet wird. Beispiel: Erwarten Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten, diagnostische Maßnahmen?

(b) Die **deskriptive Norm** bezieht sich auf die subjektive Wahrnehmung, wie sich die meisten Peers oder Experten (Kollegen, Vorbilder) gewöhnlich verhalten. Beispiel: Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär Aufgabe von Neurologen/Psychiatern. Die Interpretation in Bezug auf die deskriptive Norm wäre im Falle der Bejahung, dass diese generalisierte Aufgabenzuweisung an eine andere als die eigene Gruppe logisch verknüpft ist mit der Wahrnehmung, dass das Verhalten in der eigenen Peer-group gewöhnlich nicht durchgeführt wird.

4. Intention

Sie beschreibt, inwieweit eine Verhaltensabsicht besteht (Ajzen, 1991). Beispiel: Solche Gespräche übers Gedächtnis würde ich am liebsten abwiegen.

5. Verhalten

Dies bezieht sich auf das Vorliegen eines konkreten Verhaltens (Ajzen, 1991). Wie reagiert bzw. verhält sich der Hausarzt bei SMI? Beispiel: Stellen Sie gezielt Nachfragen, in welchen Situationen sich die Gedächtnisprobleme äußern?

6.6.2 Kognitionspsychologische Grundlagen der Befragung

Bei dem konstruierten Fragebogen geht es insbesondere darum, typische Verhaltensweisen (Verhaltensdispositionen), Meinungen und Einstellungen der Hausärzte zu erfassen, wenn es um subjektive Gedächtnisstörungen ihrer älteren Patienten geht. Hier geht es insbesondere um die Selbstauskunft, wie der Hausarzt üblicherweise handelt und was er dazu denkt, bezüglich der drei dargestellten Fälle zum Thema Gedächtnisstörungen. Deshalb ist bei der Konstruktion der Antwortskalen die Ausprägung des Merkmals (hoch/niedrig) von Bedeutung und nicht ein Richtig oder Falsch. Dies ist wie folgt begründet:

„Da es sich um subjektive Angaben handelt, ist eine Verfälschung im Sinne einer gezielten Beeinflussung in beide Richtungen (faking good/bad) möglich, d. h. sowohl eine Simulation einer scheinbar höheren, als auch eine Dissimulation einer scheinbar niedrigen Merkmalsausprägung“ (Moosbrugger und Kelava, 2012, S. 30).

Für die Beantwortung einzelner Items eines Fragebogens sind die kognitionspsychologischen Annahmen von Bedeutung (Tourangeau und Rasinski, 1988; Strack und Martin, 1987). Exemplarisch wird in

dieser Arbeit die kognitionspsychologische Annahme von Strack und Martin (1987) in der folgenden Tabelle veranschaulicht.

Denn dieser kognitive Prozess läuft bei der Beantwortung von Einstellungs- und Verhaltensfragen ab (Kuckartz, 2013), was beim SMI-GP-Fragebogen der Fall ist. Dieser kognitive Prozess wurde versucht bei der Itemskonstruktion und Itemdarstellung zu beachten. Deshalb wird sich bei der Begründung der Modifizierung einzelner Items (im Ergebnisteil der Integration) auf diese Theorie bezogen.

Tabelle 12: Kognitionspsychologische Annahmen für die Beantwortung von Items

Kognitionspsychologische Annahmen bei einer Befragung	
1.	Die gestellte Frage verstehen
2.	Relevante Informationen aus dem Gedächtnis abrufen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Einstellungsfragen eine bereits gebildete Meinung aus der Erinnerung abrufen oder relevante Informationen abrufen, die es erlauben, ein Urteil zum Befragungsgegenstand zu bilden ▪ Bei Verhaltensfragen sich an relevante Ereignisse erinnern, sie gegebenenfalls datieren, eventuell die Zahl der relevanten Ereignisse bestimmen oder sie schätzen
3.	Sich auf Basis dieser Informationen ein Urteil bilden
4.	Dieses Urteil gegebenenfalls in ein Antwortformat einpassen
5.	Gegebenenfalls ein „privates“ Urteil vor Weitergabe an den Interviewer „editieren“

(Strack und Martin, 1987)

6.6.3 Mikroplanung des Fragebogens

Die Mikroplanung bezieht sich auf die Formulierung der Fragen und Antworten.

Die Themen und der Sprachduktus des Fragebogens stützen sich, wie mehrfach erwähnt, auf die qualitativen Erhebungen. Der überwiegende Teil der Item-Blöcke ist als Frage-Item formuliert worden. Manche Items wurden bewusst als Statements der anderen Hausärzte dargestellt, worauf im Fragebogen verwiesen worden ist. Bei der späteren postalischen Fragebogenerhebung handelt es sich um eine selbst-administrierte Befragung; dies bedeutet, dass die Hausärzte selbst den Fragebogen ausfüllen (Menold, 2015). Von zentraler Bedeutung ist deshalb die Verständlichkeit und Unmissverständlichkeit der einzelnen Fragen, Instruktionen und Beschreibungen im gesamten Fragebogen (Mayer, 2013). Um möglichst klare, verständliche Fragen zu formulieren, wurden die 10 Gebote der Frageformulierung von Rolf Porst (2001; 2014) berücksichtigt. Diese Gebote der Frageformulierung sind im Anhang C.2 skizziert und anhand von Beispielen aus unseren Vorentwürfen dargestellt. Diese Regeln wurden immer wieder mit den Fragebogen rücküberprüft.

Entwickelte Items für den Fragebogen

Es wurden 139 Items von der Doktorandin und dem Projektleiter konstruiert. Zentral waren für die Item-Formulierung, Ableitung und Darstellung die beschriebenen Aspekte (hier im Kapitel der Integration) sowie die zuvor beschriebenen zentralen sieben Auswertungsschritte des qualitativen Materials.

Auf den folgenden vier Seiten werden die konstruierten Items dargestellt, die jedoch durch das spätere Pretestverfahren in Form der kognitiven Interviews weiter modifiziert worden sind. Zur Übersichtlichkeit wird der zwölfseitige vorläufige Fragebogen (Variante des kognitiven Interviews) hier nicht abgebildet, sondern ist im Anhang C.3 zu finden. Die in Ampelfarben dargestellten Kreise bzw. der Stern deuten an, ob die Items unverändert für die Endversion des Fragebogens übernommen, modifiziert oder aus dem Erhebungsinstrument herausgenommen worden sind. Die Ergebnisse der darauf folgenden kognitiven Interviews und die Endvariante werden später im Ergebnisteil der Integration präsentiert.

Tabelle 13: Entwickelte Items für den Fragebogen Version kognitive Interviews

Legende in Ampelfarben	
	Item wurde nicht verändert
	Veränderung des Satzbaus (Kerninhalt ist gleich geblieben)
	Item wurde modifiziert
	Item wurde aus dem Fragebogen raus genommen
	Kompletter Item-Block wurde aus dem Fragebogen raus genommen

1. Häufigkeiten zu Fall I, Fall II und Fall III	
... dass Ihnen ein älterer Patient von sich aus erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet	
... dass Sie bei einem älteren Patienten erstmalig Gedächtnisdefizite vermuten	
... dass Sie einen älteren Patienten (direkt oder indirekt) erstmalig auf dessen Gedächtnis ansprechen?	
... dass Angehörige/Bekannte eines Patienten zu Ihnen kommen und Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen des Patienten berichten?	
... dass Ihre Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie erstmalig auf mögliche Gedächtnisdefizite eines Patienten hinweisen?	

2. Ansprache Gedächtnis (Fall II)	
Wenn Sie als Hausarzt einen älteren Patienten auf sein Gedächtnis ansprechen, welchen ungefähren Wortlaut verwenden Sie üblicherweise?	

3. Vorgehen (Strategien → Fall I Patienten, die über Gedächtnisprobleme berichten)	
Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?	●
Wiegeln Sie ein solches Gespräch übers Gedächtnis ab?	
Stellen Sie gezielt Nachfragen zur genauen Art der berichteten Gedächtnisprobleme?	●
Stellen Sie gezielt Nachfragen zur Dauer der berichteten Gedächtnisprobleme?	●
Fragen Sie den Patienten nach möglichen Auslösern der Gedächtnisprobleme?	●
Bieten Sie einen Gedächtnistest an?	●
Warten Sie erstmal ab und beobachten den Patienten im weiteren Verlauf?	●
Bieten Sie Labordiagnostik an?	●
Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an?	●
Bieten Sie an, den Patienten zu einem Neurologen/Psychiater zu überweisen?	●
Fragen Sie den Patienten nach Belastungen und Stressoren, die mit den berichteten Gedächtnisproblemen in Zusammenhang stehen könnten?	●
Machen Sie Vorschläge zur Erhaltung der geistigen Fitness (z. B. zu Gedächtnistraining)?	●
Bestellen Sie die Angehörigen ein, um deren Einschätzung zu erhalten?	●
Nutzen Sie die berichteten Gedächtnisprobleme als Anlass, um mit dem Patienten über Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zu sprechen?	●

4. Konzepte	
... ist dies Zeichen einer noch nicht greifbaren Demenzvorstufe?	●
... ist dies meist ein Grund zur Sorge?	●
... ist oft das Gedächtnis auch wirklich beeinträchtigt?	●
... ist dies Zeichen einer Depression oder belastenden Lebenskrise?	●
... ist dies Zeichen einer beginnenden Demenz?	●
... ist dies ein Risikofaktor für eine später auftretende Demenz?	●
... kann man sowieso nichts machen?	●

5. Erfahrungen/ Einschätzungen bezüglich Fall I (Patienten, die über Gedächtnisprobleme berichten)	
... sind in der Praxis zeitaufwendig?	●
... sind eher „schwierige“ Persönlichkeiten?	●
... sind durch die Medien aufgeschreckt?	●
... verspüren große Not?	●
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Diagnostik?	●
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Beschwichtigung?	●
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Behandlung?	●

6. Erwartungshaltung / Einschätzung (Fall I) Wie schätzen Sie Ihre Patienten ein?	
Wollen Ihre Patienten mit Ihnen übers Gedächtnis sprechen?	●
Haben Ihre Patienten Ihrer Erfahrung nach Hemmungen, Sie als Hausarzt auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	●
Ist es den Patienten unangenehm, mit Ihnen übers Gedächtnis zu sprechen?	●
Wenn Sie Patienten auf deren Gedächtnis ansprechen (würden), blocken diese das Gespräch ab?	●
Wenn Sie Patienten auf deren Gedächtnis ansprechen (würden), fühlen diese sich gekränkt?	●

7. Einstellungen / Emotionen Fall I (Patienten, die über Gedächtnisprobleme berichten)	
„.... das ist störend/nervig?“	
„.... das macht mich hilflos?“	
„.... da fühle ich mich kompetent?“	
„.... da bin ich der richtige Ansprechpartner?“	
„.... da weiß ich direkt, was ich anbieten kann?“	
„.... da will ich am liebsten die Verantwortung teilen?“	
„.... das überfordert mich?“	
„.... das macht mich traurig?“	
„.... das berührt mich persönlich?“	
„.... das macht mich wütend?“	
„.... das ist mir unangenehm?“	
„.... das erzeugt einen Druck, dass ich irgendetwas machen soll (diagnostisch/therapeutisch)?“	
8. Einstellungen/ Emotionen → Wenn Angehörige zu Ihnen kommen (Fall III)	
... empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis?	
... empfinden Sie einen Druck, dass Sie irgendetwas machen sollen (diagnostisch/therapeutisch)?	
... empfinden Sie es als entlastend, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?	
... erhöht das für Sie das Konfliktpotenzial zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?	
... macht das für Sie die Behandlung komplexer?	
9. Vorgehen, wenn Angehörige Hinweise geben (Fall III)	
Bitten Sie den Angehörigen, zunächst mit dem Patienten gemeinsam in die Praxis zu kommen?	
Bestellen Sie den Patienten zunächst alleine ein, um ihn selbst zu seiner Sicht auf sein Gedächtnis zu befragen	
Bestellen Sie den Patienten zunächst alleine ein, um einen Gedächtnistest mit ihm durchzuführen?	
Bestellen Sie den Patienten zunächst alleine ein, um mit ihm über die Aussage des Angehörigen zu sprechen?	
Warten Sie zunächst ab und beobachten den Patienten im Verlauf?	
Sonstiges	
10. Rolle der MFA (Fall II)	
Welche Rolle spielt Ihre Medizinische Fachangestellte (MFA) bei der frühen Wahrnehmung möglicher Gedächtnisprobleme?	
11. Wer führt in Ihrer Praxis Gedächtnistests durch?	
Sie selbst	
Ein ärztlicher Kollege	
Eine medizinische Fachangestellte (MFA)	
Sonstige:	
Niemand – in Ihrer Praxis wird nicht getestet.	

12. Vorgehen /Strategien: Welche Gedächtnistests werden in Ihrer Hausarztpraxis durchgeführt?	
DemTect	
MMST bzw. MMSE (Mini-Mental-Status-Test)	
Uhrzeichen-Test (Clock Drawing Test)	
VAT (Visueller Assoziationstest)	
MoCA (Montreal Cognitive Assessment)	
TFDD (Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung)	
Sonstige	
Keine	



13. Aus Ihrer Sicht: Was beabsichtigen Sie persönlich mit Gedächtnistests?	
Objektivierung möglicher Gedächtnisstörungen?	
Dokumentation, dass Sie das Gedächtnis überprüft haben?	
Den Patienten überhaupt etwas anbieten können?	
Beruhigung besorgter Patienten?	
Diagnostik im Verlauf (mehrere Tests in zeitlichem Abstand)?	
Entscheiden, ob Sie überweisen sollen?	



14. Einstellungen/Erfahrungen zu Gedächtnistests	
„Gedächtnistests können meiner Erfahrung nach nur die schon stärker ausgeprägten Defizite aufdecken“	
„Meiner Erfahrung nach kann ich mit einem Gedächtnistest schon leichte Gedächtnisdefizite gut erkennen.“	
„Seitdem man Gedächtnistests abrechnen kann, führen wir sie öfter durch.“	
„Ich als Hausarzt kann Veränderungen im Gedächtnis der Patienten intuitiv früher erkennen als ein Test.“	
„Ich lehne Gedächtnistests ab, weil man keine Konsequenzen ableiten kann.“	
„Die Durchführung von Gedächtnistests gelingt in meiner Hausarztpraxis gut.“	
„Die Durchführung von Gedächtnistests ist mir unangenehm.“	
„Gedächtnistests stören die übliche Arzt-Patient-Kommunikation.“	



15. Einstellung → Was meinen Sie zu Patienten, die Sie schon lange und/oder sehr gut kennen im Vergleich zu weniger gut bekannten Patienten?	
„Wenn solche gut bekannten Patienten mich aufs Gedächtnis ansprechen wollen....: ...fällt mir das viel schwerer.“ weder noch- ...fällt mir das viel leichter	



16. Einstellungen → Was meinen Sie zu Patienten, die Sie schon lange und/oder sehr gut kennen im Vergleich zu weniger gut bekannten Patienten?	
Wenn ich als Hausarzt solche gut bekannten Patienten aufs Gedächtnis ansprechen will....: ...fällt mir das viel schwerer.“ weder noch- ...fällt mir das viel leichter	



17. Aktive Strategien (Einstellungen) Was wären für Sie Gründe für eine Überweisung von Patienten mit Gedächtnisproblemen zu Neurologen/Psychiatern?	
Herausfinden der Ursachen der Gedächtnisprobleme mittels weitergehender Diagnostik?	
Wenn Patient und Angehörige sich uneinig über Gedächtnisprobleme sind?	
Um besorgte Patienten mit einer Zweitmeinung zu beruhigen?	
Wenn Patienten Ihnen nicht glauben, dass Gedächtnisprobleme vorliegen könnten?	
Damit das Thema nicht Ihre Arzt-Patient-Beziehung belastet?	
Weil Sie sich unsicher fühlen bei diesem Thema?	
Weil Sie sich mit einer Zweitmeinung absichern möchten?	
Um dem Patienten überhaupt etwas anbieten zu können?	
Weil Sie die Verantwortung abgeben möchten	
Weil das Thema Gedächtnisprobleme für die Hausarztpraxis zu zeitaufwändig ist?	



18. Hausärztliche Rolle	
„Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner.“	
„Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab.“	
„Ich persönlich sehe mich in Sachen Gedächtnis als Vermittler zwischen Patient und dessen Angehörigen“	
„Ich persönlich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnisprobleme“	
„Gedächtnisprobleme gehören für mich persönlich genauso zu meiner hausärztlichen Arbeit wie andere Probleme auch.“	
„Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär eine Aufgabe von Neurologen/Psychiatern.“	
„Die Versorgung von Menschen mit Gedächtnisproblemen gehört in hausärztliche Hand.“	

19. Passive Strategien → Welche Gründe sprechen für Sie persönlich DAGEGEN, als Hausarzt einen Patienten aktiv auf sein Gedächtnis anzusprechen (Fall II)	
Weil lieber die Patienten selbst das Thema bei Ihnen ansprechen sollten.	
Weil lieber Angehörige/Bekannte das Thema bei Ihnen ansprechen sollten.	
Weil Sie keine „schlafenden Hunde“ wecken wollen (das Thema vermeiden).	
Weil Sie niemanden beleidigen oder stigmatisieren möchten.	
Weil	
Es gibt keine Gründe dagegen.	

20. Passive Strategien → Patientengruppen bei denen die Ansprache vermieden wird (Fall II)	
Ja, bei sehr alten Patienten	
Ja, bei Heimbewohnern	
Ja, bei Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. Depression)	
Ja, bei Patienten mit Multimorbidität	
Ja, bei Patienten in guter sozialer Einbettung (z. B. Familie)	
Ja, bei folgenden Patienten vermeiden Sie das Thema Gedächtnis eher:.....	
Nein, Sie vermeiden es bei keiner bestimmten Patientengruppe	

21. Einstellungen „aktives Vorgehen Ansprache aufs Gedächtnis“(Fall II)	
Ja, wenn Sie als Hausarzt bereits Gedächtnisauffälligkeiten beim Patienten vermuten?	
Ja, wenn Angehörige/Bekannte Ihnen von Gedächtnisauffälligkeiten eines Patienten berichten?	
Ja, wenn Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie auf Gedächtnisauffälligkeiten eines Patienten hinweisen?	
Ja, sprechen Sie fast alle ab einem gewissen Alter routinemäßig aufs Gedächtnis an?	
Ja, besonders folgende Patientengruppen sprechen Sie aktiv aufs Gedächtnis an:	
Nein, Sie sprechen das Thema nie an.	
22. Vorgehen Kommunikation → Wie greifen Sie üblicherweise das Thema Gedächtnis mit Ihren Patienten auf? (Fall II)	
indirekt, z. B. über das Ansprechen möglicher Nebenwirkungen der Medikation	
mit offenen Fragen, wie es allgemein mit dem Denken o. dem Gedächtnis klappt	
direkt, mit Hinweis auf die Früherkennung einer möglichen Demenz	
23. Ansprache Einstellungen /Emotionen (Fall II)	
Ist es Ihnen persönlich unangenehm, einen Patienten aufs Gedächtnis anzusprechen?	
Trifft nicht zu: Ich spreche Patienten nie darauf an.	
24. Wünsche / Arbeitshilfen	
Ein Algorithmus mit klaren Handlungsempfehlungen zum weiteren Vorgehen	
Frühzeitige Einbindung von Spezialisten	
Kollegiale Fallbesprechung	
Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Netzwerk	
Ein Instrument (Test oder Fragebogen), um unterscheiden zu können, ob Patienten sich unbegründet sorgen oder tatsächlich Gedächtnisdefizite bestehen	
Ein Instrument (Test oder Fragebogen) zur wiederholten Erfassung von Gedächtnisproblemen (Verlaufsdiagnostik)	

(eigene Darstellung)

6.6.4 Makroplanung des Fragebogens

Die Makroplanung bezieht sich auf die Abfolge der Inhalte und die Gestaltung des Layouts (Paier, 2010).

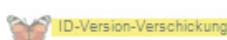
Aufbau des Fragebogens: Die Reihenfolge der Item-Blöcke wurde im Vorentwurf für den Pretest bewusst nicht gesteuert, sondern ergab sich zufällig nach Item-Entwicklung. Die Reihenfolge der Item-Blöcke sollte zu einem späteren Zeitpunkt durch die Verquickung der Ansichten der Zielgruppe im Pretest (kognitive Interviews) und der wissenschaftlichen Expertise festgelegt werden. In den kognitiven Interviews wird explizit danach gefragt, welche Item-Blöcke die Befragten interessant finden. Items, die als sehr interessant wahrgenommen werden, werden später an den Anfang gesetzt. Deshalb wird die Reihenfolge nach den kognitiven Interviews gesteuert und festgelegt (siehe Ergebnisse des kognitiven Interviews).

Porst (1998) sowie Gehlbach und Artino (2018) beschreiben, dass eine Befragung mit spannenden Fragen beginnen sollte, welche die Befragungsperson persönlich betreffen, jedoch einfach zu beantworten

sind (Porst, 2014). Der Aufbau der Fragen soll für den Teilnehmer nachvollziehbar und logisch sein und die Frageblöcke sollten thematisch gegliedert werden (Porst, 2014; Gehlbach und Artino, 2018).

Layout: Die Autorin dieser Arbeit hat sich intensiv mit dem Deckblatt und Layout des schriftlichen Fragebogens beschäftigt. Ein ansprechendes Design und Layout mit klaren Strukturen können sich positiv auf die Teilnahmemotivation der befragten Hausärzte und die Rücklaufquote und somit die Quantität auswirken (Porst, 2001, 2014; Scholl, 2009). Außerdem kann durch eine klare Struktur die Gefahr des Übersehens von Antwortkategorien minimiert werden; dies kann wiederum Auswirkungen auf die Qualität des Erhebungsinstruments haben (Porst, 2014; Scholl, 2009). Deshalb war ein weiteres Ziel bei der Erstellung des Fragebogens, ein einheitliches Design mit einer klaren Struktur zu entwickeln. In der folgenden Abbildung werden die Struktur und das Layout des Fragebogens dargestellt. Diese Struktur wurde für den gesamten Fragebogen berücksichtigt und eingehalten.

 UKD Universitätsklinikum Düsseldorf	 HEINRICH HEINE UNIVERSITÄT DÜSSELDORF																																										
Nun geht es um den Fall, dass Angehörige zu Ihnen kommen und von Gedächtnisproblemen eines Ihrer Patienten berichten.																																											
<p>12) Wie bewerten Sie es, wenn Angehörige Ihnen von mögl. Gedächtnisproblemen eines Patienten berichten?</p> <p>(1 Kreuz pro Zeile!)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>nein</th> <th>ehler weniger</th> <th>ehler schon</th> <th>ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nehmen Sie die <u>Erwartungshaltung</u> wahr, dass Sie irgend etwas machen sollen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Empfinden Sie es als <u>hilfreich</u>, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verkompliziert das für Sie die <u>Kommunikation</u> zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			nein	ehler weniger	ehler schon	ja	Empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie die <u>Erwartungshaltung</u> wahr, dass Sie irgend etwas machen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empfinden Sie es als <u>hilfreich</u> , das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verkompliziert das für Sie die <u>Kommunikation</u> zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	nein	ehler weniger	ehler schon	ja																																							
Empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Nehmen Sie die <u>Erwartungshaltung</u> wahr, dass Sie irgend etwas machen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Empfinden Sie es als <u>hilfreich</u> , das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Verkompliziert das für Sie die <u>Kommunikation</u> zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<p>13) Wie bewerten Sie für sich folgende mögliche nächste Schritte?</p> <p>(1 Kreuz pro Zeile!)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>nein</th> <th>ehler weniger</th> <th>ehler schon</th> <th>ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bitten Sie den Angehörigen, mit dem Patienten <u>gemeinsam</u> in die Praxis zu kommen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bestellen Sie den Patienten <u>alleine</u> ein?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beobachten Sie den Patienten im Verlauf, <u>ohne ihn</u> aufs Gedächtnis anzusprechen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			nein	ehler weniger	ehler schon	ja	Bitten Sie den Angehörigen, mit dem Patienten <u>gemeinsam</u> in die Praxis zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestellen Sie den Patienten <u>alleine</u> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beobachten Sie den Patienten im Verlauf, <u>ohne ihn</u> aufs Gedächtnis anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
	nein	ehler weniger	ehler schon	ja																																							
Bitten Sie den Angehörigen, mit dem Patienten <u>gemeinsam</u> in die Praxis zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Bestellen Sie den Patienten <u>alleine</u> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Beobachten Sie den Patienten im Verlauf, <u>ohne ihn</u> aufs Gedächtnis anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<p>Nun einige Häufigkeitsangaben:</p> <p>14) Schätzen Sie bitte grob folgende Häufigkeiten pro Quartal ein:</p> <p>(1 Kreuz pro Zeile!)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>0-2 Mal</th> <th>3-5 Mal</th> <th>6-15 Mal</th> <th>16-30 Mal</th> <th>31-50 Mal</th> <th>>50 Mal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wie oft kommt es pro Quartal vor, dass Ihnen ein älterer Patient erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wie oft berichten <u>Angehörige/Bekannte</u> älterer Patienten Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen eines Patienten?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wie oft weisen <u>Ihre Mitarbeiter</u> (MFA, Kollegen) Sie erstmalig auf mögliche Gedächtnisprobleme älterer Patienten hin?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wie oft <u>vermuten Sie selbst</u> bei älteren Patienten erstmalig Gedächtnisprobleme?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wie oft <u>sprechen Sie selbst</u> als Hausarzt ältere Patienten erstmalig aktiv auf deren Gedächtnis an?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			0-2 Mal	3-5 Mal	6-15 Mal	16-30 Mal	31-50 Mal	>50 Mal	Wie oft kommt es pro Quartal vor, dass Ihnen ein älterer Patient erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft berichten <u>Angehörige/Bekannte</u> älterer Patienten Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen eines Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft weisen <u>Ihre Mitarbeiter</u> (MFA, Kollegen) Sie erstmalig auf mögliche Gedächtnisprobleme älterer Patienten hin?	<input type="checkbox"/>	Wie oft <u>vermuten Sie selbst</u> bei älteren Patienten erstmalig Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	Wie oft <u>sprechen Sie selbst</u> als Hausarzt ältere Patienten erstmalig aktiv auf deren Gedächtnis an?	<input type="checkbox"/>															
	0-2 Mal	3-5 Mal	6-15 Mal	16-30 Mal	31-50 Mal	>50 Mal																																					
Wie oft kommt es pro Quartal vor, dass Ihnen ein älterer Patient erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Wie oft berichten <u>Angehörige/Bekannte</u> älterer Patienten Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen eines Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Wie oft weisen <u>Ihre Mitarbeiter</u> (MFA, Kollegen) Sie erstmalig auf mögliche Gedächtnisprobleme älterer Patienten hin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Wie oft <u>vermuten Sie selbst</u> bei älteren Patienten erstmalig Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Wie oft <u>sprechen Sie selbst</u> als Hausarzt ältere Patienten erstmalig aktiv auf deren Gedächtnis an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Nun bitte nur noch die Rückseite ausfüllen.																																											



Vielen Dank – bitte weiter auf der nächsten Seite!

7

Abb. 10: Darstellung des Layouts und der Struktur des SMI-Fragebogens
(eigene Darstellung Leucht, Pentzak)

Von der ersten Idee bis zur Endvariante des Fragebogens sind einige Entwürfe entstanden. Dabei erfolgten ein kontinuierlicher Austausch und ständiges Brainstorming mit Michael Pentzek, dessen Anregungen stetig mit eingeflossen sind. Insbesondere hat die Autorin dieser Arbeit die Inputs und Beobachtungen aus den kognitiven Interviews sowie die Anregungen aus dem multiprofessionellen Team des ifams berücksichtigt (siehe Ergebnisse der kognitiven Interviews). Zuletzt wurde für den Feinschliff die interne Expertise von Bärbel Möllmann, einer Diplom-Grafikerin (Mitarbeiterin des ifams), eingeholt. Für das gesamte Erhebungsinstrument wurden die Farbtöne Orange, Blau, Grau und Schwarz verwendet. Hierbei wurden die Farbtöne des Institutslogos aufgegriffen.

Die folgende Abbildung zeigt ein Skelett eines Item-Blocks des vorläufigen Erhebungsinstruments (Struktur vor dem Pretest). Zur klaren Struktur wurde in der jeweiligen Zeile des Items unterschiedliche Farbschattierungen angewendet. Die Items wurden blockweise gebündelt nach Themendifferenzierung. Weitere Berücksichtigungsmerkmale waren eine gute leserliche Schriftart sowie nicht zu viel Text pro Zelle. Damit später ein valides und anwendungsorientiertes Erhebungsinstrument für die Zielgruppe zur Verfügung steht, haben praktizierende Hausärzte den vorläufigen Fragebogen in einem Pretest in Form von kognitiven Interviews getestet, woraus sich weitere Modifizierungen zur Makroplanung ergeben haben. Um Redundanzen zu vermeiden, werden diese Modifizierungen im Ergebnisteil Integration dargestellt.

Instruktionstext →

Itemblock → Text zum Fall/Thema des Blocks	verbalisierte vierstufige Ratingsskala mit Abstufung der Zustimmung			
Frageitem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frageitem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frageitem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 11: Antwortenkett des SMI-Fragebogens
(eigene Darstellung Leucht, Pentzek)

6.7 Kognitive Interviews

Der neu entwickelte SMI-GP-Fragebogen durchlief wie erwähnt einen Pretest durch die kognitiven Interviews. Die schriftliche Befragung ist ein reaktives Verfahren, das eine Vielzahl von Fehlerquellen in sich birgt (Paier, 2010). Zwar gibt es allgemeine Regeln zur Konstruktion eines Fragebogens bezüglich Fragetypen, Fragebogenaufbau oder Filterführung oder die zuvor genannten Regeln von Porst. Jedoch gibt es keine Theorie, in der genau die Details ableitbar sind (Schnell et al., 2011). Zudem gibt es kein Erhebungsinstrument zum Thema subjektive Gedächtnisstörungen in der Hausarztpraxis, an dem sich

das Studienteam orientieren konnte. Aus diesem Grund sollte vor Beginn der tatsächlichen Erhebungsphase der entwickelte Fragebogen durch einen Pretest empirisch getestet werden (Schnell et al., 2011). Zudem soll der konstruierte Fragebogen postalisch an 1.000 Hausärzte versendet werden; somit könnten bei Verständnisproblemen nicht wie bei einer persönlichen Befragung direkte Nachfragen erfolgen. Damit später ein valides und anwendungsorientiertes Erhebungsinstrument für die Zielgruppe zur Verfügung steht, haben in dieser Studienphase praktizierende Hausärzte den vorläufigen Fragebogen im Rahmen von kognitiven Interviews getestet und beurteilt (Prüfer und Rexroth, 2005). Durch diese Einblicke in die kognitiven Prozesse bei der Beantwortung eines Items sollen Probleme/Herausforderung aufgedeckt werden können (Lenzner et al., 2015).

Zur Überprüfung des Instruments sind insbesondere die Verständlichkeit und Plausibilität der Fragen untersucht worden. Folgende Aspekte sollten durch den Pretest beantwortet werden:

- Sind die Items eindeutig, klar und verständlich formuliert?
- Werden bedeutsame Begriffe verstanden?
- Können die Items mit dem Antwortformat beantwortet werden?
- Was ist gut, was ist verbesserungswürdig bei dem vorläufig konzipierten Erhebungsinstrument?
- Wie ist das Interesse der Befragten? Welche Items werden als interessant eingestuft?
- Welche Probleme lassen sich in der teilnehmenden Beobachtung bei der Beantwortung der Fragen im Erhebungsinstrument erkennen

(Döring und Bortz, 2016)

6.7.1 Rekrutierungsstrategie

Für die Stichprobe der kognitiven Interviews wurden bekannte Personen ausgewählt, das heißt Praxispartner oder angestellte Mitarbeiter der hausärztlich tätigen Kollegen des ifam. Es sollten Hausärzte mit unterschiedlichen Merkmalen einbezogen werden, die eine Generalisierung der Aussagen auf die Grundgesamtheit der typischen Hausärzte widerspiegeln (Prüfer und Rexroth, 2005). Zu diesem Zweck wurde – wie bei den qualitativen Interviews – nach folgenden Merkmalsträgern stratifiziert: städtisch, ländlich, weiblich, männlich, jüngere und ältere Hausärzte. Zudem nannten die Kollegen des ifams Personen, die interessiert und motiviert sind, die kognitiven Interviews durchzuführen, die die Fähigkeit besitzen und darin geübt sind, kognitive Prozesse dem Testleiter offenzulegen, und Persönlichkeiten sind, die nicht nach sozialer Erwünschtheit antworten (Prüfer und Rexroth, 2005). Die Stichprobe umfasste fünf Teilnehmer. Die Ein- und Ausschlusskriterien waren die gleichen wie bei den narrativen Interviews und Fokusgruppendiskussionen.

6.7.2 Vorgehen bei der Durchführung

Die kognitiven Interviews wurden vor Ort, in der jeweiligen Hausarztpraxis durchgeführt. Die Interviews hat der Forschungsleiter durchgeführt. Zu Beginn eines Interviews wurden die Hausärzte gebeten,

gemäß den ethischen Bestimmungen die Einwilligungserklärung zu lesen und zu unterschreiben. Des Weiteren sollten sie einen Kurzfragebogen auszufüllen, der weitere Variablen über das Teilnehmerkollektiv dieser Stichprobe liefern sollte. Der Kurzfragebogen war der gleiche Fragebogen wie in den qualitativen Interviews. Nach der Vorstellung des Testleiters erfolgte eine kurze Information über den Sinn und das Vorgehen des kognitiven Interviews. In dieser Phase wurde darauf hingewiesen, dass nicht der Hausarzt selbst getestet wird, sondern dass alle Hinweise und Anmerkungen für das Studienteam hilfreich sind und zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Erhebungsinstruments dienen. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, den vorläufigen Fragebogen kritisch zu bewerten und dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt (Prüfer und Rexroth, 2005). Dies wurde noch einmal verbalisiert, weil es sich um Praxiskollegen der Mitarbeiter des ifams handelt; durch den Hinweis sollten Effekte der sozialen Erwünschtheit vermieden werden (Prüfer und Rexroth, 2005).

Jedes kognitive Interview wurde mit vorherigem Eingeständnis des jeweiligen Hausarztes digital aufgezeichnet. Zudem wurde jede Aussage vom Testleiter im Leitfaden des kognitiven Interviews protokolliert. Des Weiteren erfolgten Memos bei Auffälligkeiten in der teilnehmenden Beobachtung, beispielsweise wenn der Hausarzt den grauen Instruktionsblock übersieht.

Im folgenden Abschnitt des Interviews wurden die getesteten Items, die Instruktionen sowie die dazu angewandte Technik des kognitiven Interviews erläutert und deren Auswahl begründet und stellt zugleich den Inhalt bzw. die Gliederung des kognitiven Leitfadens dar. Welche Technik für welches Item angewendet wird, sowie die Leitfadenerstellung erfolgte von der Autorin dieser Arbeit und wurde am Ende leicht vom Forschungsleiter modifiziert. Der Leitfaden befindet sich in der Anlage C.4 dieser Arbeit. Der Leitfaden wurde auf Basis der Empfehlungen von Prüfer und Rexroth entwickelt.

6.7.3 Angewandte Techniken

Retrieval Probing: Beim Retrieval Probing geht es um die Informationsbeschaffung bzw. Informationsgewinnung. Hier wurde nachgefragt, wie der Hausarzt bei der Informationsbeschaffung vorgegangen ist. Das Retrieval Probing wurde für den ersten Frageblock ausgewählt. Bei diesem geht es um eine Einschätzung zu Häufigkeiten, beispielsweise wie oft ein älterer Patient von sich aus erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet oder wie oft der Hausarzt bei einem älteren Patienten erstmalig Gedächtnisdefizite vermutet. Das Retrieval Probing wurde für den ersten Block ausgewählt, weil sich diese Technik insbesondere für retrospektive Fragen eignet. Das Studienteam war sich bei der Item-Konstruktion des Fragebogens unsicher, ob die retrospektive Frage besser durch Zahlenangaben oder durch Häufigkeitsangaben pro Quartal angegeben werden sollte. Hier sollte durch Rückerinnerungsprozesse überprüft werden, inwiefern die gegebene Antwort mit der verwendeten Skalierung geschätzt oder verlässlich ist (Prüfer und Rexroth, 2005).

Tabelle 14: Beispielausschnitt zur Technik Retrieval Probing

1. Bitte schätzen Sie ein: Wie oft kommt es pro Quartal vor, ... <i>(1 Kreuz pro Zeile!)</i>	(fast) nie	nur wenige Male pro Quartal	mehrere Male pro Quartal	(fast) wöchentlich
----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------

(eigene Darstellung)

Comprehension Probing: Bei der Technik des Comprehension Probing geht es um das Verständnis eines Begriffs. Dies ist darin begründet, dass der Begriff „Gedächtnis“ mehrfach in dem entwickelten Fragebogen vorkommt und das zentrale Forschungsthema darstellt. Mit dieser Technik sollte der Begriff „Gedächtnis“ in eigenen Worten erklärt werden. Der Testleiter hat hierzu gefragt: „Wie haben Sie das Wort ‚Gedächtnis‘ verstanden?“ Diese Frage zielt darauf ab, zu eruieren, ob ein einheitliches Begriffsverständnis vorliegt (Prüfer und Rexroth, 2005).

Tabelle 15: Beispielausschnitt zur Technik Comprehension Probing

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Wenn Sie als Hausarzt einen älteren Patienten auf sein Gedächtnis ansprechen, welchen ungefähren Wortlaut verwenden Sie üblicherweise? |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- Das mache ich nie:

(eigene Darstellung)

Paraphrasing: Der folgende Text ist mit der Technik des Paraphrasings überprüft worden.

Tabelle 16: Beispielausschnitt zum Paraphrasing

In den folgenden Fragen beziehen wir uns auf Patienten, die von sich aus über Gedächtnisprobleme berichten (Sie als Hausarzt bisher aber nichts bemerkt haben)!

(eigene Darstellung)

Dieser Text gilt für die zahlreichen Items der Fragebogenbatterie und repräsentiert das zentrale Konzept von SMI. Deshalb soll der Hausarzt dem Testleiter den Text mit eigenen Worten wiedergeben. Hierfür sagt der Testleiter: „Bitte erklären Sie in eigenen Worten, was gemeint ist.“ Diese Technik zielt darauf ab, zu überprüfen, ob der Hausarzt wie vorgesehen den Fragetext adäquat interpretiert (Prüfer und Rexroth, 2005).

Think aloud: Die Technik des lauten Denkens dient zur Offenlegung des gedanklichen Prozesses. Hier soll der Hausarzt die Gedankenabläufe bei der Beantwortung der Items im Block 3 durch das laute Denken offenlegen. Der Item-Block 3 bezieht sich auf 14 Items dazu, wie der Hausarzt üblicherweise vorgeht, wenn ein Patient erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet, beispielsweise ob er überweist oder gezielt Nachfragen zur genauen Art der berichteten Gedächtnisprobleme stellt oder ob er erst abwartet und im Verlauf beobachtet. Durch das Verbalisieren des Denkprozesses sollen die Überlegungen zur Beantwortung der Items offengelegt werden. Hier sollte insbesondere darauf geachtet werden, ob Frage-Items und Antwortskalen zusammenpassen. Die Antwortskalen für den Item-Block 3 werden auch für den Item-Block 6, Item-Block 9 und 17 angewendet. Begründet darin, dass der Item-Block drei die meistens Items umfasst, wird bei diesem Block davon ausgegangen, dass durch das laute Denken und die damit verbundene Offenlegung am besten geschaut werden kann, ob die Überlegungen mit den

gegebenen Antwortskalen zusammenpassen. Die Think-aloud-Technik eignet sich insbesondere bei retrospektiven Items, was im Item-Block 3 der Fall ist (Prüfer und Rexroth, 2005).

Tabelle 17: Beispielausschnitt zur Prüfung mit der Technik Think aloud

2. Ein Patient berichtet Ihnen von Gedächtnisproblemen: Wie gehen Sie üblicherweise vor? 1 Kreuz pro Zeile!	NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwiegend	JA auf jeden Fall
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-----------------------------	---------------	-------------------

(eigene Darstellung)

Category Selection Probing: Die Technik „Category Selection Probing“ wird angewendet, nachdem der Hausarzt den Frageblock 7 beantwortet hat. Bei Frageblock 7 geht es um die Emotionen des Hausarztes, wenn ein Patient über Gedächtnisprobleme berichtet, beispielsweise: Das überfordert mich oder das ist störend/nervig. Dieser Item-Block umfasst 12 Items. Item-Block 7 und 8 weisen die gleichen Antwortskalierungen auf. Hier sucht der Forschungsleiter drei Items heraus: ein Item, das der Hausarzt auf der Antwortskala ganz links angekreuzt hat, eines, das mittig, und eines, das ganz rechts angekreuzt wurde. Bei der Anwendung von Category Selection Probing wird der Hausarzt gefragt, warum er die Antwortskala ganz links, mittig oder rechts gewählt hat. Bei dieser Technik geht es um die Überprüfung, ob der Hausarzt die Skala richtig verstanden hat. Verständnisprobleme sind oft im Survey formal nicht sichtbar, lassen sich aber durch die Begründung der gewählten Antwort eruieren (Prüfer und Rexroth, 2005).

Tabelle 18: Beispielausschnitt zur Prüfung von Category Selection Probing

7. Was löst es bei Ihnen aus, wenn ein Patient Ihnen über Gedächtnisprobleme berichtet? (Bitte 1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN empfinde ich überhaupt nicht so	NEIN empfinde ich tendenziell nicht so	JA empfinde ich überwiegend so	JA empfinde ich genau so
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

(eigene Darstellung)

Des Weiteren wurden Item-Block 13 mit der Technik des Category Selection Probing überprüft.

Tabelle 19: Beispielausschnitt zur Prüfung von Category Selection Probing

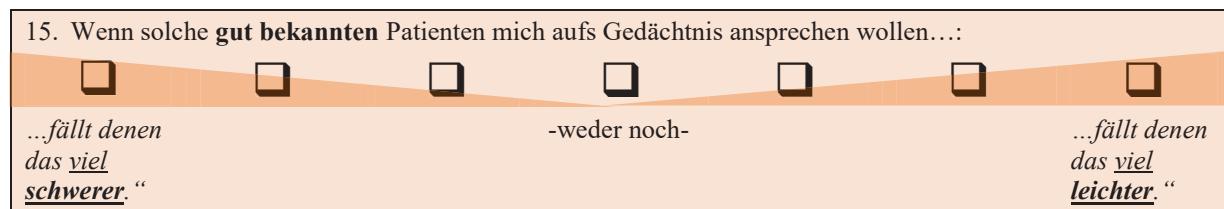
13. Aus Ihrer Sicht: Was beabsichtigen Sie persönlich mit Gedächtnistests? (Bitte 1 Kreuz pro Zeile!)	kein Ziel / allenfalls nebensächlich	eher nachgeordnetes Ziel	bedeutsames Ziel	oberstes Ziel
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	------------------	---------------

(eigene Darstellung)

Confidence Rating: Die Technik „Confidence Rating“ dient zur Bewertung der Verlässlichkeit einer Antwort. Diese Technik eignet sich insbesondere für Rückerinnerungsfragen von Faktfragen. Hierfür fragt der Forschungsleiter zum beantworteten Item-Block 15 oder 16 (gleiche Skalierung) den Hausarzt, wie sicher er bei der Einstufung der Antwort war. (Prüfer und Rexroth, 2005)

Tabelle 20: Beispielausschnitt zur Prüfung von Confidence Rating

Was meinen Sie zu Patienten, die Sie schon lange und/oder sehr gut kennen im Vergleich zu weniger gut bekannten Patienten?



(eigene Darstellung)

Methodenkritik bei der Durchführung der kognitiven Interviews

Den fünf Teilnehmern des kognitiven Interviews wurde der gesamte Fragebogen vorgelegt. Für diesen Pretest wurde der Fragebogen so verwendet, wie er für die schriftliche postalische Versendung versendet werden sollte. Die vorgelegte Version umfasste zwölf DIN-A4-Seiten (Deckblatt, Instruktion, verschiedene Item-Blöcke und Kontaktdataen). Zudem lag dem Testleiter ein Leitfaden zum Vorgehen bei den kognitiven Interviews vor. Diesen Leitfaden hatte die Autorin zuvor erstellt.

Die Durchführung erwies sich als problematisch, weil die zuvor beschriebenen Techniken der kognitiven Interviews wie Think aloud, Comprehension Probing oder Paraphrasing (Prüfer und Rexroth, 2005) teilweise nicht wie vorgesehen umgesetzt werden konnten. Durch die Vorlage des gesamten Fragebogens wollten die Hausärzte teilweise direkt antworten. Wenn der Testleiter einzelne Items mit den verschiedenen Techniken des kognitiven Interviews testen wollte, wurde teilweise weiter gelesen oder die Teilnehmer antworteten nicht auf die gestellte Frage oder wendeten nicht die geforderte Technik an.

Eine Darstellung eines Items pro Seite hätte möglicherweise das methodische Vorgehen erleichtern und die beschriebene Schwierigkeit minimieren können. Durch die Darstellung en bloc konnte jedoch gut erfasst werden, welche Items als interessant oder weniger interessant empfunden wurden.

6.7.4 Vorgehen bei der Auswertung

Für die Auswertung der kognitiven Interviews wurden die handschriftlichen Interviewprotokolle herangezogen. Zuerst wurden alle Protokolle der kognitiven Interviews von der von der Autorin durchgelesen, um einen Gesamteindruck vom Material zu erhalten. Anschließend wurde jedes Interviewprotokoll von der Doktorandin in den Computer übertragen und elektronisch gesichert.

Zudem wurden für jedes kognitive Interview Audioaufnahmen erstellt. Diese konnten zur Auswertung bei Bedarf herangezogen werden, weil möglicherweise in den Interviewsituationen nicht immer alles vollständig mitgeschrieben werden konnte. Um zu prüfen, ob die Kernaspekte im Protokoll enthalten sind, hat die Doktorandin (die nicht die Interviews durchgeführt hatte) die jeweilige Aufnahme abgehört. Jedoch waren die Interviewprotokolle inhaltlich vollständig und somit keine ergänzenden Notizen notwendig. Aus Zeit- und Kostengründen erfolgte keine Transkription des Materials. Im Setting dieser Studie wird dies auch nicht als unbedingt notwendig erachtet.

Um einen Vergleichshorizont darzustellen, wurde für jedes abgefragte Item eine Datenmaske erstellt. Für diesen Schritt wurden alle protokollierten Interviews herangezogen. Zur Vereinfachung der Auswertung wurde pro Item bzw. angewendete Technik die jeweilige Antwort jedes Interviewteilnehmers in die Skelettmasken übertragen. Das heißt, dass jedes getestete Item des kognitiven Interviews ($n = 5$) fünf Antworten in der jeweiligen Datenmaske hatte und im Anhang C.5 „Ergebnisse des kognitiven Interviews“ zu finden ist. Die Gegenüberstellung der einzelnen Antworten der Interviewteilnehmer diente dazu, einen Vergleichshorizont der Antworten und Argumentationsstrukturen ersichtlich zu machen. Somit wurden Schlüsselargumente sowie homogene und heterogene Ansichten sofort ersichtlich. Die folgende Tabelle stellt einen Ausschnitt dieses beschriebenen Schrittes zur visuellen Veranschaulichung dar.

Tabelle 21: Beispielausschnitt der Datenmaske zur Übertragung der Antworten aus den kognitiven Interviews

ID	Kernaussage des kognitiven Interviews
KI 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Was ist ein älterer Patient?“ ▪ KI 1 fehlt eine Altersangabe, er wünscht sich eine Spezifizierung. ▪ Er sagt, spontane Sorgen sind deshalb selten, weil er vorher systematisch Basisassessments durchführt und damit den Sorgen zuvorkommt. ▪ Er hätte lieber als Antwortoption Zahlen, z. B. fast nie, bis fünf Mal, bis zehn Mal, mehr als zehn Mal.
KI 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Anmerkung
KI 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenige und mehrere Male ist zu ungenau. ▪ Wünscht lieber eine Anzahl/Mengenangabe.
KI 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skalierung: wöchentlich (sehr extrem für sie, weil sie nur halbtags arbeitet)
KI 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehrere Kreuze direkt hinter dem Text → direkt in die Zeile

(eigene Darstellung)

Zum weiteren Vorgehen und Orientierungsrahmen wurde analysiert, ob die gegebene Antwort oder Aussage ein Problem darstellt.

Hier wurde geschaut, ob mehrere Hausärzte ein Problem inspiziert haben oder eine Abänderung wünschten. Wenn dies der Fall war, war dies ein Hinweis für die Notwendigkeit der Modifizierung eines Items.

Wenn ein Hausarzt ein Problem inspiziert hatte (z. B. das Item nicht verstanden hatte) oder einen Änderungsvorschlag hatte, wurde geschaut, ob seine Argumentation plausibel ist.

Des Weiteren wurde geschaut, ob ein Aspekt im kognitiven Interview als besonders positiv inspiziert wurde und somit untermauert wird, dass dieser Aspekt im Fragebogen nicht modifiziert werden sollte.

Zur weiteren Objektivierung der Modifizierung der Items wurden die Memos über verbale Äußerungen analysiert, die wichtige Hinweise für diesen Modifizierungsschritt liefern konnten (DeMaio und Landreth, 2004): Wenn beispielsweise der Hausarzt Schwierigkeiten mit dem Verständnis einer Frage hatte, ist als Memo notiert worden: „der Hausarzt versteht zwei verwendete Begrifflichkeiten nicht“. Zudem

wurden die Memos aus der teilnehmenden Bobachtung analysiert, beispielsweise die Hausärztin über sieht den grauen Instruktionsblock. Diese Memos gaben wiederum Hinweise für eine mögliche Modifizierung. Anschließend verfasst die Doktorandin zu jeder Datenmaske der Gegenüberstellung ein Fazit.

Tabelle 22: Beispieldausschnitt der Datenmaske zur Modifizierung des Fragebogens

Fazit → Modifizierungs vorschlag	Eingrenzung der Begrifflichkeit „älterer Patient“. Vorschlag einer Altersangabe, wie es beim Geriatrischen Basisassessment oder wie bei der AgeCoDe-Studie erfolgt. Wunsch: Mengen-/Zahlenangabe, damit eine klare Zuordnung möglich ist. Da KI 1 und KI 3 eine fehlende Mengen- oder Zahlenangabe angemerkt haben, sollte dieser Wunsch berücksichtigt werden. Bei der Anpassung des Antwortformates „eine feinere Angabe“ berücksichtigen, dass Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, auch eine adäquate Antwort geben können.
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(eigene Darstellung)

Zur Entscheidungsfindung der Modifizierung ist zu den oben genannten Aufzählungen immer zum Orientierungsrahmen eine Rückkopplung der dazugehörigen Passagen aus den qualitativen Interviews erfolgt, woraus die Items konstruiert worden sind. Zudem wurde immer bei einem Vorschlag aus dem kognitiven Interview abgeglichen, ob die Grundlagen der Fragebogenkonstruktion mit dem neuen Vorschlag Berücksichtigung finden. Dieser Schritt diente zur Validierung, damit nicht durch fünf kognitive Interviews eine Verzerrung stattfindet und von Ursprungsmaterial und dessen Sinnstrukturen völlig abgewichen wird. Durch das Auswertungsverfahren der kognitiven Interviews erfolgte eine weitere Modifizierung und Reduzierung der Items.

6.8 Rücklauferhöhende Maßnahmen

Schriftliche Befragungen stellen eine bedeutsame und häufig verwendete Forschungsmethode dar (Burns et al., 2008; Paier, 2010). Mit der schriftlichen postalischen Methode kann eine große, weit verstreute Stichprobe untersucht werden (Menold, 2015). Auch die kostengünstigeren Websurveys konnten die schriftlich-postalischen Befragungen nicht verdrängen (Menold, 2015). Bei adäquater Fragebogenkonstruktion unter Beachtung der Gütekriterien können schriftliche Befragungen wertvolle Ergebnisse in der angewandten und grundlagenorientierten Forschung liefern (Burns et al., 2008). Eine der Voraussetzungen ist eine hohe Rücklaufquote (Burns et al., 2008). Schriftliche Umfragen leiden oft unter einer geringen Rücklaufquote; die Rücklaufquoten sind hier im Vergleich zu persönlich-mündlichen oder telefonischen Befragungen deutlich geringer (Porst, 2001). Die angegebenen Rücklaufquoten bei postalischen Befragungen sind sehr unterschiedlich: Gratton und Jones (2004) beschreiben eine häufige Rücklaufquote von um 5 %. In der Metaanalyse von Shih und Fan (2008) wird eine Rücklaufquote von ca. 40 % angegeben. Die Rekrutierung und Teilnahmebereitschaft ist jedoch in der Primärversorgung als gering und schwierig einzustufen (Bower et al., 2009). Giezendanner et al. (2019) geben eine Rücklaufquote von 21 % an; bei dieser schriftlichen Befragung ging es um die Einstellung der Allgemeinmediziner zur Früherkennung von Demenz (Giezendanner et al., 2019). Wangler et al. (2018b) geben bei einer Fragebogenerhebung zur Einstellung der Demenzdiagnostik 17 % an. Diese Studien wären mit der

SMI-GP-Studie vergleichbar. Des Weiteren wird beschrieben, dass die Teilnahmebereitschaft bei akademischen Hausarztpraxen und Netzwerken deutlich höher ist als bei Praxen, die über eine Zufallsstichprobe von Listen (beispielsweise aus Listen der Kassenärztlichen Vereinigungen) angeschrieben werden (Bleidorn et al., 2012; Güthlin et al., 2012; Viehmann et al., 2014).

Bei der SMI-GP-Studie erfolgte zum einen eine bundesweite Befragung der Hausärzte; somit besteht eine räumliche Distanz zwischen der Forschungseinrichtung und Befragten. Zum anderen wurden die befragten Ärzte zufällig stratifiziert; somit liegt kein persönlicher Kontakt vor. Diese beiden Aspekte implizierten zudem, dass Anreize geschaffen werden sollten, damit die Hausärzte motiviert werden teilzunehmen (Menold, 2015a). Um eine hohe Rücklaufquote zu erzielen, wurden drei Hauptstrategien angewendet:

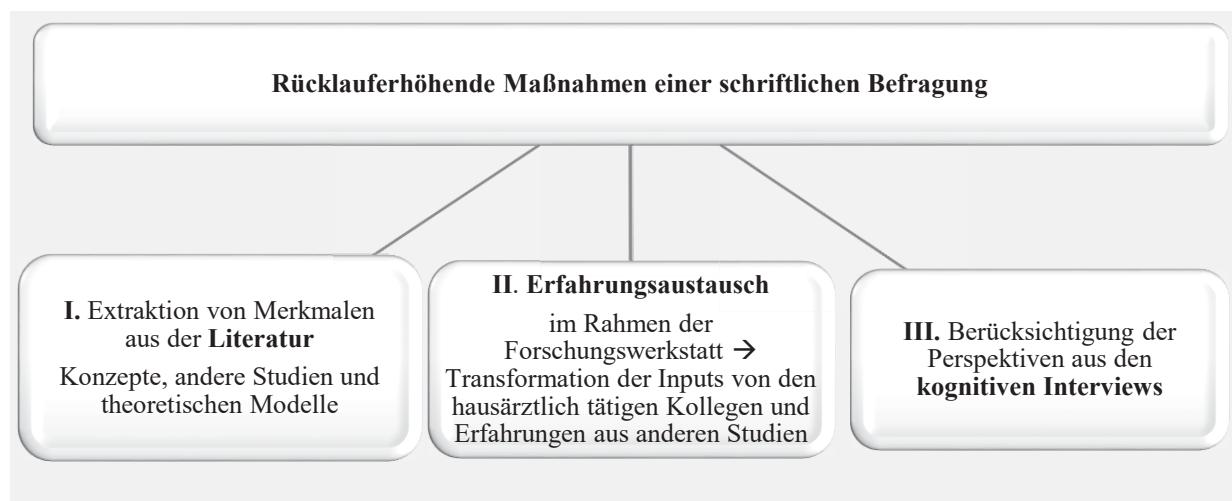


Abb. 12: Drei Hauptstrategien zur Erhöhung des Rücklaufs einer schriftlichen Befragung
(eigene Darstellung)

Erstens wurde Literatur zu rücklauferhöhenden Umfragetechniken berücksichtigt. Es wurde nach theoretischen Erklärungsmodellen recherchiert, welche die Teilnahmebereitschaft erhöhen. Unter anderem wurde die von Dillman (2000) definierte Tailored-Design-Methode (TDM) berücksichtigt. Des Weiteren wurde nach Reviews und Studien recherchiert, in denen es um schriftliche Befragungen in der Medizin insbesondere der Primärversorgung ging (Bleidorn et al., 2012; Burns et al., 2008; Edwards et al., 2009; Messner et al., 2016; Rosemann und Szecsenyi, 2004; Viehmann et al., 2014). Des Weiteren wurde nach Reviews und Studien recherchiert, in denen es um schriftliche Befragungen in der Medizin ging. Berücksichtigt wurden u. a. die Reviews von Burns et al. (2008) „A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians“ als auch das Cochrane Review von Edwards et al. (2009). Zudem wurde nach sozialwissenschaftlichen Methoden zum Thema schriftliche Befragung recherchiert (Menold, 2015; Paier, 2010; Porst, 2001). Insgesamt sind Merkmale aus den Bereichen Personalisierung, Layout, Versandart und Kontaktaufnahme, Vermeidungen von Verzerrungen und theoretische Erklärungsmodelle zur Erhöhung des Rücklaufs extrahiert worden.

Zweitens fand ein Erfahrungsaustausch im multiprofessionellen Team des ifams im Rahmen der Forschungswerkstatt¹⁵ statt. Zuerst hat die Autorin dieser Arbeit einen kurzen Impuls vortrag über den Stand und die Ziele der Studie gehalten und die Ideen zu rücklauferhöhenden Techniken präsentiert. In einer anschließenden Diskussionsrunde unter Hausärzten und Wissenschaftlern der Allgemeinmedizin (ifam) wurden Anreizstrategien zur Studienteilnahme und Erfahrungen aus anderen Studien diskutiert. Des Weiteren wurden explizite Fragen an den Hausärzten gestellt, z. B.: Gibt es bestimmte Tage, an denen nicht rekrutiert werden sollte? Oder gibt es Tage, an denen bevorzugt die Briefpost geöffnet wird? Welche Incentives eignen sich für Hausärzte? Nach welcher Zeitspanne sollte ein Erinnerungsschreiben erfolgen?

Drittens wurden die Perspektiven der Hausärzte aus den kognitiven Interviews integriert. Hierzu wurde explizit gefragt, was den Hausarzt anspricht bzw. was nicht, beispielsweise wie der Hausarzt das Layout findet.

Aus den drei Strategien wurden folgende beeinflussende Faktoren extrahiert: Layout und Design des Umschlags- und Fragebogens, Versandart, Rekrutierungs- und Versendungszeitpunkte und möglicher Einfluss der Kontaktaufnahme, Darstellung des Themas sowie die Aspekte Personalisierung, Seriosität, Authentizität, die für die postalische Versendung des pseudonymisierten mehrseitigen DIN-A4-Fragebogen bedeutsam waren. In den folgenden Abschnitten werden diese methodischen Aspekte näher erläutert.

6.8.1 Berücksichtigung theoretischer Erklärungsmodelle für eine Rücklauferhöhung

Für Umfragen – hier die schriftliche postalische Befragung (Paper-and-Pencil-Umfragen) – wurden zwei Theorien berücksichtigt, die Einfluss auf die Rücklaufquote haben und später auch bedeutsam für die Qualität dieser Studie sind: die Leverage-Salience-Theorie nach Groves, Singer und Corning (2000) und die soziale Austauschtheorie nach Thibaut und Kelley (1959).

Im Folgenden werden die Kernaspekte der **Leverage-Salience-Theorie** nach Groves, Singer und Corning (2000) in Anlehnung an Menold (Menold) dargestellt und deren Bedeutung für die SMI-GP-Studie erklärt.

¹⁵ Die Forschungswerkstatt dient dem Ideenaustausch mit Kollegen unterschiedlicher beruflicher Fachdisziplinen des Gesundheitssektors für Forschungsprojekte oder zu Forschungsfragen.

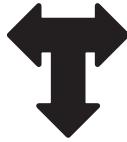
Leverage Salience-Theorie nach Groves, Singer und Corning (2000)		
1. Unterschiedliche Aspekte (Thema, Zeitaufwand, Institution usw.) sind für die unterschiedlichen Teilnehmer (mehr oder weniger) von Bedeutung → Leverage		2. Diese unterschiedlichen Aspekte können für die unterschiedlichen Teilnehmern (mehr oder weniger) sichtbar sein → Salience
3. „Die Interaktion zwischen Leverage und Salience ist für die Teilnahmebereitschaft entscheidend“ (Menold, 2015).		
4. Dominiert nur ein Aspekt, der immer wieder zur Teilnahmebereitschaft führt, kann es zu großen Verzerrungen der Stichprobe führen.		

Abb. 13: Leverage-Salience-Theorie nach Groves et al.
(Groves et al., 2000)

Die Rücklaufsteigerung kann gleichzeitig eine Qualitätssteigerung mit sich bringen. Allerdings sollten bei den rücklaufsteigernden Maßnahmen nicht nur vielfältige Aspekte zur Rücklaufsteigerung angewendet werden, sondern gleichzeitig mehrere Aspekte herausgestellt werden (Leverage-Salience-Theorie, Punkt 4), damit es nicht zu Verzerrungen der Stichprobe kommt (Menold, 2015). Beispielsweise sollte nicht der überwiegende Teil der Hausärzte teilnehmen aus den Beweggründen, weil sie nicht möchten, dass SMI nur aus spezialistischer Perspektive betrachtet wird, und diese Hausarztgruppe das Thema deshalb als bedeutsam bewertet. Dann wäre von einer Verzerrung des Teilnehmerkollektivs auszugehen, weil demzufolge nicht die Hausärzte teilnehmen, die SMI nichtbedeutsam empfinden und denen egal ist, dass SMI ‚nur‘ aus spezialistischer Perspektive beforscht wird.

In der **sozialen Austauschtheorie** nach Thibaut und Kelley (Thibaut und Kelley, 1959) wird für die Teilnehmermotivation ein freiwilliges Engagement vorausgesetzt. In dieser Theorie wird davon ausgegangen, dass das freiwillige Engagement bzw. die Teilnahmebereitschaft dann besteht, wenn der subjektive Nutzen höher eingestuft wird als die subjektive Investition (Thibaut und Kelley, 1959; Menold, 2015). Bewertet der Hausarzt es z. B. als bedeutsam, eine Doktorandin zu unterstützen, und ist somit bereit, 10 Minuten seiner Arbeitszeit zur Beantwortung des Fragebogens zu investieren, so wird der Hausarzt höchstwahrscheinlich motiviert sein, teilzunehmen.

Regeln zur Rücklauferhöhung von Dillman: Dillman definierte die Tailored-Design-Methode, die auf dem Ansatz basiert, zum einen die Teilnahme zu erleichtern und zum anderen den Teilnehmer zu motivieren (Dillman, 1978, Dillman, 2000). Dillman beschreibt verschiedene Maßnahmen, um eine Erhöhung und Akzeptanz des Rücklaufs bei schriftlichen Befragungen zu erreichen. Zur Optimierung des Erhebungsinstruments sollte Folgendes beachtet werden:

1. Es sollte möglichst ein DIN-A4-Fragebogen verwendet werden, der geheftet ist.
2. Das Anschreiben sollte personalisiert sein.
3. Das Versandset (Fragebogen, Anschreiben, Datenschutz) sollte mit einem frankierten Rückumschlag versandt werden.
4. Zur Erinnerung sollen Reminderschreiben verschickt werden.
5. Das monetäre oder ideelle Incentive sollte möglichst direkt auf dem Anschreiben platziert werden.

Diese von Dillman genannten Aspekte wurden auch zur Rücklaufsteigerung eingesetzt.

6.8.2 Maßnahmen zur Rücklauferhöhung in der SMI-GP-Studie

Alle Maßnahmen, die auf den folgenden Seiten beschrieben werden und im Rahmen dieser SMI-GP-Studie eingesetzt worden sind, dienen dazu, möglichst einen hohen Rücklauf von 30 % zu erhalten, um so die Daten- und Ergebnisqualität zu beeinflussen (Paier, 2010). Folgende Feinziele wurden dafür in der SMI-GP-Studie verfolgt:

1. Verschiedenste Maßnahmen zur Rücklauferhöhung anzuwenden, damit keine Verzerrungen der Ergebnisse durch eine selektierte antwortende Hausarztgruppe entstehen
2. Vertrauen und Transparenz zu schaffen (Menold, 2015)
3. Den subjektiven Nutzen transparent darzustellen und die subjektive Investition der Hausärzte zu senken bzw. möglichst gering zu halten

Alle Maßnahmen sollen die Spezifika der Zielgruppe Hausärzte berücksichtigen (Barclay et al., 2002; Thorpe et al., 2009). Deshalb wurden die Maßnahmen von Dillman nicht eins zu eins übernommen. Um einen genauen Einblick in die extrahierten Maßnahmen zu erhalten, werden im Folgenden die Methoden zur Rücklauferhöhung beschrieben, sondern für die Hausarztpraxis modifiziert. Beispielsweise empfiehlt Dillman, eine Erinnerungs postkarte nach einer Woche zu versenden (Dillman et al., 2014). Diese Zeitspanne scheint den Teilnehmern der Forschungswerkstatt für Hausärzte deutlich zu kurz zu sein, zudem müssen arbeitsintensive Phasen in der Hausarztpraxis berücksichtigt werden (Güthlin et al., 2012). Um einen genauen Einblick in die extrahierten Maßnahmen zu erhalten, werden im Folgenden die Methoden zur Rücklauferhöhung beschrieben.

Briefumschlag für das Anschreiben und den Fragebogen

Farbe des Briefumschlags: Das Studienteam entschied sich für einen DIN-A4-Umschlag in hellgelber Farbe. Ein Ziel war gewesen, dass sich der Briefumschlag von der restlichen hausärztlichen Post abhebt. Vorab wurde bei einer Teilstichprobe von 184 Praxen über die Zusendung des Briefes informiert. Bei den telefonischen Kontakten wurde darauf hingewiesen, dass in den nächsten Tagen ein gelber Brief eintrifft.

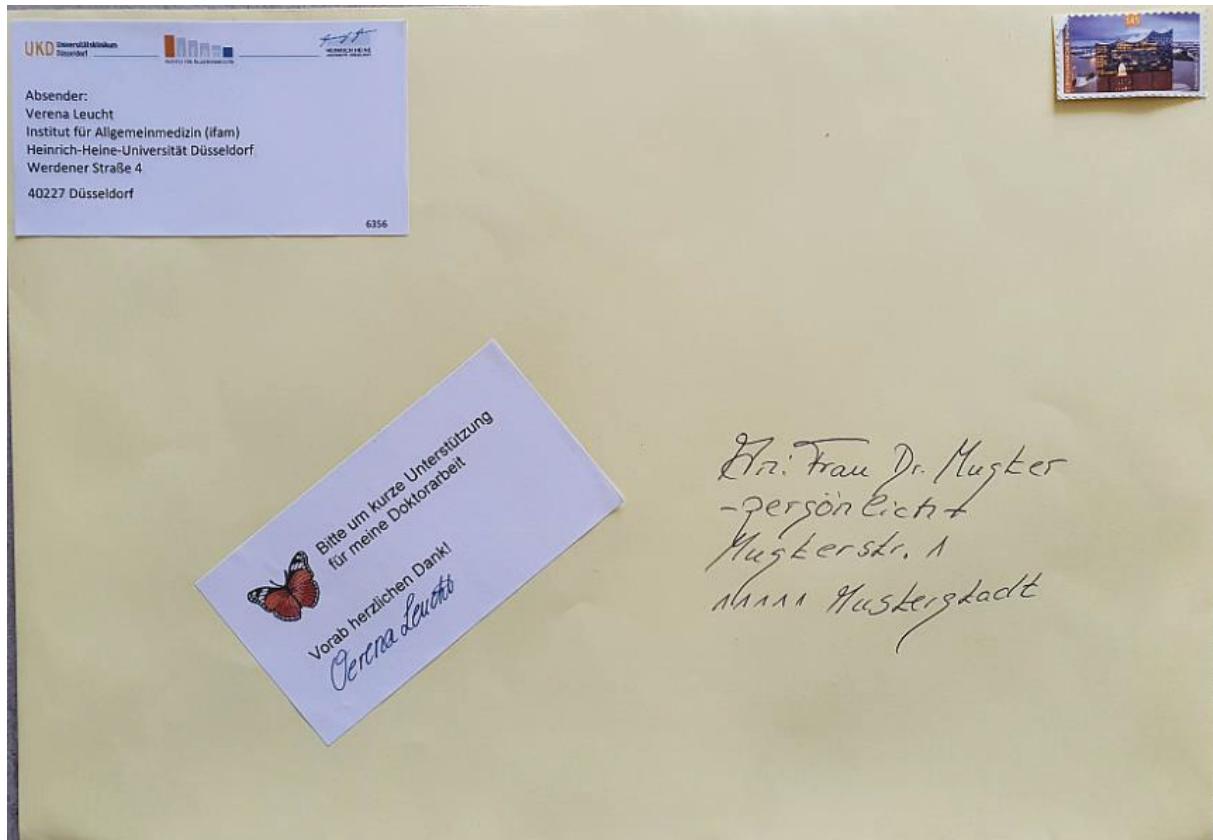


Abb. 14: Briefumschlag der SMI-GP-Studie zur Versendung des Fragebogens
(eigene Darstellung)

Personalisierung: Jeder Briefumschlag wurde handschriftlich adressiert und dadurch personalisiert. Durch die Handschrift sollte vermieden werden, dass von Werbung oder Post aus der Pharmazie ausgegangen wird. Zudem sollte dadurch eine persönliche Note ersichtlich werden. Im Review von Edwards et al. (2009) wird beschrieben das durch die persönliche Gestaltung, sich die Rücklaufquote erhöht

Briefmarke: Die Umschläge wurden klassisch frankiert. Dies zeigt direkte Kosten auf und erhöhte die Hürde, den Briefumschlag zu ignorieren oder wegzwerfen (Burns et al., 2008b; Edwards et al., 2009).

Rückumschlag: Die Doktorandin hatte einen Rückumschlag vorbereitet; dieser befand sich direkt im gelben Briefumschlag. Dieser Rückumschlag war vollständig vorbereitet, das heißt, er war direkt adressiert und mit einer klassischen Briefmarke frankiert worden, damit der Zeitaufwand für den Hausarzt möglichst gering gehalten wurde (Dillman, 2000; Groves et al., 2000; Menold, 2015). Somit konnte dieser direkt in der Post aufgegeben werden. Zudem war für die persönliche Note und Wertschätzung der Teilnahme jeder Rückumschlag mit einem Stempelabdruck „vielen Dank“ versehen.

Etikett mit Bitte um Unterstützung der Doktorarbeit. Jeder gelbe Briefumschlag war mit diesem Etikett versehen, das die Doktorandin erstellt hatte. Dies wurde im Sinne der Corporate Identity eingesetzt und ist für die Außendarstellung und Identifizierung bedeutsam, damit der Adressat sofort die Bedeutung zuordnen kann (Dissertation). Den Nutzen einer Doktorarbeit darzustellen, sich zu bedanken und um Unterstützung zu bitten, gehört zu den Faktoren, die für die Bewertung des subjektiven Nutzens

des Hausarztes herangezogen werden können (soziale Austauschtheorie nach Thibaut und Kelley, 1959).



Corporate Identity: Die verwendeten Logos und der Schmetterling sollten für Corporate Identity stehen, das heißt, es soll eine Zuordnung und Identifikation erfolgen. Eine Vereinheitlichung und eine Wiederkennung (Dillman, 2000; Edwards et al., 2009).

Abb. 15: Corporate Identity für die Fragebogenversendung
(eigene Darstellung)

Schmetterling: Der Schmetterling wurde immer in Kombination mit „vielen Dank für die Unterstützung meiner Doktorarbeit“ gebracht. Dies diente zur Identifikation und Wertschätzung der Unterstützungsleistung. Zudem wurde der Schmetterling in dunklen Orangetönen gestaltet und greift somit die Designfarben des Fragebogens und der Logos auf.

Logos: Die Logos stehen für die Heinrich-Heine-Universität, das Universitätsklinikum Düsseldorf und das Institut für Allgemeinmedizin (ifam) und sollen die Seriosität unterstreichen. In mehreren Studien (14) konnte nachgewiesen werden, dass dies die Rücklaufquote erhöht (Edwards et al., 2009). Die Logos und der Schmetterling sind auf dem Anschreiben, dem Briefumschlag und dem Fragebogen abgedruckt.

Anruf: Eine Teilstichprobe von 184 Hausärzten wurde vor Versendung vom Forschungsleiter angerufen. Durch persönliche Telefonkontakte in der Initialphase kann die Rücklaufquote erhöht werden (Güthlin et al. 2012). Beim Anruf wurde explizit nach der MFA gefragt, die für die Postöffnung zuständig ist. Diese wurde um Unterstützung für die Doktorandin gebeten, indem sie dem Hausarzt den gelben Brief mit Schmetterling vorlegt. Die Telefonate wurden genau dokumentiert und es wurde zuvor ein Drehbuch von der Doktorandin geschrieben, damit sie standardisiert abliefen.

Versandzeitpunkt: Die Briefe wurden außerhalb von arbeitsintensiven Wochen und Ferien versandt (Güthlin et al., 2012). Die erste Versendung erfolgte ca. drei Wochen vor Weihnachten. Der erste Reminder erfolgte Ende Januar 2019 und der zweite Reminder des Fragebogens erfolgte Mitte März 2019.

Postkasten: Zudem erfolgt die Versendung nicht über die interne Poststelle der Universitätsklinik Düsseldorf, sondern die Briefumschläge wurden persönlich zu Poststellen der Deutschen Post gebracht. Die Doktorandin hatte zuvor einen Testlauf an den Forschungsleiter durchgeführt; dieser zeigte, dass die Zustellung zwölf Tage dauerte¹⁶. Durch die Versendung direkt über die Poststelle verkürzte sich die Dauer im Vergleich zu der internen Versendung deutlich, weil interne „Streikmaßnahmen“ liefen.

¹⁶ Zu diesem Zeitraum fanden Streiks der Universitätskliniken in Deutschland statt.

Anschreiben

Personalisierung: Das Anschreiben wurde persönlich mit Namensnennung gestaltet (Dillman, 2000; Dillman et al., 2014; Edwards et al., 2009).

Inhalt: Inhaltlich sollte das Anschreiben die Relevanz des Themas für die Hausarztpraxis darstellen, insbesondere, wie wichtig es ist, dass der Hausarzt aktiv eine Rolle in der hausärztlichen Forschung wahrnimmt (Güthlin et al. 2012). Dies wurde im Anschreiben explizit berücksichtigt, wie der folgende Ausschnitt aus dem Anschreiben exemplarisch verdeutlichen soll.

„Worum es geht: Von älteren Patienten und Patientinnen subjektiv erlebte Gedächtnisprobleme werden zurzeit ausschließlich aus psychiatrischer/neurologischer Perspektive betrachtet. Die Sicht der Hausärzte und Hausärztinnen, die im Alltag am meisten Kontakt mit älteren Menschen haben, wird bisher außer Acht gelassen. Wir als hausärztliches Forschungsinstitut wollen die hausärztliche Situation abbilden und damit die fach-spezialistische Sicht ergänzen. Ansonsten wird an der realen Versorgung vorbeigeforscht“ (Anschreiben, 2018).

Des Weiteren wurde im Anschreiben die Auswahl des befragten Hausarztes begründet. Die Pseudonymisierung wurde erklärt und der Datenschutz zugesichert.

Seriosität: Ein wichtiger Aspekt zur Akzeptanz und Teilnahmemotivation der SMI-GP-Studie war, die Seriosität, Bedeutsamkeit, Relevanz und das Verwertungsziel so transparent wie möglich darzustellen (Paier, 2010; Edwards et al., 2009; Güthlin et al., 2012). Deshalb wurde der Zusammenhang zwischen dem Thema, dem Verwertungsziel und dem Interesse der untersuchenden Einrichtung und der Doktorandin erklärt. Genannt wurden außerdem die untersuchende Einrichtung mit dem direkten Ansprechpartner und Verantwortlichen der Studie sowie die Doktorandin mit einem Foto und Kontaktdaten (Paier, 2010). Zudem wurde für das Anschreiben die Briefvorlage des Institutes verwendet mit den Logos der Uniklinik Düsseldorf, der Heinrich-Heine-Universität und des Instituts für Allgemeinmedizin.

Incentive: Als Anreiz für die Rücksendung des Fragebogens befindet sich das Incentive direkt auf dem Anschreiben (Dillman, 1978, Dillman, 2000). Je nach Gruppe hat der Hausarzt ein symbolisches oder monetäres Incentive erhalten.

Corporate Identity: Logos und Schmetterling zur Identifikation und Zuordnung.

Layout/Design: Es wurden durchgehend die Farben des Instituts sowie hochwertiges Leinenpapier für das Anschreiben verwendet.



Abb. 16: Anschreiben mit der Darstellung der rücklauffördernden Merkmale (eigene Darstellung Leucht, Pentzak)

Seriosität und Identifikation: Im Einleitungstext des Erhebungsinstruments wurde nochmals das Foto der Doktorandin/Autorin mit Unterschrift gezeigt, um eine Identifikation zu schaffen bzw. einen direkten Bezug zur Person herzustellen (Paier, 2010). Im kognitiven Interview wurde geäußert: „man weiß, für wen man es macht“. Im Einleitungstext wurde darauf hingewiesen, dass „jede Rücksendung zählt“ und dass das hausärztliche Handeln individuell ausgerichtet ist, der Fragebogen die Komplexität nicht abfragen kann und es um durchschnittliches oder bevorzugtes Handeln geht.

Layout/Design: Wie bereits unter Punkt 6.6.4 erwähnt war es ein Ziel gewesen, ein ansprechendes Design mit klaren Strukturen zu entwickeln. Dies kann sich positiv auf die Teilnahmemotivation der Befragten auswirken und das Übersehen von Antwortkategorien minimieren (Groves et al., 2000; Menold, 2015). Wichtige weitere zu berücksichtigende Merkmale sind gewesen, die Logos und den Schmetterling im Sinne der Corporate Identity anzuwenden sowie Seriosität zu schaffen. Die Farben

wurden nach einem einheitlichen Schema verwendet. Dabei wurden immer die ifam-Logo-Farben aufgegriffen (Orange, Blau, Grau). Bei den gedruckten Fragebogen sollte insbesondere das Engagement bei der Gestaltung ersichtlich sein, mit einer klaren Struktur und Anordnung (Burns et al., 2008; Dillman, 2000; Paier, 2010; Edwards et al., 2009). Der DIN-A4-Fragebogen ist im Heftformat gebunden worden, wie Dillman es empfiehlt (Dillman, 2000).

Erinnerungsaktionen

Die erste Versendung ist 19 Tage vor Weihnachten (2018) an 1000 Hausärzte erfolgt. Zur Rücklauf erhöhung folgten zwei Reminderaktionen während des geplanten Erhebungszeitpunktes, an die Non-Responder, zum festgelegten Stichtag (Dillman, 2000). Der erste Reminder der Fragebogenversendung erfolgte Ende Januar 2019 und der zweite Reminder Mitte März 2019. Diese Versendungszeitpunkte wurden extra außerhalb der Ferien und arbeitsreichen Tagen wie Urlaubszeiten, Grippewellen ausgesucht (Güthlin et al., 2012). Das ausgewählte Stichprobenkollektiv blieb gleich. Es wurden keine Ärzte neu rekrutiert, lediglich aus der vorhandenen Stichprobe erinnert.

6.9 Integration durch die Verknüpfung der kognitiven Interviews und des Bezugsrahmens

Die Integration basiert auf den kognitiven Interviews und dem Bezugsrahmen. Der Bezugsrahmen bezieht sich auf alle zuvor beschriebenen Schritte und erklärten Aspekte dieser Dissertation. Das folgende Joint Display zeigt den Integrationsprozess im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie und dient dazu, transparent die Regeln und das zuvor beschriebene Vorgehen grafisch zusammenzufassen.



Abb. 17: **Joint Display: Regeln der Integration in den Bezugsrahmen**
(eigene Darstellung)

7 Ergebnisse des Integrationsprozesses

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des Integrationsprozesses dargestellt. Zuerst werden in Abschnitt 7.1 die Ergebnisse der Auswertung der Sozial- und Praxisdaten des Teilnehmerkollektivs der kognitiven Interviews dargestellt. In 7.2 werden die Ergebnisse des Gesamteindrucks der kognitiven Interviewteilnehmer dargestellt. In 7.3 und den Unterkapiteln werden die Ergebnisse des Modifizierungsprozesses dargestellt. Die Ergebnisse beziehen sich zum einen auf die Ergebnisse der kognitiven Interviews und zum anderen auf die zuvor dargestellten Regeln und Theorien. Bei der Ergebnisdarstellung werden immer wieder zur Visualisierung die Ausschnitte der Fragebogenversion der kognitiven Interviews und die Ausschnitte der Endversion dargestellt. Dies dient zur Veranschaulichung des Veränderungsprozesses. Bei der Ergebnisdarstellung geht es zentral um die Forschungsfragen: (1) Wie kann der Übergang (Integration) von qualitativ gewonnenen Daten zu einem quantitativen Fragebogen praktisch und methodisch transparent erfolgen? (2) Welche Methodiken können miteinander kombiniert werden? Welche Themenaspekte waren aus Sicht der Zielgruppe relevant für den Fragebogen? Welche Modifizierungsvorschläge ergeben sich aus den kognitiven Interviews und sollten beachtet werden? (3) Wie kann eine hohe Rücklaufquote bei der Fragebogenerhebung erreicht werden? Hier werden im Ergebnisteil die Maßnahmen zur Rücklaufsteigerung dargestellt. Die tatsächliche Wirksamkeit der rücklaufsteigernden Maßnahmen wird durch die tatsächlich erreichte Rücklaufquote in 10.2 im Ergebnisteil der quantitativen Befragung aufgezeigt.

7.1 Ergebnisse des Pretests – Teilnehmerkollektiv

Ein wichtiges Ergebnis ist, dass die gewünschten Merkmalsdifferenzierungen bezüglich Geschlecht, Alter, Praxiserfahrung und ländlich und städtisch praktizierenden Hausärzten in den kognitiven Interviews erfüllt worden sind.

Tabelle 23: Sozial- und Praxisdaten des Teilnehmerkollektivs der kognitiven Interviews

Teilnehmerkollektiv der kognitiven Interviews	
Geschlecht	männlich n = 3 weiblich n = 2
Alter	Xo min 49 Xo max 76 Ø 57,8 Jahre
Faktor der Region	Stadt Faktor 1 und 2 → n = 2 Ländlich Faktor 3 und 4 → n = 3
Niedergelassen seit	Xo min 8 Xo max 45 Ø 20,8
Facharzt	Xo min 16 Xo max 76 Ø 24 Jahre
Art der Praxis	Gemeinschaftspraxis n = 4 Einzelpraxis n = 1
Beschäftigungsart	Angestellt n = 1 Praxisinhaber n = 4

Teilnehmerkollektiv der kognitiven Interviews	
Beschäftigungsumfang	Teilzeit n = 2 Vollzeit n = 3
SMI Häufigkeit	Xo min 10 Xo max 70 Ø 28
Scheinzahl der gesamten Praxis	1.100 3.500 Ø 2.180

(eigene Darstellung)

7.2 Ergebnisse des Pretests – Gesamteindruck der Interviewteilnehmer

Bezüglich des Gesamteindrucks des Fragebogens bewerteten alle fünf am kognitiven Interview teilnehmenden Hausärzte das Instrument als „gut“ oder „interessant“. Insbesondere wurden mehrfach die Fotos und das Layout als positiv bewertet. Den Gesamteindruck verbalisierten die Hausärzte des kognitiven Interviews folgendermaßen:

- „allgemein gut“.
- „Praktikable Formulierung“
- „Thema ist interessant“
- „Freitextoptionen finde ich gut und wichtig“
- „Einleitungstext schön kurz“
- „Ansprechpartner und Fotos sind sehr gut“
- „Man macht es für die Person und nicht für eine anonyme Firma“
- Gut sind „Köpfe, Wortwolke und Fotos“.

Des Weiteren wurde die Frage gestellt, welche Aspekte als verbesserungswürdig eingestuft werden. Hier wurde mehrfach der Fragebogen „als zu lang“ wahrgenommen, einige Fragen seien erklärungswürdig oder nicht eindeutig formuliert, „z. B. älterer Patient“. Insgesamt lägen einige Redundanzen vor, z. B. bei den Item-Blöcken 20 und 21. Aus wissenschaftlicher Perspektive liegen bei diesen Blöcken jedoch keine Redundanzen vor, da es sich um unterschiedliche Aspekte handelt: Bei Item-Block 20 geht es um Patientengruppen, die nicht auf das Gedächtnis angesprochen werden, und bei Item-Block 21 um allgemeine Gründe, die dafür sorgen, dass die Patienten nicht auf Gedächtnisprobleme angesprochen werden. Dies verdeutlicht, dass eine präzisere Darstellung erfolgen sollte. Daraus ergibt sich folgende Ergebnisableitung für die Modifizierung des Erhebungsinstruments, die in der Abbildung dargestellt wird.



Abb. 18: Zentrale Ergebnisse der kognitiven Interviews zur Modifizierung des Fragebogens (eigene Darstellung)

7.3 Ergebnisse des Integrationsprozesses

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der fünf kognitiven Interviews dargestellt. Zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit befindet sich das Übersichtsprotokoll mit den Aussagen der Interviewteilnehmer im Anhang C.5 Fünf Interviews zeigen lediglich mögliche Tendenzen für grobe Fehler auf; die Anzahl der Teilnehmer reicht nicht aus, um feine Fehler bei der Konstruktion des Fragebogens zu entdecken (Lenzner et al., 2015). Deshalb ist es bedeutsam, diese Anregungen zur möglichen Modifizierung des Instruments zu nutzen und mit der wissenschaftlichen Expertise durch die zuvor aufgestellten Regeln (Methodikteil) zu verknüpfen. Es erfolgt keine isolierte Darstellung der Ergebnisse der kognitiven Interviews, sondern eine Verzahnung durch die sogenannte Integration. Der Verzahnungsprozess ist als ein Teilergebnis im Rahmen von Mixed-Methods-Studien zu verstehen. Bei Mixed-Methods-Studien ist der Verknüpfungsprozess durch eine transparente Darstellung der Integration von Bedeutung und nicht isoliert einzelne verfahrenstechnische Aspekte darzustellen. Damit die Ergebnisse übersichtlich dargestellt werden können, wurden die Ergebnisse der Konstruktionsstrategie in sieben Kernbereiche der Autorin untergliedert, die in der folgenden Abbildung skizziert werden. Die Ergebnisse basieren immer auf den kognitiven Interviews und dem Bezugsrahmen. Das Endprodukt ist ein achtseitiger Fragebogen, der später an 1.000 Hausärzte gesendet worden ist und sich in Anlage D.2 befindet.

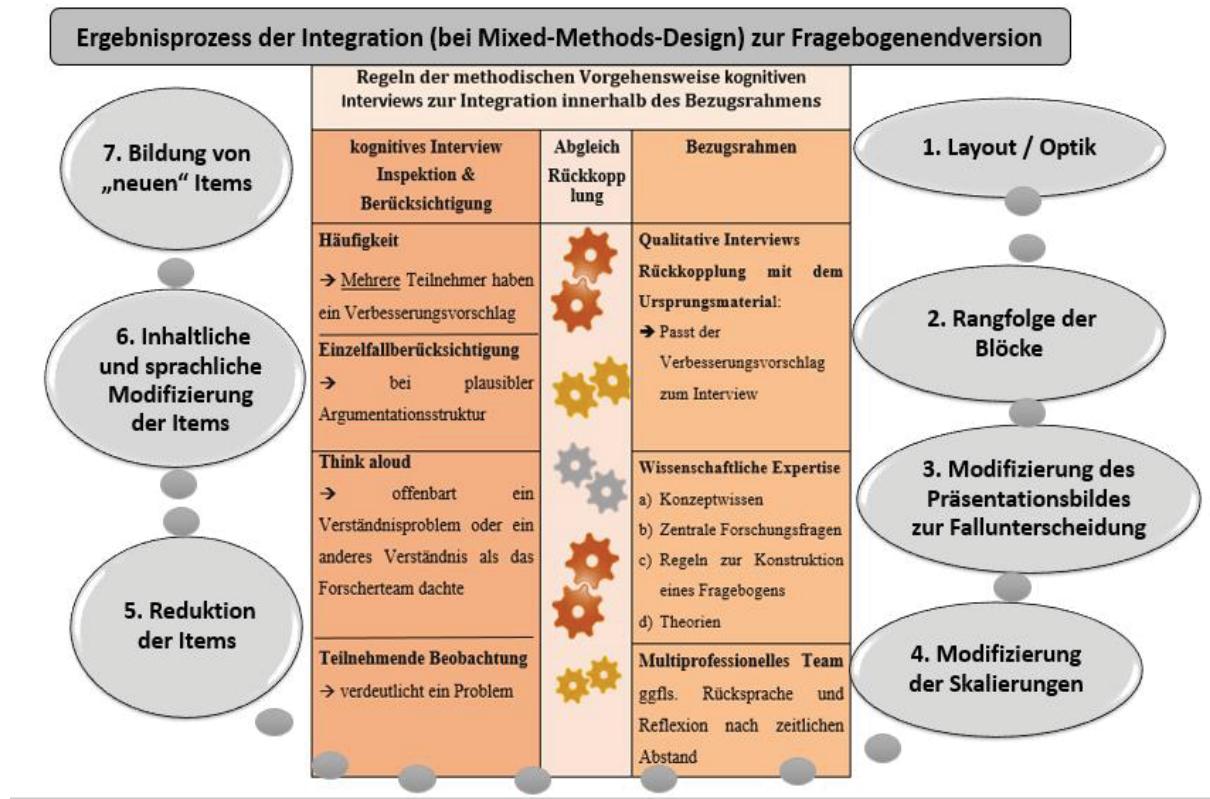


Abb. 19: Ergebnisprozess der Integration zur Fragebogenendversion
(eigene Darstellung)

7.3.1 Layout, Optik, Item-Anordnung

Das Grundlayout wurde beibehalten, weil es als gut bzw. sehr ansprechend eingestuft worden ist. Die Farbtöne, das Deckblatt, der Schmetterling und das Grundskelett der Item-Darstellung wurden nicht modifiziert.

Deckblatt: Eine Teilnehmerin verbalisierte, dass der Titel keinen Hinweis auf Demenz oder Gedächtnisprobleme gibt. Begründet darin, dass es nicht um Demenz geht und die Einstellungen und Denkweisen zum Thema SMI von den Hausärzten selbst eruiert werden sollten, wollte das Studienteam durch das Deckblatt keine Prädiktion vornehmen. Der Titel wurde von „Besorgte Patienten, vergessliche Patienten“ geändert zu „Vergessliche Patienten, besorgte Patienten“. Das Drehen der Satzstellung sollte für mehr Präzision beim Thema sorgen. Insgesamt wurden das Layout und Deckblatt als ansprechend bewertet.

Einleitungstext: Der Einleitungstext wurde von den befragten Hausärzten des kognitiven Interviews als „ansprechend und gut“ eingestuft. Insbesondere wurde das Foto der Doktorandin als positiv bewertet („man weiß, für wenn man es macht“). Die Namensangabe und die Angabe der Adresse der untersuchenden Einrichtung und das Foto der Doktorandin verstärken die Seriosität und das zusätzliche Ziel dieser Studie, was Verbindung schaffe. Das Studienteam kürzte den Einleitungstext auf das Wesentliche und um Redundanzen zum Anschreiben zu vermeiden. Einleitend wurde nun ein bedankender und wertschätzender Satz verwendet: „Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und wertvolle Unterstützung!“

Ich weiß diesen Mehraufwand – gerade in Zeiten hohen Arbeitsaufkommens in der Praxis – sehr zu schätzen“. Zudem wurde nochmals darauf hingewiesen, dass jede Rücksendung zählt und dass der Fragebogen nicht die Komplexität des hausärztlichen Denkens und Handelns abbilden kann. Ein neues Foto wurde erstellt, das die Designfarben des Fragebogens berücksichtigt.

7.3.2 Aufbau und Rangfolge der Frageblöcke

Die Reihenfolge der Item-Blöcke soll nicht zufällig gesteuert werden (Paier, 2010). Eine Orientierungshilfe bezüglich der Reihenfolge der Item-Blöcke ergab sich aus den kognitiven Interviews. In diesen Interviews wurde explizit danach gefragt, welche Item-Blöcke die Befragten als interessant einstufen. Hier zeigte sich, dass insbesondere die Items, die Aussagen von Kollegen zu Emotionen und Einstellungen enthielten, als sehr interessant wahrgenommen wurden. Deshalb wurde die Reihenfolge nochmals nach den kognitiven Interviews modifiziert. Begonnen wurde nun mit einem Item-Block, der als interessant eingestuft wurde; dann folgte ein weniger interessanter Item-Block und dann wieder in der Mitte Item-Blöcke, die als interessant wahrgenommen wurden, um die Motivation der Teilnehmer aufrechtzuerhalten. An das Ende des Erhebungsinstruments wurde ein Item-Block mit sensiblen Fragen zu Sozial- und Praxisdaten gesetzt. In diesem Block wurde beispielsweise gefragt, wie viele Scheine die Praxis pro Quartal hat. Des Weiteren wurden nach den kognitiven Interviews die Item-Blöcke nochmals thematisch zusammenhängend und inhaltlich geschlossen gegliedert.

Dabei wurden die Themen blockweise strikt nach der thematischen Abfolge Fall I, Fall II und Fall III gegliedert. Beispielsweise wurde das Item 2 (im Vorentwurf des Pretests, „Wenn Sie als Hausarzt einen älteren Patienten auf sein Gedächtnis ansprechen, welchen ungefähren Wortlaut verwenden Sie üblicherweise“) nach den kognitiven Interviews integriert in Item-Block 7 (in der Druckversion des Fragebogens „Wie greifen Sie üblicherweise das Thema Gedächtnis mit ihren Patienten auf?“). Durch die strikte Abfolge der Fälle und die inhaltliche Zuordnung müssen Gedächtnisinhalte zu einem Fall nicht immer kognitiv ins Gedächtnis gerufen werden, was das Ausfüllen des Fragebogens erleichtert (Tourangeau, 2000). Die Fragensukzession in der gedruckten Endversion des Fragebogens ist somit eine Verknüpfung von der Forscherexpertise und den Themen aus den qualitativen Interviews und den Ergebnissen aus den kognitiven Interviews. Die Blöcke wurden wie folgt in der Endversion des Fragebogens unterteilt:¹⁷

¹⁷ Aufgrund der neuen Anordnung der Fragen differiert die Numerierung zwischen dem vorläufigen Fragebogen, die in den kognitiven Interviews Anwendung gefunden hat, und der neuen Fragebogenversion. Deshalb werden bei der Ergebnisdarstellung nicht die Nummern genannt (die abweichen), sondern zur besseren Nachvollziehbarkeit die jeweiligen Items abgebildet.

Fragensukzession der neuen Fragebogenversion

Tabelle 24: Ergebnisdarstellung der konzipierten Frageblöcke im SMI-GP-Fragebogen

Nr. Block	Bereich, auf den sich die Items beziehen	Fall
1. Block	Einstellungen und Erfahrungen des Hausarztes zum Thema Gedächtnis Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	Fall I, Fall II, Fall III
2. Block	Übliches Vorgehen und Strategien (aktive/passive Strategien) in der ersten bis fünften Konsultation bei Gedächtnisproblemen Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	Fall I: Wenn ein älterer Patient (> 65) ohne manifeste Demenzerkrankung erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet
3. Block	Hausärztliche Einstellungen bezüglich der Konzepte Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	
4. Block	Persönliche Einschätzung des Hausarztes bezüglich der Erwartungshaltung, Gefühle, Emotionen von Patienten, die bei sich selbst Gedächtnisprobleme wahrnehmen Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	
5. Block	Einstellungen und Gefühle des Hausarztes zum Thema Gedächtnis Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	
6. Block	Wünsche und Bedürfnisse der Hausärzte bezüglich verschiedener Arbeitshilfen	
7. Block	Art und Weise, wie üblicherweise der Hausarzt die Patienten auf das Gedächtnis anspricht	Fall II: Arzt bemerkt Veränderungen
8. Block	(Gruppierung) welche Patienten auf das Gedächtnis angesprochen werden Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	Der Hausarzt spricht/spricht nicht den Patienten aufs Gedächtnis an
9. Block	Eigene Emotionen bei der Ansprache aufs Gedächtnis	
10. Block	Gründe für das Vermeiden der Ansprache bei bestimmten Patientengruppen	
11. Block	Gründe für das Nicht-Ansprechen des Gedächtnisses	
12. Block	Einstellung und Emotionen des Hausarztes, wenn Angehörige von möglichen Gedächtnisproblemen berichten Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	Fall III → Angehörige Angehörige kommen und berichten von Gedächtnisproblemen ihrer Angehörigen
13. Block	Die nächsten Schritte, des üblichen Vorgehens/Strategien (aktive/passive Strategien), wenn Angehörige von Gedächtnisproblemen berichten Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	
14. Block	Häufigkeiten zum Vorkommen pro Quartal von Fall I, Fall II und Fall III Item-Reihenfolge in 10 randomisiert ausgewählten Zufallsabfolgen	Fall I, Fall II und Fall III
15. Block	Persönliche Angaben des Hausarztes zu Alter, Geschlecht, Beschäftigungsumfang, Jahre der hausärztlichen Tätigkeit, Scheine der Praxis pro Quartal	Soziodemografische Fragen

(eigene Darstellung)

7.3.3 Modifizierung des Präsentationsbildes und der Darstellungen

Einheitliches und klares Präsentationsbild: Die teilnehmende Beobachtung der kognitiven Interviews verdeutlichte, dass die Richtung der Frage-Anordnung deutlicher werden sollte. Die Übergänge der einzelnen Fragebatterien mit den Fällen I, II und III und deren Einleitungsinstruktionen müssen sich deutlicher von den Frage-Items abheben. Es muss deutlich werden, welcher Teil zur Instruktion gehört und ab wo Antworten gewünscht sind. Die teilnehmende Beobachtung der kognitiven Interviews verdeutlichte, dass für die Hausärzte teilweise die Leserichtung nicht eindeutig gewesen sowie unklar war, was zur Instruktion gehört und welcher Teil beantwortet werden soll. Das Layout und die Antwortrichtung wurden geändert, damit sich die Instruktion und der Beantwortungsteil deutlicher voneinander absetzen. Die folgende Tabelle zeigt die Fragebogenversion vor dem kognitiven Interview und den modifizierten Bereich der Endversion des Fragebogens.

Tabelle 25: Ergebnisdarstellung einheitliches und klares Präsentationsbild

Version des kognitiven Interviews														
Diese Instruktion (Fallunterscheidung) wurde teilweise übersehen	In den folgenden Fragen beziehen wir uns auf Patienten, die <u>von sich aus über Gedächtnisprobleme berichten</u> (Sie als Hausarzt bisher aber nichts bemerkt haben)!													
Die Leserichtung war hier unklar und es war unklar, was zur Instruktion und zur Beantwortung zählte.	<p>3. Ein Patient berichtet Ihnen von Gedächtnisproblemen: Wie gehen Sie üblicherweise vor? (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <table> <tr> <td>Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wiegen Sie ein solches Gespräch übers Gedächtnis ab?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wiegen Sie ein solches Gespräch übers Gedächtnis ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Wiegen Sie ein solches Gespräch übers Gedächtnis ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Modifizierte Endversion des Fragebogens														
Zur Unterscheidung erfolgte nun die Instruktion (Fall I, II, III) immer in blauer Schriftfarbe	In den Fragen 2 bis 6 geht es um den Fall, dass ein älterer Patient Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet, Sie als Hausarzt aber bislang keine Defizite bemerken:													
Die Frage erfolgte nun immer in einer Zeile (Richtungswechsel wurden vermieden)	<p>2) Was machen Sie dann üblicherweise (direkt und in den nächsten 2-5 Konsultationen)? (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <table> <tr> <td>Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme im Verlauf gezielt wieder auf?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beruhigen Sie diesen Patienten in einem entsprechenden Arzt-Patienten-Gespräch?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme im Verlauf gezielt wieder auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beruhigen Sie diesen Patienten in einem entsprechenden Arzt-Patienten-Gespräch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme im Verlauf gezielt wieder auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Beruhigen Sie diesen Patienten in einem entsprechenden Arzt-Patienten-Gespräch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Die (verbalisierte) Antwortskala erfolgte im gesamten Fragebogen in blauer Schriftfarbe														

(eigene Darstellung)

Änderung der Darstellung der Items:

In der alten Version stand die Aussage oben links und es folgten die jeweiligen Items mit Differenzierungen. Das jeweilige Item wurde durch die Darstellung von drei Punkten „...“ vervollständigt. Die teilnehmende Beobachtung und die Think-aloud-Technik in den kognitiven Interviews zeigten, dass die drei Punkte für Verwirrung sorgten und diese Anordnung die Beantwortung des Items erschwert. Die kognitionspsychologischen Annahmen für die Beantwortung von Items nach Strack und Martin (1987) untermauern dies. Aus diesem Grund änderte das Studienteam die Aussagen in einen vollständigen Satz pro Zeile um. In der folgenden Abbildung wird die Version des kognitiven Interviews und die neue Version dargestellt.

Die folgende Tabelle zeigt die Fragebogenversion vor dem kognitiven Interview und den modifizierten Bereich der Endversion des Fragebogens.

Tabelle 26: Ergebnisdarstellung Änderung der Darstellung der Items

Version des kognitiven Interviews					
Alte Darstellung mit Punkten	<p>4. Aus Ihrer Erfahrung: Berichtet ein Patient Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen ... (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>... ist dies Zeichen einer noch nicht greifbaren Demenzvorstufe?</p> <p>... ist dies Zeichen einer beginnenden Demenz?</p>	wider-spricht voll meiner Erfahrung	deckt sich eher weniger mit meiner Erfahrung	deckt sich vorwiegend schon mit meiner Erfahrung	entspricht absolut meiner Erfahrung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modifizierte neue Endversion des Fragebogens					
Neue Darstellung als ganzer Satz	<p>3) Was steckt aus Ihrer Erfahrung dahinter, wenn ein Patient von Gedächtnisproblemen berichtet? (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>Eine ansonsten noch nicht greifbare <u>Vorstufe einer Demenz</u>?</p> <p>Eine sich bereits <u>entwickelnde Demenz</u>?</p>	nein	eher weniger	eher schon	ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(eigene Darstellung)

Änderung der optischen Darstellung des Freitexts: Die Anregung aus dem kognitiven Interview, Felder mit Freitext nicht mehr mit oranger Farbe zu hinterlegen, sondern transparent (weiß) zu halten, wurde umgesetzt, begründet darin, dass ein Teilnehmer es angenehmer für das Ausfüllen empfindet und sich somit vom Ankreuzmodus unterscheidet.

Änderung der Schriftgröße bei den Antwortskalen: Die teilnehmende Beobachtung des kognitiven Interviews zeigte, dass die verwendete Schriftgröße der Antwortskala (Schriftgröße 9 pt) in der Fragebogenversion im kognitiven Interview zu klein war. Die Datenbank der geplanten zu rekrutierenden

Hausärzte zeigte zudem, dass der Mittelwert (Standartabweichung) 56,65 Jahre betrug. Bei dieser Zielgruppe ist von einer zu kleinen Schriftgröße abzuraten; daher wurde die Schriftgröße der Antwortskalen modifiziert.

Optische Unterscheidung zwischen Einfach- und Mehrfachantworten: Items, bei denen ein Kreuz pro Zeile erfolgen sollte, sind die Antwortfilter mit einem Kasten konstruiert worden. Wenn mehrere Kreuze erlaubt waren, dann erfolgte die Darstellung mit einem Kreis.

Die folgende Tabelle verdeutlicht die Unterscheidung der Einfach- und Mehrfachantworten.

Tabelle 27: Ergebnisdarstellung Optische Unterscheidung zwischen Einfach- und Mehrfachantworten

Modifizierte neue Endversion des Fragebogens				
Einfachantworten	<p>12) Wie bewerten Sie es, wenn Angehörige Ihnen von mögl. Gedächtnisproblemen eines Patienten berichten? (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>Empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis?</p>			
Mehrfachantworten	<p>11) Gibt es für Sie als Hausarzt bestimmte Gründe, Patienten NICHT auf ihr Gedächtnis anzusprechen? (Zutreffendes ankreuzen: mehrere Kreuze erlaubt!)</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nein, es gibt <u>keine</u> bestimmten Gründe gegen <input checked="" type="radio"/> Der <u>Patient selbst</u> sollte es ansprechen, das Ansprechen.</p>			

(eigene Darstellung)

Fragearten: Das Item „Welchen Wortlaut verwenden Sie, wenn Sie das Thema Gedächtnis ansprechen?“ wurde als Freitext formuliert. Dies ist darin begründet, dass die qualitativen Interviews aufzeigten, dass die Hausärzte das Thema Gedächtnis häufig indirekt oder mit offenen Fragen ansprechen. Ein Grund hierfür war, weil sie den Patienten nicht verletzen wollen; dies führte wiederum zur Anwendung unterschiedlicher Synonyme bei Gedächtnisproblemen. Im kognitiven Interview wurde noch die Anregung gegeben, am Ende des Fragebogens einen weiteren Freitext zu Ideen, Anmerkungen und Kritik abzubilden, was im modifizierten Fragebogen umgesetzt worden ist. Alle anderen Items wurden als geschlossene Fragen oder Aussagen abgebildet.

7.3.4 Modifizierung der Skalierung

Abänderung der verbalen Skalierung

Der Fragebogen des kognitiven Interviews enthielt unterschiedliche verbalisierte Antwortskalen. Diese wurden individuell auf die einzelnen Blöcke zugeschnitten.

Das Studienteam entschied sich, die Antwortskalen einfacher darzustellen. Ziel der Modifizierung war es, (1) die Skalierung durch weniger Textinhalt zu vereinfachen und (2) möglichst verbalisierte Antwortskalen zu verwenden, die zu vielen Item-Blöcken passen, damit eine Skalierung möglichst häufig angewendet werden kann. Ziel der Modifizierung der Skalierung ist es, dass die Beantwortung der einzelnen Items unkomplizierter, einfacher und schneller wird, um die subjektiven Kosten (zeitliche

Investition) gemäß der sozialen Austauschtheorie (Thibaut und Kelley, 1959) zu berücksichtigen. Dies wirkte sich u. a. wiederum auf die Rücklaufquote und Qualität der zurückgesendeten Fragebögen auswirkt. Das Studienteam entwickelte deshalb für den Fragebogen eine neue verbalisierte Antwortskala, die wie folgt aussieht:

Diese Antwortskala findet bei 9 von 15 Item-Böcken in der neuen Fragebogenvariante Anwendung. Dafür wurden die Items modifiziert, so dass sie adäquat zur Antwortskala passten.

Die folgende Tabelle zeigt die Skalierung vor dem kognitiven Interview und den modifizierten Bereich der Endversion des Fragebogens.

Tabelle 28: Ergebnisdarstellung Skalierung

Version des kognitiven Interviews				
Viele unterschiedliche Skalierungen	kein Ziel / allenfalls nebensächlich	ehrer nachgeordnetes Ziel	bedeutsames Ziel	oberstes Ziel
	NEIN stimme überhaupt nicht zu	NEIN stimme eher nicht zu	JA stimme vorwiegend zu	JA stimme voll und ganz zu
	keine Rolle	geringe Rolle	relevante Rolle	zentrale Rolle
Modifizierte Endversion des Fragebogens				
Neue Skalierung Wird für 9 Items verwendet	nein	ehrer weniger	ehrer schon	ja

(eigene Darstellung)

Abänderung der Skalierung in Häufigkeitsangaben: Im kognitiven Interview äußerten mehrere Ärzte bei Item-Block 1 (siehe folgende Abbildung) den Wunsch von Mengen- oder Zahlenangaben für die Häufigkeitsangaben, damit eine klarere Zuordnung möglich ist. Eine Aussage war: „wenige und mehrere Male ist zu ungenau“. Das Studienteam berücksichtigte den Wunsch und änderte die verbalisierte Skala durch numerische Zahlen ab.

Bei der Anpassung wurde insbesondere eine feinere Abstufung berücksichtigt, damit Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, auch adäquat antworten konnten. Diese feinere Abstufung war ein Hinweis aus dem kognitiven Interview. Diese Skala ist die einzige numerische Skalierung im Fragebogen. Alle anderen Skalierungen in den jeweiligen Blöcken sind verbalisierte Skalen.

Die folgende Tabelle zeigt die Abänderung der Skalierung vor dem kognitiven Interview und den modifizierten Bereich der Endversion des Fragebogens.

Tabelle 29: Ergebnisdarstellung Abänderung der Skalierung in Häufigkeitsangaben

Version des kognitiven Interviews																		
Verbalisierte Skala	<p>1. Bitte schätzen Sie ein: Wie oft kommt es pro Quartal vor, ... (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>... dass Ihnen ein älterer Patient von sich aus erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet?</p> <table border="1"> <tr> <td>(fast) nie</td> <td>nur wenige Male pro Quartal</td> <td>mehrere Male pro Quartal</td> <td>(fast) wöchentlich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						(fast) nie	nur wenige Male pro Quartal	mehrere Male pro Quartal	(fast) wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(fast) nie	nur wenige Male pro Quartal	mehrere Male pro Quartal	(fast) wöchentlich															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Modifizierte neue Endversion des Fragebogens	<p>14) Schätzen Sie bitte grob folgende Häufigkeiten pro Quartal ein: (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>Wie oft berichten <u>Angehörige/Bekannte</u> älterer Patienten Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen eines Patienten?</p> <table border="1"> <tr> <td>0-2 Mal</td> <td>3-5 Mal</td> <td>6-15 Mal</td> <td>16-30 Mal</td> <td>31-50 Mal</td> <td>>50 Mal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						0-2 Mal	3-5 Mal	6-15 Mal	16-30 Mal	31-50 Mal	>50 Mal	<input type="checkbox"/>					
0-2 Mal	3-5 Mal	6-15 Mal	16-30 Mal	31-50 Mal	>50 Mal													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

(eigene Darstellung)

Abänderung der optischen Skalierung mit Fülleffekten: Die teilnehmende Beobachtung und die Think-aloud-Technik zeigten, dass die Antwortpole verwechselt wurden. Ein Teilnehmer äußerte das Gegenteil zu dem, was er angekreuzt hatte. Bei den anderen Teilnehmern zeigten sich hier ebenfalls Schwierigkeiten; deshalb erfolgte vom Studienteam eine Modifizierung. Zur Vereinheitlichung und zum einfachen Handling wurden diese Items (Frage/Item 15 und 16 im kognitiven Interview) im gleichen Format wie die anderen Item-Blöcke abgebildet. Die folgende Abbildung zeigt, wie dies in der neuen Version umgesetzt wurde.

Tabelle 30: Ergebnisdarstellung Abänderung der optischen Skalierung mit Fülleffekten

Version des kognitiven Interviews																					
Skalierung mit Fülleffekten	<p>15. „Wenn solche <u>gut bekannten</u> Patienten mich aufs Gedächtnis ansprechen wollen...:</p>																				
Modifizierte neue Endversion des Fragebogens	<p>4) Jetzt geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen von Patienten, die bei sich selbst Gedächtnisprobleme wahrnehmen.</p> <p>Es geht nach wie vor um <u>ALTERE</u> Patienten (> 65 Jahre) <u>OHNE</u> manifeste Demenz!</p> <table border="1"> <tr> <td>(1 Kreuz pro Zeile!)</td> <td>nein</td> <td>eher weniger</td> <td>eher schon</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten <u>schwerer</u>, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten <u>leichter</u>, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						(1 Kreuz pro Zeile!)	nein	eher weniger	eher schon	ja	Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten <u>schwerer</u> , Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten <u>leichter</u> , Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1 Kreuz pro Zeile!)	nein	eher weniger	eher schon	ja																	
Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten <u>schwerer</u> , Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten <u>leichter</u> , Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

(eigene Darstellung)

Die teilnehmende Beobachtung verdeutlichte, dass das Antwortformat „Nutze ich bereits“ deutlicher gekennzeichnet werden sollte. Durch die Streichung der Formulierung „nutze ich bereits für meine Hausarztpraxis“ waren alle Antwortformate in der gleichen Zeilenebene abgebildet; und somit wurde die Darstellung kürzer. Die folgende Tabelle zeigt die alte und anschließend die neue Version.

Tabelle 31: Ergebnisdarstellung sprachliche Modifizierung der verbalen Skalierung

Version des kognitiven Interviews				
Antwortskala zu lang	<p>24. Bei Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten: Wie bewerten Sie die folgenden möglichen Arbeitshilfen? (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>Ein Instrument (Test oder Fragebogen) zur wiederholten Erfassung von Gedächtnisproblemen (Verlaufsdiagnostik)</p>	NEIN, brauche ich nicht für meine Hausarztpraxis	Nutze ich bereits in meiner Hausarztpraxis	JA, wünsche ich mir für meine Hausarztpraxis
Modifizierte neue Endversion des Fragebogens				
Bläue Farbdarstellung und kürze Formulierung der Antwortskalierung	<p>6) Bewerten Sie folgende Arbeitshilfen für die Praxis, wenn Patienten Gedächtnisprobleme berichten:</p> <p>(1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>Ein Instrument zur Unterscheidung, ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben</p>	Nein, brauche ich nicht	NUTZE ICH bereits	Ja, wünsche ich mir

(eigene Darstellung)

7.3.5 Reduktion von Items

Der Fragebogen des kognitiven Interviews umfasste zwölf Seiten. Dieser Umfang ist Hausärzten für eine schriftliche Befragung nicht zumutbar. Der Fragebogen wurde auch im kognitiven Interview als zu lang eingestuft. Dadurch bedingt, dass Items nun vollständig pro Zeile abgebildet werden sollten, erhöhte sich sogar die Seitenzahl um eine weitere Seite. Daher wurden 41 der insgesamt 139 Items gekürzt. Die folgende Abbildung zeigt die 41 gekürzten Items und ihren thematischen Bezug:

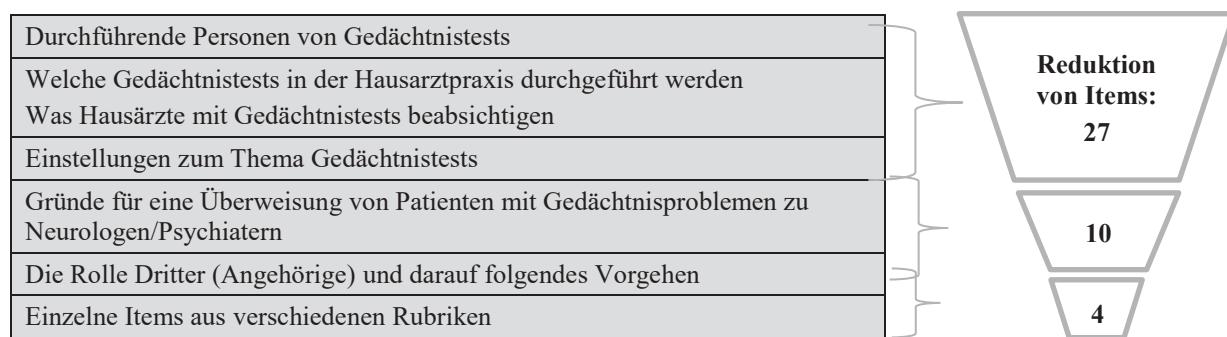


Abb. 20: 41 gekürzte Items und ihr thematischer Bezug
(eigene Darstellung)

Die Anwendung von psychometrischen Tests ist eine Strategie der Hausärzte bei SMI sowie die Differentialdiagnostik, Überweisung oder der Einbezug der Angehörigen. Das Studienteam entschied sich, das Verhältnis der Item-Zahlen zu den anderen Strategien gleich zu halten und nicht die Rubrik „psychometrische Tests“ als separate Blöcke mit 27 weiteren Items anzubieten.

Das Thema „psychometrische Tests“ hatte zwar einen großen Anteil in den qualitativen Interviews eingenommen, es ist jedoch eine Strategie bei SMI und nicht die zentrale Forschungsfrage der Studie. Somit entschied sich das Studienteam, diese vorbereiteten Items in einer Folgestudie abzufragen. Zur weiteren Modifizierung und Kürzung wurde der gesamte Item-Block zum Thema Diagnostik aus dem Erhebungsinstrument gekürzt.

Die Themenblöcke „Rolle der Angehörigen“ und die darauf basierenden Handlungsschritte bei der Einbeziehung der Angehörigen sind um vier Items reduziert worden. Das Studienteam entschied sich, an diesen Stellen den Fragebogen zu kürzen, weil das zentrale Ziel ist, Konzepte und Handlungsstrategien zu SMI darzustellen und die Rubriken proportional im Verhältnis gleich sein sollten.

Reduktion auf Basis des kognitiven Interviews: Die Reduktion von weiteren Items erfolgte auf Basis der kognitiven Interviews mit Rückkopplung an den Bezugsrahmen, der sich in drei Aspekte untergliedert lässt. Folgende Items wurden aus der Erhebung herausgenommen:

1. Items, die die Interviewteilnehmer als ähnlich oder redundant inspiziert haben und die das SMI-GP-Team im Abgleich auch als ähnlich inspizierte
2. Items, die nicht direkt zur Fragestellung zählten
3. Items, die aus dem dialogischen Kontext gegriffen und somit für das Erhebungsinstrument nicht verständlich waren

Es wurden mehrere Reduktionen vorgenommen. Im Folgenden werden zwei Beispiele dargestellt.

Tabelle 32: Ergebnisdarstellung Reduktion der Items

<p>Die drei rechts abgebildeten Items wurden im kognitiven Interview als redundant zu anderen Items inspiziert. Zudem schienen die Konzepte bei diesen Items nicht klar umrissen und abgegrenzt zu sein; deshalb wurden diese drei Items herausgenommen.</p>	<p>4. Aus Ihrer Erfahrung: Berichtet ein Patient Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen ... (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>... ist dies meist ein Grund zur Sorge?</p> <p>... ist oft das Gedächtnis auch wirklich beeinträchtigt?</p> <p>... kann man sowieso nichts machen?</p>
<p>Die beiden rechts dargestellten Items wurden herausgenommen, weil sie aus dem Kontext des qualitativen Interviews gerissen und in dieser Darstellung nicht verstanden wurden.</p>	<p>5. Aus Ihrer Erfahrung: Patienten, die über Gedächtnisprobleme berichten ... (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>... sind eher „schwierige“ Persönlichkeiten?</p> <p>... sind durch die Medien aufgeschreckt?</p>

(eigene Darstellung)

7.3.6 Sprachliche Modifizierung

Bei der sprachlichen Modifizierung wurden insbesondere die Regeln zur Fragebogenkonstruktion von Rolf Porst (2000) angewendet. Im Folgenden werden nur auf die Regeln näher eingegangen, die für die sprachliche Modifizierung relevant waren. Im Anhang sind die zehn Regeln mit Beispielen hinterlegt.

Einfache, unzweideutige Begriffe verwenden, die von allen Hausärzten in gleicher Weise verstanden werden (Porst, 2000): Der ersten Regel von Porst zufolge müssen Begriffe verwendet werden, die von allen befragten Hausärzten in gleicher Weise verstanden werden. Das kognitive Interview zeigt, dass der Begriff „älterer Patient“ unklar ist und somit unterschiedlich definiert werden kann. Deshalb hat das Studienteam nun in den versendeten Fragebogen den Begriff des älteren Patienten wie folgt definiert:

„Wichtige Hinweise vorab: Alle Fragen beziehen sich auf ältere Patienten (> 65) ohne manifeste Demenzerkrankung. Bitte beantworten Sie alle Fragen, denn nur vollständige Fragebögen kann ich auswerten.“

Hier hat sich das Studienteam an dem Geriatrischen Basisassessment und der AgeCoDe-Studie bezüglich der Alterseingrenzung orientiert.

Lange und komplexe Fragen vermeiden (Porst, 2000):

Bei langen und komplexen Fragen besteht das Risiko, dass sie schnell unverständlich und undurchsichtig werden oder zu viele unterschiedliche Stimuli enthalten (Porst, 2000). Diese Items (vorheriger Block 24 → neuer Block 6) wurden als unverständlich und zu lang eingestuft. Zudem merkte ein Hausarzt an, dass z. B. der Begriff „Algorithmus“ nicht zum gängigen Sprachgebrauch der Hausärzte gehört und vielleicht von einigen Ärzten nicht verstanden wird. Die Items wurden gekürzt und mit klareren Begriffen formuliert.

Tabelle 33: Ergebnisdarstellung Lange und komplexe Fragen vermeiden

Version des kognitiven Interviews	Modifizierte neue Endversion des Fragebogens
<p>24. Bei Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten: Wie bewerten Sie die folgenden möglichen Arbeitshilfen? (1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>Ein Algorithmus mit klaren Handlungsempfehlungen zum weiteren Vorgehen</p> <p>Ein Instrument (Test oder Fragebogen), um unterscheiden zu können, ob Patienten sich unbegründet sorgen oder tatsächlich Gedächtnisdefizite bestehen</p> <p>Ein Instrument (Test oder Fragebogen) zur wiederholten Erfassung von Gedächtnisproblemen (Verlaufsdiagnostik)</p>	<p>6) Bewerten Sie folgende Arbeitshilfen für die Praxis, wenn Patienten Gedächtnisprobleme berichten:</p> <p>(1 Kreuz pro Zeile!)</p> <p>Schriftliche <u>Handlungsempfehlung</u> zum weiteren Vorgehen</p> <p>Ein <u>Instrument zur Unterscheidung</u>, ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben</p> <p>Ein <u>Instrument zur strukturierten Dokumentation</u> und Verlaufsmessung der berichteten Gedächtnisprobleme</p>

(eigene Darstellung)

Doppelte Stimuli und Verneinungen vermeiden (Porst, 2000):

Tabelle 34: Ergebnisdarstellung doppelte Stimuli und Verneinungen vermeiden

<p>Durch die doppelten Stimuli konnten die Items (rechts) nicht eindeutig beantwortet werden. Diese Items hatten in dem zuvor entwickelten Fragebogen (Variante des kognitiven Interviews) einen doppelten Stimulus. Hier hatte das Studienteam kontextual aus den Interviews das Item entwickelt und die Regel missachtet. In den kognitiven Interviews äußerten vier von fünf Ärzten: „Beruhigen ja, aber nicht ohne weiteres Vorgehen“, ohne „weiteres Vorgehen passe nicht“. Durch die doppelten Stimuli konnten vier Ärzte nicht eindeutig zustimmen. Daraufhin hat das Studienteam dieses Item modifiziert und zwei Items für diese Endvariation des Erhebungsinstruments entwickelt.</p>	<p>Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?</p> <p>Warten Sie erstmal ab und beobachten den Patienten im weiteren Verlauf?</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(eigene Darstellung)

Fragen mit eindeutigem zeitlichem Bezug verwenden (Porst, 2000):

Ein eindeutiger zeitlicher Bezug gemäß der siebten Regel von Porst fehlte bei der Instruktion des zuvor nummerierten Item-Blocks 3. „Ein Patient berichtet Ihnen von Gedächtnisproblemen: Wie gehen Sie üblicherweise vor?“ Die Hausärzte des kognitiven Interviews wünschten sich eine Zeitangabe, begründet darin, dass das Vorgehen anders sei, wenn ein Patient das erste Mal über Gedächtnissorgen klagt oder schon ein Dreivierteljahr über SMI berichtet. Deshalb wurde dieser Vorschlag berücksichtigt und durch die Angabe „in den nächsten zwei bis fünf Konsultationen“ modifiziert

Antwortkategorien verwenden, die erschöpfend sind (Porst, 2000):

In Anlehnung an die achte Regel nach Porst hat das Studienteam bei der Geschlechtsabfrage die Antwortkategorie „weiblich, männlich und anders“ abgebildet, damit das Item erschöpfend ist.

Ergänzt wurde bei den Items die Ankreuzmöglichkeit, „dass ein bestimmtes Vorgehen“ nicht erfolgt, beispielsweise: „Wie greifen Sie üblicherweise das Thema Gedächtnis mit Ihren Patienten auf?“ Bei der modifizierten neuen Endversion des Fragebogens konnte nun angekreuzt werden „überhaupt nicht“. Dieser Aspekt wurde im Vorentwurf nicht ausreichend berücksichtigt und wurde nun an mehreren Stellen ergänzt. Somit sollten möglichst erschöpfende Optionen ermöglicht werden.

Umformulierungen:

Es wurden verschiedene Umformulierungen vorgenommen. Im Folgenden werden einige Beispiele dargestellt.

Tabelle 35: 1. Umformulierungsbeispiel

Version des kognitiven Interviews	Modifizierte neue Endversion des Fragebogens
Bieten Sie Labordiagnostik an?	Bieten Sie gezielt Labordiagnostik zur Abklärung körperlicher Ursachen an?

(eigene Darstellung)

Hier fehlte einem Arzt der Kontext. Seine Aussage war: „Labordiagnostik wird sowieso gemacht und speziell wegen Kognition nur, wenn eine körperliche Ursache besteht“. Das Studienteam hat sich zur

Modifizierungsentscheidung die Analyse der qualitativen Daten angeschaut und dort folgte immer der Dialog „zum Ausschluss einer körperlichen Ursache“. Das Studienteam modifizierte das Item wie folgt. Weil diese Kombination gehäuft ist, wurde hier eine Verknüpfung zweier Aspekte gewählt.

Tabelle 36: 2. Umformulierungsbeispiel

Version des kognitiven Interviews	Modifizierte neue Endversion des Fragebogens
Wiegeln Sie ein solches Gespräch übers Gedächtnis ab?	„Solche Gespräche übers Gedächtnis würde ich am liebsten abwiegle.“

(eigene Darstellung)

Das Wort „abwiegle“ empfand ein Hausarzt im kognitiven Interview als keinen gängigen Begriff und wünschte ein Synonym. Dieses Item wurde jedoch auf Basis der Interviews entwickelt und stand im Sinnzusammenhang mit einer Gruppe von Hausärzten, die sich unsicher bei dem Thema Gedächtnisstörung fühlen, die diesen Bereich gerne „abwiegle“. Ein Synonym, das den Inhalt aus den Interviews wiederspiegelt fand das Studienteam nicht. Deshalb wurde das Wort „abwiegle“ beibehalten, jedoch schwächer formuliert: „Solche Gespräche übers Gedächtnis würde ich am liebsten abwiegle.“

Tabelle 37: 3. Umformulierungsbeispiel

Version des kognitiven Interviews	Modifizierte neue Endversion des Fragebogens
„... das erzeugt einen Druck , dass ich irgendetwas machen soll (diagnostisch/therapeutisch)?“	„Bei diesen Patienten spüre ich einen Erwartungsdruck, dass ich irgendetwas tun soll.“

(eigene Darstellung)

Bei den Items hat das Studienteam eine Modifizierung vorgenommen und Wörter geändert, die danach besser zum Kontext des Interviews passten: Aus „hilflos“ wurde „machtlos“ und „Druck“ wurde durch „Erwartungsdruck“ präzisiert.

Tabelle 38: 4. Umformulierungsbeispiel

Version des kognitiven Interviews	Modifizierte neue Endversion des Fragebogens
„... das macht mich hilflos ?“	„Beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ ist man <u>machtlos</u> .“
„... da weiß ich direkt, was ich anbieten kann?“	„Ich habe das Gefühl, beim Thema ‚Gedächtnis-probleme‘ <u>fehlt mir ein richtiges Konzept</u> .“

(eigene Darstellung)

Die Items „das macht mich hilflos“ und „da weiß ich direkt, was ich anbieten kann“ wurden von einer Hausärztin im kognitiven Interview nicht beantwortet, weil ihr der Sinn nicht klar war. Das Item wurde aus dem Kontext entwickelt, dass Hausärzte das Gefühl haben, bei Gedächtnisstörungen nichts anbieten zu können, weil sie das Gefühl haben, dass ihnen ein Konzept fehlt. Da das Studienteam keine Items mit

Verneinung formulieren wollte, wurde das Item mit dem gegenteiligen Inhalt dargestellt. Die extrahierte Sinnstruktur ist das Gefühl eines fehlenden Konzeptes, somit wurde das Item nochmals modifiziert.

Es erfolgten bei verschiedenen Items noch vereinzelte Modifizierungen. Beispielsweise wurde das Wort „beleidigen“ durch „kränken“ ersetzt, weil dieses Wort gehäuft in den Interviews verwendet wurde. Zur Multimorbidität wurde das Wort „gebrechlich“ ergänzt.

Abdeckung verschiedener Tiefen- und Breitenaspekte bezüglich der Zielsetzung

Integration neuer Items: Die Items, die auf dieser Seite dargestellt werden, wurden vom SMI-GP-Team neu in die Endversion integriert. Nochmals wurde anschließend geprüft, ob die Komplexität der Zielsetzung durch verschiedene Breiten- und Tiefenaspekte abgedeckt ist. Hierzu erfolgte erneut ein Abgleich mit dem gesamten Datenmaterial und es wurden neue Items zum Vorgehen, zu den Konzepten und der Ansprache entwickelt.

Tabelle 39: Ergebnisdarstellung Integration neuer Items

<p>Bei den folgenden Items (rechte Abbildung) wurden vier Aspekte zum Vorgehen ergänzt. Diese Aspekte zum Vorgehen bei Gedächtnistörungen beziehen sich auf individuelle Fragen, die Dokumentation, das Gespräch auf ein anderes Thema lenken und das Ansprechen bzw. Einbeziehen der Medizinischen Fachangestellten. Diese Aspekte waren nicht ausreichend in der Vorversion berücksichtigt.</p>	<p>Sprechen Sie mit Ihrer <u>Medizinischen Fachangestellten (MFA)</u> über die vom Patienten berichteten Probleme?</p> <p>Dokumentieren Sie die berichteten Gedächtnisprobleme in der Patientenakte?</p> <p>Prüfen Sie im Gespräch grob das Gedächtnis mit <u>individuellen Fragen</u> (z.B. nach der letzten Mahlzeit, dem Wochentag, Namen etc.)?</p> <p>Lenken Sie das Gespräch gezielt auf ein <u>anderes Thema</u>, weg vom Gedächtnis?</p>
<p>Zum Thema Konzept gab ein Hausarzt den Hinweis, dass das Konzept der normalen Altersvergesslichkeit fehlt. Dieses Item wurde ergänzt, weil diese Aussage zu den qualitativen Interviews passt. Der Hausarzt formulierte die Altersvergesslichkeit mit dem doppelten Stimulus: besorgte oder ängstliche Patienten mit intaktem Gedächtnis, durch Demenzerfahrung im privaten Umfeld oder durch Medienberichte aufgeschreckt. Das Studienteam nutzte diese Begrifflichkeiten und modifizierte damit die anderen beiden zuvor formulierten Items.</p>	<p>Eine <u>normale Altersvergesslichkeit</u>?</p> <p>Angst vor Demenz aufgrund von Medienberichten oder eigenen Erfahrungen im sozialen Umfeld?</p> <p>Besorgte oder ängstliche Patienten, jedoch mit aus Ihrer Sicht eher <u>intaktem</u> Gedächtnis?</p>
<p>Zu dem Item-Block bezüglich Patientengruppen, bei denen das Thema Gedächtnis eher vermieden wird, wurden folgende drei Items neue ergänzt. Die Aspekte langjährige, hoch gebildete und allein lebende Patienten wurden im kognitiven Interview aufgezählt. In einer Vorversion hatte das Studienteam diese Items auf Basis des Inhaltes der qualitativen Interviews konstruiert, weil sie dort vereinzelt vorkamen. Damit die Kategorie weitgehend erschöpfend ist, wurden diese Items wieder in den Fragebogen integriert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> bei <u>langjährigen / sehr gut bekannten</u> Patienten <input type="radio"/> bei <u>hoch gebildeten</u> Patienten <input type="radio"/> bei <u>alleinlebenden</u> Patienten
<p>Zum Thema „Aufgreifen der Gedächtnisprobleme“ fehlte einem Hausarzt die Ankreuzvariante „das direkte Aufgreifen, indem ein Gedächtnistest durchgeführt wird“. Dieses Item wurde mit dem doppelten Stimulus „direkt“ und „Gedächtnistest“ kombiniert, begründet darin, dass in den Interviews ständig diese Kombination zu finden ist und diese somit eindeutig beschrieben ist. Zudem wird das Item der direkten Ansprache ohne Gedächtnistest im Fragebogen als Wahloption angeboten.</p>	<p><input type="checkbox"/> direkt, indem ich das Thema Demenz anspreche</p>

(eigene Darstellung)

7.4 Items des SMI-GP-Fragebogens (Endversion)¹⁸

Allgemeine Einstellungen zu Fall I, II, III
<p>1) Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige generelle Aussagen von Hausärzten zum Thema Gedächtnis. Geben Sie bitte an, inwieweit diese für Sie als Hausarzt zutreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner.“ - „Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn die Angehörigen kommen und klagen.“ - „Ich habe das Gefühl, beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ fehlt mir ein richtiges Konzept.“ - „Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab.“ - „Beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ ist man machtlos.“ - „Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten.“ - „Ich sehe mich beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ als Vermittler zwischen Patient und Angehörigen.“ - „Die (MFA) spielt bei der frühen Wahrnehmung möglicher Gedächtnisprobleme eine wichtige Rolle.“ - „Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn es um manifeste Demenz geht.“ - „Ich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnisprobleme.“ - „Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär Aufgabe von Neurologen/Psychiatern.“
<p style="text-align: center;">Fall I</p> <p>In den Fragen 2 bis 6 geht es um den Fall, dass ein älterer Patient Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet, Sie als Hausarzt aber bislang keine Defizite bemerken:</p> <p>2) Was machen Sie dann üblicherweise (direkt und in den nächsten 2-5 Konsultationen)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bieten Sie einen Gedächtnistest an? - Beruhigen Sie diesen Patienten in einem entsprechenden Arzt-Patienten-Gespräch? - Fragen Sie im Gespräch grob das Gedächtnis mit individuellen Fragen (z.B. nach der letzten Mahlzeit, dem Wochentag, Namen etc.)? - Gleichen Sie die berichteten Probleme gezielt mit Ihrem Eindruck von mögl. Veränderungen des Pat. ab? - Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme im Verlauf gezielt wieder auf? - Dokumentieren Sie die berichteten Gedächtnisprobleme in der Patientenakte? - Stellen Sie gezielt Nachfragen, seit wann die berichteten Gedächtnisprobleme bestehen? - Sprechen Sie mit Ihrer (MFA) über die vom Patienten berichteten Probleme? - Nutzen Sie die Gp als Anlass, um mit dem Patienten über Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht zu sprechen? - Fragen Sie den Patienten nach möglichen Gründen / Auslösern für die Gedächtnisprobleme? - Stellen Sie gezielt Nachfragen, in welchen Situationen sich die Gedächtnisprobleme äußern? - Schlagen Sie dem Pat. vor, die Angehörigen einzubestellen, um auch deren Einschätzung zu erfahren? - Lenken Sie das Gespräch gezielt auf ein anderes Thema, weg vom Gedächtnis? - Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an? - Bieten Sie gezielt Labordiagnostik zur Abklärung körperlicher Ursachen an? - Bieten Sie an, den Patienten zu einem Neurologen / Psychiater zu überweisen? - Machen Sie Vorschläge zur Erhaltung der geistigen Fitness (z.B. Gedächtnistraining)? <p>3) Was steckt aus Ihrer Erfahrung dahinter, wenn ein Patient von Gedächtnisproblemen berichtet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine sich bereits entwickelnde Demenz? - Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression? - Besorgte oder ängstliche Pat., jedoch mit aus ihrer Sicht eher intaktem Gedächtnis? - Der Wunsch der Angehörigen (Patient kommt auf Anraten/Drängen der Angehörigen)? - Angst vor Demenz aufgrund von Medienberichten oder eigenen Erfahrungen im soz. Umfeld? - Eine normale Altersvergesslichkeit? - Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz (=Risikofaktor)? - Eine ansonsten noch nicht greifbare Vorstufe einer Demenz? <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Konzepte zu allen Fällen I, II, III</p> <p>4) Jetzt geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen von Patienten, die bei sich selbst Gedächtnisprobleme wahrnehmen. Es geht nach wie vor um ÄLTERE Patienten (> 65 Jahre) OHNE manifeste Demenz!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten schwerer, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen? - Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten leichter, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen? - Erwarten Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten, diagnostische Maßnahmen? - Erwarten diese Patienten ein ausführliches Gespräch über Gedächtnis? - Erwarten diese Patienten eine Behandlungsempfehlung? - Verspüren Patienten einen Leidensdruck aufgrund der berichteten Gedächtnisprobleme? - Wollen diese Patienten lieber mit einer Medizinischen Fachangestellten (MFA) darüber reden? <p>5) Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige Aussagen von Hausärzten. Treffen diese Aussagen für Sie persönlich zu?</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Solche Gespräche über Gedächtnis würde ich am Liebsten abwiegeln.“ - „Bei diesen Patienten spüre ich einen Erwartungsdruck, dass ich irgendetwas tun soll.“ - „Diese berichteten Gedächtnisprobleme sind störend/nervig.“ - „Diese Patienten berühren mich emotional.“ - „Ich gerate unter Zeitdruck, weil das Thema Gedächtnis von Patienten oft nebenbei / im Rausgehen angesprochen wird.“ <p>6) Bewerten Sie folgende Arbeitshilfen für die Praxis, wenn Patienten Gedächtnisprobleme berichten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Instrument zur Unterscheidung, ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben - Kollegiale Fallbesprechung bei Bedarf zum Thema Gedächtnis - Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Netzwerk - Ein Instrument zur strukturierten Dokumentation und Verlaufsmessung der berichteten Gedächtnisprobleme - Schriftliche Handlungsempfehlung zum weiteren Vorgehen - Frühzeitige Einbindung von Spezialisten

Abb. 21: Ergebnisdarstellung der Items (Fall I) des SMI-GP Fragebogens (Endversion)
(eigene Darstellung)

¹⁸ Gp = Gedächtnisprobleme

Pat.= Patienten

<p>Fall II</p> <p>In den Fragen 7 bis 11 geht es um den Fall, dass Sie als Hausarzt einen Pat. aufs Gedächtnis ansprechen (wollen):</p>	<p>Fall III</p> <p>Nun geht es um den Fall, dass Angehörige zu Ihnen kommen und von Gedächtnisproblemen eines Ihrer Patienten berichten.</p>
<p>7) Wie greifen Sie üblicherweise das Thema Gedächtnis mit Ihren Patienten auf? (bei der für Sie „üblichen“ Vorgehensweise!)</p> <ul style="list-style-type: none"> - überhaupt nicht - indirekt, z. B. über das Ansprechen möglicher Nebenwirkungen der Medikation - mit offenen Fragen, z.B. wie es allgemein mit dem Denken oder dem Gedächtnis klappt - direkt, indem ich das Thema Demenz anspreche - direkt, indem ich einem Gedächtnistest anbiete/durchführe - Welchen ungefähren Wortlaut verwenden Sie? Bitte eine Ihrer gängigen Formulierungen nennen: <p>8) Welche Patienten sprechen Sie aktiv aufs Gedächtnis an?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Routinemäßig alle Patienten ab einem gewissen Alter? - Patienten, deren Angehörige Ihnen schon von Gedächtnisproblemen berichtet haben? - Patienten, bei denen Sie bereits erste Gedächtnisdefizite vermuten? - Patienten, bei denen Demenzfälle in der Familie bereits aufgetreten sind? - Patienten, bei denen Ihre Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie auf Gedächtnisprobleme berichtet haben? - Patienten, bei denen Sie bereits erste Gedächtnisdefizite vermuten? <p>9) Schätzen Sie bitte Ihr Empfinden ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ist es Ihnen als Hausarzt unangenehm, Ihre Patienten aktiv aufs Gedächtnis anzusprechen? - Fällt es Ihnen bei langjährigen / sehr gut bekannten Patienten schwerer, diese aufs Gedächtnis anzusprechen? - Fällt es Ihnen bei langjährigen / sehr gut bekannten Patienten leichter, diese aufs Gedächtnis anzusprechen? - Was meinen Sie: Ist es Ihren Pat. unangenehm, wenn sie von Ihnen auf ihr Gedächtnis angesprochen werden? - Erwarten Ihre älteren Patienten von Ihnen als Hausarzt, dass Sie sie aktiv aufs Gedächtnis ansprechen? <p>10) Gibt es für Sie als Hausarzt bestimmte Patientengruppen, bei denen Sie das Thema Gedächtnis eher vermeiden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nein, keine bestimmte Patientengruppe, bei der ich es vermeide. - bei langjährigen / sehr gut bekannten Patienten ? bei sehr alten Patienten - bei hoch gebildeten Patienten - bei multimorbidem / gebrechlichen Patienten - bei Patienten in guter sozialer Einbettung - bei alleinlebenden Patienten - bei Heimbewohnern - bei Patienten mit psychischen Erkrankungen (z.B. Depression) - Sonstige Patienten? (bitte eintragen) <p>11) Gibt es für Sie als Hausarzt bestimmte Gründe, Patienten NICHT auf ihr Gedächtnis anzusprechen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nein, es gibt keine bestimmten Gründe gegen das Ansprechen. - Der Patient selbst sollte es ansprechen, nicht ich. - Ich will niemanden kränken / stigmatisieren - Ich will keine schlafenden Hunde wecken. - Angehörige sollten es am Besten ansprechen, nicht ich. ? Sonstiger Grund? (bitte eintragen) 	<p>12) Wie bewerten Sie es, wenn Angehörige Ihnen von mögl. Gp eines Patienten berichten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nehmen Sie die Erwartungshaltung wahr, dass Sie irgendwas machen sollen? - Empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis? - Empfinden Sie es als hilfreich, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen? - Verkompliziert das für Sie die Kommunikation zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen <p>13) Wie bewerten Sie für sich folgende mögliche nächste Schritte?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bestellen Sie den Patienten alleine ein? - Bitten Sie den Angehörigen, mit dem Patienten gemeinsam in die Praxis zu kommen? - Beobachten Sie den Patienten im Verlauf, ohne ihn aufs Gedächtnis anzusprechen?
<p>Häufigkeitsangaben zu Fall I, Fall II, Fall III</p>	
<p>14) Schätzen Sie bitte grob folgende Häufigkeiten pro Quartal ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie oft berichten Angehörige/Bekannte älterer Pat. Ihnen erstmalig von Gp eines Pat.? - Wie oft sprechen Sie selbst als Hausarzt ältere Patienten erstmalig aktiv auf deren Gedächtnis an? - Wie oft vermuten Sie selbst bei älteren Patienten erstmalig Gedächtnisprobleme? - Wie oft kommt es pro Quartal vor, dass Ihnen ein älterer Patient erstmalig von Gp berichtet? - Wie oft weisen Ihre Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie erstmalig auf mögliche Gp alterer Pat. hin? 	
<p>Sozialdaten/Praxisdaten</p>	
<p>15) Zuletzt noch ein paar kurze Angaben zu Ihrer Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ihr Alter: - Ihr Geschlecht: - Ihr momentaner Beschäftigungsumfang als Hausärztin/Hausarzt: - Wie viele Jahre sind Sie bisher insgesamt hausärztlich tätig? - Wie viele Scheine hat Ihre Praxis pro Quartal (also nicht Sie persönlich, sondern die ganze Praxis)? <p>- Haben Sie noch Ideen, Anmerkungen oder Kritik? </p>	

Abb. 22: Ergebnisdarstellung der Items (Fall II und Fall III) des SMI-GP-Fragebogens (Endversion) (eigene Darstellung)

7.5 Ergebnisdarstellung der Item-Ableitung mit Zitaten und der Theorie des geplanten Verhaltens

In den folgenden Tabellen werden die Item-Blöcke als **Beispielauszug** des Fragebogens der Endversion aufgeführt. So soll gezeigt werden, wie das Item aus dem Zitat des qualitativen Materials abgeleitet worden ist und welchem Konstrukt nach Ajzen (1991) und welchem Hauptcode es zugeordnet wurde. Für jedes entwickelte Item erfolgte eine Zuordnung. Dieser Schritt basiert auf den beschriebenen Schritten der Methodik (siehe Teil der Integration). Die vollständige Tabelle umfasst 23 Seiten und ist im Anhang C.7 zu finden.

Tabelle 40: Ergebnisdarstellung der Item-Ableitung mit Zitaten und der Theorie des geplanten Verhaltens

Wichtige Hinweise vorab: Alle Fragen beziehen sich auf ältere Patienten (> 65) ohne manifeste Demenzerkrankung. Bitte beantworten Sie alle Fragen, denn nur vollständige Fragebögen kann ich auswerten.

Item-Block 1 bis 5 = vierstufige Skala → nein, eher weniger, eher schon, ja → a)

1) Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige generelle Aussagen von Hausärzten zum Thema Gedächtnis. Geben Sie bitte an, <u>inwieweit</u> diese für Sie als Hausarzt <u>zutreffen</u>			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
„Ich sehe mich beim Thema „Gedächtnisprobleme“ als Vermittler zwischen Patient und Angehörigen.“	NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 110 Es ist ja da jetzt nicht, nicht nur da, sondern auch in vielen Fällen, aber da eben auch natürlich schon so, dass man da oft so ein bisschen so auch <u>als Mediator</u> vielleicht eingesetzt wird, dass man, gibt natürlich auch die Situation, wo die Angehörigen, denen es vielleicht unangenehm ist anzusprechen, also soll der Arzt das mal sagen.	Attitudes towards behavior Instrumental	HA Emotionen/ Einstellungen

In den Fragen 2 bis 6 geht es um den Fall, dass ein älterer Patient Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet, Sie als Hausarzt aber bislang keine Defizite bemerken:

2) Was machen Sie dann üblicherweise (direkt und in den nächsten 2–5 Konsultationen?)			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme <u>im Verlauf gezielt wieder auf?</u>	NI 06, Regionsfaktor 1, Zeile 79 Dann – kläre ich schon mal so ein paar Stoffwechselgeschichten ab. Dass man einfach sagt, kommen Sie mal zur Blutabnahme und dann besprechen wir uns im Folgetermin und dann habe ich für mich so eine Notiz im Praxissystem, dass ich sage, noch mal auf – Demenz ansprechen oder auf, auf – auf Vergesslichkeit, auf wie kommt der Mensch zurecht, dass ich mir das einfach so – hinterlege.	Behavior	aktive Strategien\Kommunikation (Gespräche)\Recall/ routinemäßiges Nachfrage

3) Was steckt aus Ihrer Erfahrung dahinter, wenn ein Patient von Gedächtnisproblemen berichtet? a)			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression?	FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 239 Also Sorgen, Sorgen, Sorgen ist ja Sorgen, die haben wir dann hoffentlich irgendwann aus der Welt geschafft, oder wir haben sie, ne, in Therapie gebracht. So.	Attitudes towards behavior Instrumental	HA Emotionen/Einstellungen Gedächtnisstörungen haben mit Gefühlen des HA zu tun(SMI)
4) Jetzt geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen von Patienten, die bei sich selbst Gedächtnisprobleme wahrnehmen. a) Es geht nach wie vor um ÄLTERE Patienten (> 65 Jahre) OHNE manifeste Demenz!			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik/ Hauptcode
Ist es diesen Patienten unangenehm, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 90 Aber das ist schon das Gefühl, dass es ihnen schwerer fällt, über so was zu sprechen, Gedächtnis-, über nachlassende Gedächtnisleistung, Gedächtnisprobleme, dass es ihnen schwerer fällt, das anzusprechen.	subjective Norm: induktive Norm	Einstellungen→ Patientenangst (Kommunikationsbarrieren)
5) Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige Aussagen von Hausärzten. a) Treffen diese Aussagen für Sie persönlich zu?			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
„Bei diesen Patienten spüre ich einen Erwartungsdruck, dass ich irgend etwas tun soll.“	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 501 Also, was ich, ich habe nicht verstanden, wie ich ihr helfen sollte. Es geht immer darum, haben Sie nicht was, Sie wollen die Pille haben, die nicht da ist.	Attitudes towards behavior Instrumental	Einstellungen/ Erwartungsdruck
6) Bewerten Sie folgende Arbeitshilfen für die Praxis, wenn Patienten Gedächtnisprobleme berichten: b)			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Ein Instrument zur Unterscheidung, ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 66 „Und da ist nur unser Problem, die bisherigen, uns so zur Verfügung stehenden Testverfahren, die wir wüssten, da würde immer bei rauskommen, der hat nichts. W: Ja genau. M: Und da stehe ich dann damit wieder. (Getränk wird eingeschenkt)	Intention Verhaltensabsicht aber auch (Behavior) → Wenn der Hausarzt es aus seiner Sicht bereits nutzt	Wunsch Tests

Item-Block 6 = dreistufige Skala → Nein, brauche ich nicht, NUTZE ICH bereits, Ja, wünsche ich mir → b)
(eigene Darstellung) Zur Übersichtlichkeit werden die jeweiligen dargestellten Items hauptsächlich immer nur einem Konstrukt, Zitat oder einem Hauptcode zugeordnet.

8 Diskussion der Integration

In diesem 8. Kapitel wird über den Integrationsprozess diskutiert. Zuerst wird in 8.1 allgemein über die Mixed-Methods-Studie und die Integration diskutiert. Die Diskussion untergliedert sich in (1) warum das sequenzielle Mixed-Methods-Design notwendig war, und dann wird (2) die Darstellung und Transparenz der Integration diskutiert. Dem folgt (3) die Diskussion über die Probleme und Herausforderungen bei der Übersetzung und Transformation von qualitativen und quantitativen Materialien. In 8.2 erfolgt die Diskussion der Ergebnisse der kognitiven Interviews. Anschließend wird über die Qualität und die Limitationen der kognitiven Interviews diskutiert. Abschließend werden in 8.3 die weiteren Erkenntnisse, die durch das Mischen oder Integrieren der Methoden in der Studie gewonnen worden sind, diskutiert. Dieser Aufbau orientiert sich an den Good Reporting of A Mixed Methods Study (GRAMMS).

8.1 Qualität der Mixed-Methods-Studie und der Integration

(1) Warum das sequenzielle Mixed-Methods-Design notwendig war

O'Cathain et al. (2010) beschreiben, dass Mixed-Methods-Studien mehr Wissen liefern können als separate Analysen. Durch die Anwendung des Mixed-Methods-Ansatzes ist es erst möglich gewesen, verschiedene Aspekte zum Thema Gedächtnisstörungen in der Hausarztpraxis in einer Studie zu untersuchen. Aus der Perspektive der Hausärzte lagen zuvor nur Hinweise auf Heuristiken bei subjektiven Gedächtnisstörungen vor (Iliffe und Wilcock, 2005), somit sollten erstmalig die Einstellungen und das Vorgehen zum Thema eruiert und deren Wechselwirkungen phänomenologisch verstanden werden. Das primäre Ziel der Integrationsphase war die Entwicklung eines quantitativen Erhebungsinstruments zur Erfassung der Konzepte und Vorgehensweisen zum Thema SMI bei Hausärzten, weil es bislang kein Erhebungsinstrument für die Zielgruppe und Fragestellungen gab. Durch die Exploration des Themenpektrums anhand der zuvor durchgeführten qualitativen Interviews wurde Datenmaterial gewonnen, das als Basis für die Inhalte des Fragebogens dienen sollte. Damit möglichst ein anwendungsorientierter Fragebogen für die Zielgruppe der Hausärzte entstehen konnte, sollten insbesondere die Themenbreite, Themenschwerpunkte der Interviews als auch der dort gewählte Sprachduktus der Hausärzte berücksichtigt werden. Mit diesem Fragebogen konnten dann die bundesweite repräsentative Befragung zur Darstellung der Verteilungsmuster bezüglich Konzepte und Strategien als auch die Darstellung der Differenzierung hausärztlicher Konzepte versus die Konzepte der spezialistischen Sicht (Psychiater) erfolgen. Das sequenzielle Design war relevant, um überhaupt die Zielsetzung behandeln zu können. Ohne die Integration der qualitativen Daten in den quantitativen Fragebogen wäre die Taxonomie und Komplexität der Zielsetzung nicht möglich gewesen (Creswell und Plano Clark, 2007; O'Cathain, 2010).

(2) Beachtung der Integration: Darstellung und Transparenz

Verschiedene Autoren beschreiben, dass verfahrenstechnische Aspekte oft in den Vordergrund gestellt werden und meist unklar ist, wie die Integration in einer Mixed-Methods-Studie erfolgt (O'Brien, 2014; Kaur et al., 2019, Burzan, 2016). O'Cathain et al. (2008) beschrieben in einem Review, in dem sie 118 Mixed-Methods-Studien im Zeitraum 1994 bis 2004 untersuchten, wovon sie 75 Studien inspirierten, dass sie die Integration nicht beurteilen konnten, weil keine Versuche der Integration dargestellt wurden. Die Autoren beschreiben, dass die überwiegenden Studien erfolgreich abgeschlossen worden sind, jedoch das Mixed-Methods-Design ignoriert wurde und nur einzelne Forschungsstränge qualitativ und quantitativ dargestellt werden. Auch Kaur et al. (2019) beschreiben, dass der Mixed-Methods-Trend zugenommen hat und viele Lehrbücher entstanden sind, jedoch weiterhin die Integration oft unklar und schwer fassbar ist.

Niederberger und Peter (2018) beschreiben, dass in Deutschland häufig Mixed-Methods-Studien angewendet werden, um die Schwäche eines qualitativen oder quantitativen Forschungsansatzes auszugleichen, was kritisch von ihnen angemerkt wird (Niederberger und Peter, 2018). Der Autorin dieser Dissertation war es somit ein wichtiges Anliegen, beide Forschungsansätze (QUAL und QUAN) als auch die Integration möglichst transparent und mit gleicher Gewichtung in dieser Dissertation darzustellen.

Diese Dissertation zeigt einen Versuch auf, wie die Integration erfolgen kann und das Mixed-Methods-Design möglichst nicht ignoriert wird. Dafür wurden die spezifischen Regeln für Mixed-Methods-Studien berücksichtigt, wie z. B. die Pfeildarstellung nach Morse (2008), die Prioritätsdarstellung und Gewichtung gemäß Creswell (2015, 2018) oder die Joint Displays gemäß Gutterman et al. (2015) angewendet.

Es wurde versucht, Integrationsdarstellungen mit längeren Erklärungen, wie z. B. die Explikation innerhalb des Bezugsrahmens, zu versehen. Unter anderem erfolgen in dieser Arbeit immer wieder Joint Displays, in denen grafisch oder tabellarisch ersichtlich war, wann und wie die Daten oder Methoden verknüpft worden sind (Creswell, 2015; Creswell und Creswell, 2018).

Diese Dissertation zeigt einen Versuch auf, wie die beiden Forschungsmethoden zu einem Gesamtbild zusammengeführt werden können. Es wird kleinschrittig erklärt, wie die Integration stattfindet. Die Integrationsphase ist durch eine ständige Interaktion und Verzahnung geprägt. Dies zeigt sich durch eine Interaktion zwischen der Zielgruppe selbst und dem SMI-GP-Team als auch in der Interaktion des multiprofessionellen Teams. Dabei erfolgten ständige Integrations- und Modifikationsschleifen. Dieses Verfahren ist nicht als ausgereift anzusehen, weshalb im Prozess auch immer wieder Anpassungen erfolgen mussten. Dieser Prozess ist von einem interaktiven und einem zyklischen Analyse-Verzahnungsansatz geprägt, in dem immer beschrieben wird, welche Personen an dem Prozess beteiligt waren.

(3) Probleme und Herausforderungen bei der Übersetzung und Transformation von qualitativen und quantitativen Materialien und der damit verbundenen zusammenhängenden Probleme

Eine große Herausforderung in der SMI-GP-Studie war die Transformation qualitativer in quantitative Daten aufgrund der beschriebenen Übersetzungsprobleme (siehe Methodikteil). Die Deutungsmuster, Sinnstrukturen und die Tiefe der qualitativen Daten können dabei verloren gehen. In vielen Fachbüchern werden die Designtypen und Arten genau beschrieben (Creswell, 2014; Kuckartz, 2014; Burzan, 2016). Jedoch wird oft darauf verwiesen, dass die genaue inhaltliche Ausgestaltung stark vom Forschungsprojekt abhängt und hierfür kein konkretes Werkzeug zur Verfügung steht (Burzan, 2016). Durch die stetige Verknüpfung und Rücküberprüfung des Bezugsrahmens wurde versucht, diese Problematik zu verhindern. In dieser Studie erfolgte eine Aufstellung und Verknüpfung von Regeln, indem nicht die Integration durch Häufigkeitsangaben des kognitiven Interviews alleine auf fünf Häufigkeiten basierte. Zum einen wäre fraglich, welche Verknüpfungslogik hier vorliegen würde, und zum anderen ist dies als schlechte Statistik einzustufen (Burzan, 2016). Burzan (2016) sieht kritisch, dass dieses Verfahren häufig allein zur Entscheidungsfindung für die Integration eines Items oder Themas praktiziert wird. Deshalb war es dem Studienteam ein wichtiges Anliegen, die Stärke der qualitativen Forschung im Sinne des normativen Paradigmas zu berücksichtigen, „die Verhaltensweisen und Sinnesstrukturen in der Tiefe zu verstehen“ und diese nicht zu schwächen (Lüdders, 2017).

Das Studienteam verzahnte die Ergebnisse des kognitiven Interviews mit dem Bezugsrahmen. Dieser basierte u. a. auf den qualitativen Interviews und verschiedensten wissenschaftlichen Regeln und Theorien. Zur Entscheidungsfindung wurde der Bezugsrahmen immer einbezogen. Unter anderem wurden die Regeln von Porst für die Item-Formulierung angewendet und immer geschaut, ob die Aussagen noch den Sinnstrukturen der Interviews entsprechen. Hier wird auf das Joint Display auf Seite 94 hingewiesen, welches die „Regeln der methodischen Vorgehensweise der kognitiven Interviews zur Integration in den Bezugsrahmen“ darstellt. Trotzdem ist es als schwieriges Unterfangen einzustufen, ein Beispiel: Die Hausärzte in den qualitativen Interviews haben die Ansicht, dass Patienten, die über SMI klagen, gehäuft unbegründete Sorgen haben. So hätte entsprechend der Sinnstruktur das Item konstruiert werden können: „Halten Sie diese Ansicht für richtig oder halten Sie diese Ansicht für falsch?“ Dieses Item sollte jedoch im Kontext einer schriftlichen Befragung nicht in dieser suggestiven Art, gemäß den Regeln von Porst, dargestellt werden. Trotz der vielfältigen wissenschaftlichen Expertise wurden bei naher Textkonstruktion aus dem qualitativen Material immer wieder die wissenschaftlichen Regeln der Fragebogenkonstruktion missachtet oder die Regeln eingehalten, aber die Items entsprachen vereinzelt nicht mehr den Sinnstrukturen. Durch den ständigen Rückkopplungsprozess wurde versucht, diese Übersetzungsprobleme möglichst zu vermeiden.

8.2 Diskussion der Ergebnisse der kognitiven Interviews

Bei den kognitiven Interviews wurde deutlich, dass das SMI-GP-Studienteam beim Entwurf des Fragebogens einige Dinge übersehen bzw. nicht beachtet hatte, was einer gewissen Betriebsblindheit geschuldet sein mag und somit verdeutlicht, wie wichtig Pretests sind. Beispielsweise kennt das SMI-GP die Kriterien zur Fragebogenkonstruktion und die 10 Gebote zur Frageformulierung von Porst, die möglichst eingehalten werden sollten; trotzdem wurden immer wieder Aspekte übersehen. Beispielsweise war das Item „Wollen Ihre Patienten mit Ihnen übers Gedächtnis sprechen?“ unklar und nicht eindeutig formuliert. Hier wurde von den Interviewteilnehmern gefragt, welche Patienten gemeint seien.

Hier ist ein weiteres wichtiges Ergebnis zu nennen: Trotz des kleinen Teilnehmerkollektivs ($n = 5$) wurden einzelne Begriffe innerhalb eines Items als auffällig oder diskussionswürdig identifiziert, die schon bei der Entwicklung des Fragebogens zu Diskussionsbedarf geführt haben. Des Weiteren wurden durch die kognitiven Interviews vereinzelt Aspekte ergänzt, die in der Konstruktion nicht berücksichtigt wurden, sich aber mit den vorherigen Interviews deckten.

Ein wichtiges Ergebnis ist, dass die Aussagen, Anmerkungen und Erklärungsansätze der Teilnehmer sehr plausibel waren, häufig mit den Regeln der Fragebogenkonstruktion übereinstimmten oder sich mit den Inhalten der qualitativen Interviews deckten. Durch diese Rückspiegelung in Form der kognitiven Interviews konnten nicht nur Formulierungsfehler entdeckt, sondern der Sprachmodus an einzelnen Stellen modifiziert werden, der höchstwahrscheinlich mehr die Fachbegriffe oder den Wortschatz der Grundgesamtheit der typischen Hausärzte widerspiegelt. Des Weiteren konnten durch die teilnehmende Beobachtung viele Anordnungsprobleme und Probleme der Schriftgröße inspiziert werden.

8.3 Qualität und Limitationen der Vorgehensweise der gewonnenen Daten der kognitiven Interviews

Die kognitiven Interviews sind als weiterer ergänzender Prozess zur Item-Optimierung zu verstehen, um Fehler bei der Item-Konstruktion aufzudecken. Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass die kognitiven Interviews nicht singulär betrachtet werden, sondern im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie gesehen werden sollte. Für die kognitiven Interviews wurde die Zielgruppe selbst – fünf praktizierende Hausärzte – einbezogen. In der Literatur wird eine bestmögliche Anzahl von 20 kognitiven Interviews beschrieben (Lenzner et al., 2015). Somit ist die Anzahl der Stichprobe als Limitation einzustufen. Damit weitere Fehler bei der Item-Konstruktion aufgedeckt werden können, hätte die Anzahl der durchgeführten kognitiven Interviews mit der Zielgruppe höchstwahrscheinlich größer sein müssen (Lenzner et al., 2015). Auf der anderen Seite hatte das SMI-GP-Team ausgewählte „bekannte Hausärzte“ bewusst für die Stichprobe des Pretests ausgewählt. Hierzu wurden Hausärzte mit unterschiedlichen Merkmalsträgern einbezogen, die eine Generalisierung der Aussagen auf die Grundgesamtheit der typischen Hausärzte ermöglichen (Prüfer und Rexroth, 2005). Zudem wurden von den Kollegen des ifams bekannte Personen herausgesucht, die geübt und darin fähig sind, dem Testleiter ehrlich und offen die kognitiven Prozesse bei

der Beantwortung eines Items zu offenbaren. Nicht jeder Teilnehmer ist für dieses Verfahren geeignet (Prüfer und Rexroth, 2005). Somit besaß diese ausgewählte Hausarztgruppe die Kompetenz für die kognitiven Interviews, denn es wurden vielfältige Aspekte offenbart und die Argumentationsmuster waren plausibel.

Eine weitere Limitation könnte sein, dass keine Videoaufzeichnungen und Transkriptionen bei den kognitiven Interviews erfolgt sind (Lenzner et al., 2015). Hier wurde mehr Wert auf die adäquate Durchführung gelegt, und diese ist höchstwahrscheinlich als bedeutsamer einzustufen als durch Videoaufzeichnungen oder Transkriptionen. Bei der teilnehmenden Beobachtung achtete der Forschungsleiter möglichst auf Details und protokollierte diese. Fraglich ist, ob bei einer Videoaufnahme die Teilnehmer eventuell zurückhaltender gewesen wären und weniger offen ihre Meinung geäußert hätten. Für die Modifizierung der Items standen jederzeit die Audioaufnahmen zur Rekonstruktion neben der schriftlichen Protokollierung zur Verfügung.

Ein wichtiges Anliegen des Studienteams war es, die qualitativen Interviews, deren Auswertung sowie die Item-Ableitung und Konstruktion des Fragebogens ausführlich und intensiv durchzuführen. Dabei wurden die Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis, Theorien und Regeln der Fragebogenkonstruktion beachtet. Wäre die qualitative Teilstudie nicht mit einer hohen Intensität erfolgt, hätten sich die Fehler vermutlich bis zum Ende der Fragebogenkonstruktion fortgesetzt. Deshalb wurde versucht, möglichst am Anfang eine gute Qualität zu erzielen. Für die Auswertung erfolgten informelle und formelle Analysen in Anlehnung an DeMario und Landreth (DeMario und Landreth, 2004). Weil die Projektlaufzeit auf zwei Jahre begrenzt war, wurde keine Analyse auf Basis der Constant-Comparative-Methode (CCM) durchgeführt. Die CCM eignet sich besonders für kognitive Interviews zur explorativen Datenanalyse (Lenzner et al., 2015). Bei der angewendeten Auswertungsmethode der SMI-GP-Studie in Anlehnung an DeMario und Landreth besteht die Gefahr des Datenverlustes. Dies ist aber höchstwahrscheinlich als kleine Limitation einzustufen, weil die kognitiven Auswertungsergebnisse nicht isoliert betrachtet wurden, sondern immer in Kombination mit den qualitativen Daten und der wissenschaftlichen Expertise, dem Bezugsrahmen bzw. den definierten Regeln zur Integration. Vielleicht kann dies im Sinne von O’Cathain et al. (2010) gesehen werden: Das „Ganze ist mehr als seine Teile“.

Für jedes später abgeleitete Item wird in einer Tabelle (siehe Anhang C.5) das entwickelte Item mit dazugehörigem Ankerbeispiel dargestellt sowie die Einordnung der Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) zugeordnet. Somit sollen die Ergebnisse der Integration möglichst präzise, stimmig und nachvollziehbar sein (Flick, 2019; Lamnek und Krell, 2016).

8.4 Welche weiteren Erkenntnisse wurden durch das Mischen oder Integrieren gewonnen?

Eine Erkenntnis ist, dass es kein konkretes Werkzeug oder Vorgehen für die Integration gibt und die genaue Ausgestaltung immer vom Forschungsprojekt abhängt und somit eine Herausforderung an sich darstellt und MM-Studien nach Guetterman et al. (2015) immer noch nicht ausgereift sind. Zudem ist für eine Mixed-Methods-Studie qualitatives und quantitatives Wissen sowie spezielles Wissen für Mixed-Methods-Studien notwendig, was eine weitere Herausforderung mit sich bringt.

O’Cathain et al. (2008) beschreiben das Problem der Integration auch durch ein Fehlen einer formalen Ausbildung für Mixed-Methods-Studien und eine bestehende Wissenslücke, wie Daten und Erkenntnisse zweier Forschungsmethoden integriert werden können. Ein weiteres Problem sieht die Autorin in dem Trend von Mixed-Methods-Studien und der mangelnden zur Verfügung stehenden Zeit, in der Projekte fertiggestellt werden sollen, denn für eine Mixed-Methods-Studie kann ein sehr hoher zeitlicher und personaler Aufwand vonnöten sein. Aus Sicht der Autorin erfordert „eine transparente Darstellung“ neben Wissen auch Kreativität bezüglich der Darstellung der Joint Displays und die ständige Bereitschaft zur Reflexion und Modifizierung, wofür in dieser Studie ebenfalls sehr viel Zeitressourcen vonnöten waren.

Des Weiteren ist für die Integration die Einbeziehung vieler Personen – hier Hausärzte, multiprofessionelles Team, Netzwerke – notwendig gewesen sowie viel Teamarbeit. Diese Strukturen liegen nicht immer vor oder die Kapazitäten im Team sind oft sehr begrenzt.

Das angewendete Vorgehen in dieser Dissertation ist nicht neu, sondern eine Kombination und Verknüpfung verschiedener Methoden. Trotzdem scheint die Verknüpfung, Rücküberprüfung und Darstellung der Integration selten zu erfolgen. Egal welche Gründe dafür vorliegen, diese Arbeit zeigt einen Versuch auf, wie der Übergang (Integration) von qualitativ gewonnenen Daten zu einem quantitativen Fragebogen erfolgen kann und welche Methodiken miteinander kombiniert werden können, gemäß der Zielsetzung dieser Arbeit.

Resultierend kann abgeleitet werden, dass ein mehrfacher Rückkopplungs- und Verknüpfungsprozess einen bedeutsamen Baustein für die Integration darstellt. Zum einen ist dieser Baustein hier für die Inhaltsvalidität eines Fragebogens wichtig und zum anderen konnten so einige Fehler oder Verbesserungsvorschläge inspiert werden, die das Studienteam nicht gesehen hatte. Was, wie und auf welche Art und Weise integriert wird, muss individuell bezüglich des Forschungsziels der Studie, der Wissenschaftler und der Kapazitäten entschieden werden.

9 Methodik des quantitativen Ansatzes

In diesem 9. Kapitel wird die schriftliche Fragebogenerhebung beschrieben. Zuerst erfolgt die gesamte Beschreibung der Stichprobe und das gesamte Vorgehen zum Erhalt der Sozialdaten. Anschließend werden die Einzelschritte der schriftlichen Fragebogenversendung erläutert. Dies beinhaltet die Vorbereitungsphase der Fragebogenversendung bis zur Reminderphase. Für die Datenauswertung „sind viele Schritte nötig, um zu einem fertigen Datensatz zu kommen“ (Fromm und Baur, 2008). Deshalb werden Aspekte wie die Plausibilitätsprüfung des Rohdatensatzes, die Datenbereinigung, das Zusammenführen von Datensätzen oder das Bilden neuer Variablen beschrieben. Abschließend wird das Vorgehen zur Datenauswertung dargestellt. Dieser Aufbau orientiert sich an die Reporting Guidelines für Umfragen (Bennett et al. 2010)

9.1 Beschreibung der Stichprobe und Vorgehen zum Erhalt der Sozialdaten aus dem Bundesarztregister

Antrag auf Genehmigung der Sozialdaten aus dem Bundesarztregister

Zuerst wurde ein Antrag auf Genehmigung nach § 75 Abs. 2 SGB X wegen Übermittlung von Daten aus dem Bundesarztregister für Forschung und Planung beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gestellt. Dieser Antrag erfolgte mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In diesem Antrag beschrieb der Forschungsleiter, warum die Sozialdaten aus dem Bundesarztregister zur Rekrutierung der Hausärzte für die SMI-GP-Studie benötigt werden. Dazu wurden das Studienziel der SMI-GP-Studie erläutert. Detailliert wurden im Antrag die benötigten Merkmale aus dem Register aufgelistet und begründet sowie das gewünschte Vorgehen der Stichprobenziehung beschrieben. Des Weiteren wurde im Antrag festgelegt, bis wann die übermittelten Sozialdaten geliefert und aufbewahrt werden dürfen. Zudem wurden die technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß § 78a SGB X und die Datenübermittlung beschrieben.

Die Fragebogenerhebung sollte schriftlich postalisch erfolgen. Somit wurden die Kontaktdaten der Hausärzte (Vor- und Nachname, Titel und Praxisanschrift) benötigt. Des Weiteren wurde durch die Literatur zu rücklauferhöhenden Maßnahmen deutlich, dass ein Anruf in der Initialphase der Studie den Rücklauf erhöhen könnte (Dillman, 2000; Güthlin et al., 2012). Somit wurde eine festgelegte Teilstichprobe von 184 Hausärzten persönlich angerufen, wozu gültige Telefonnummern benötigt wurden. Später sollte eine Non-Response-Analyse durchgeführt werden. Um die Kosten der Studie gering zu halten, sollte dies möglichst per Fax oder E-Mail erfolgen. Somit wurden Faxnummer, E-Mail und Internetadresse der Praxis benötigt. Zur Zuordnung und internen Verarbeitung und Kontrolle der Stichprobenziehung sollte eine jeweilige Pseudo-ID pro Arzt vergeben werden. In die Stichprobe sollen 50 % weibliche und 50 % männliche Hausärzte eingeschlossen werden; deshalb wurde die Angabe des Geschlechts benötigt; dies war außerdem für die Personalisierung bei der Kontaktaufnahme im Anschreiben ober

beim Anruf der Teilstichprobe erforderlich. Ein weiteres Merkmal ist das Geburtsdatum des Arztes, welches der Datensatz beinhalten sollte. In der späteren Fragebogenerhebung wird das Geburtsdatum abgefragt. Begründet darin, dass das Studienteam nicht weiß, ob tatsächlich der Arzt aus der gezogenen Stichprobe geantwortet hat oder ein Kollege, wird eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt, indem das Alter aus der Datenmatrix der Sozialdaten des Bundesärzteregisters mit der Altersangabe in den Fragebögen abgeglichen wird. Die Differenz aus Antwortdatum und Alter des Datensatzes wird berücksichtigt. Bei Abweichungen würden weitere Merkmale der Sozialdaten aus dem beantworteten Fragebogen mit den Daten aus dem Bundesregister abgeglichen, beispielsweise das Geschlecht. Des Weiteren wurden die Merkmale Regionstyp der Praxis, Facharztbezeichnung, Anzahl der Praxispartner und Art der Praxis zur Stichprobenziehung und späteren Analyse benötigt. Für das Merkmal Regionstyp der Praxis erfolgte eine Stratifizierung der Stichprobe in städtisch und ländlich. Als städtisch wird hier der Kreistyp 1 und 2 definiert, worunter kreisfreie Großstädte und städtische Kreise fallen. Als ländlich zählen in dieser Studie die Kreistypen 3 und 4, zu denen Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise zählen. Diese Einteilung erfolgte gemäß der Systematik des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung, die bereits für die qualitative Erhebung Anwendung gefunden hat (siehe Methodikteil Rekrutierung qualitativer Methoden). Für das Merkmal „Facharztbezeichnung“ soll in der späteren Analyse geprüft werden, ob der Stichprobenteilnehmer ein Allgemeinmediziner, ein Facharzt für Innere Medizin oder ein praktischer Arzt ist. Diese drei Aspekte stellten gleichzeitig das Einschlusskriterium der Stichprobe dar. Des Weiteren sollen die Merkmale „Anzahl der Praxispartner“ und „Art der Praxis“ (Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder Gemeinschaftspraxis) Berücksichtigung finden. Ein Kriterium ist, dass nur ein Arzt pro Praxis an der Stichprobe teilnehmen darf; somit dient dieses Merkmal auch als Ausschlusskriterium. Diese genannten vier Merkmalsträger können Einfluss auf das professionelle Denken und Handeln haben und könnten somit einen Prädiktor in regressionsanalytischen Auswertungen zu Faktoren hausärztlicher SMI-Konzepte und -Umgangsstrategien darstellen. Zudem ist geplant, mit den vier genannten Merkmalen zur Prüfung der Repräsentativität einen Abgleich mit Respondern, Non-Respondern und der Grundgesamtheit vorzunehmen.

Ausschlusskriterien der Stichprobe von der Grundgesamtheit der Hausärzte

Im folgenden Abschnitt wird die Abgrenzung der Grundgesamtheit der Stichprobe beschrieben. Zur Grundgesamtheit gehören alle hausärztlich praktizierenden Ärzte (Allgemeinmediziner, praktischer Arzt ohne Weiterbildung und hausärztlich tätige Internisten), die als Vertragsärzte oder angestellt arbeiten. Für die SMI-GP-Studie sollten alle Pädiater, die als hausärztlich tätig gewertet werden, aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden, weil das Patientenalter von Pädiatern nicht der Zielgruppe der SMI-GP-Studie entspricht. Des Weiteren sollten Hausärzte ausgeschlossen werden, die in Vertragspraxen in einer anderen Fachrichtung praktisch tätig sind. Zudem wurden aus der Grundgesamtheit der Stichprobe Hausärzte ausgeschlossen, die in direkter Umgebung größerer allgemeinmedizinischer Forschungsinstitute liegen. Dies wird aufgrund von Erfahrungswerten des ifams darin begründet, dass

Hausarztpraxen, die sich in der Nähe von großen allgemeinmedizinischen Forschungsinstituten befinden, gehäuft und unverhältnismäßig oft akademische Lehrpraxen sind. Zur Abgrenzung, was als „großes allgemeinmedizinisches Forschungsinstitut“ definiert wird, wurden folgende Kriterien herangezogen. In dem Artikel von Großmann et al. (2012) werden auf Basis einer Literaturrecherche „Publikationen von Forschungsarbeiten durch die deutsche akademische Allgemeinmedizin von 2000 bis 2010“ analysiert. In diesem Artikel werden die allgemeinmedizinischen Institute Heidelberg, Göttingen, Düsseldorf, Hamburg und Marburg als „großes allgemeinmedizinisches Forschungsinstitut“ definiert, aufgrund ihrer Publikationen und durchgeführten Studien. Zudem wurde geschaut, welche Institute im Jahr 2017¹⁹ mehr als 25 Abstracts auf dem Kongress der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der Deutschen Gemeinschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (<https://www.degam.de>) eingereicht haben oder als Forschungspraxisnetz der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DEGAM auf www.degam.de gelistet sind. Anhand dieser Kriterien hat der Forschungsleiter die Institute und Abteilungen für Allgemeinmedizin folgender Städte als „großes allgemeinmedizinisches Forschungsinstitut“ operationalisiert: Berlin, Düsseldorf, Heidelberg, Marburg, Frankfurt/Main, Hamburg, Göttingen, Witten.

Die Postleitzahlen in der Nähe der großen Forschungsinstitute wurden inspiziert und von der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Um einen genauen Einblick zu erhalten, welche Postleitzahlengebiete von der Grundgesamtheit der schriftlichen postalischen Versendung ausgeschlossen worden sind, ist im Anhang D.1 die Auflistung der ausgeschlossenen Postleitzahlen zu finden.

Zusammenfassende definierte Ausschlusskriterien:

1. Alle Pädiater
2. Hausärzte, die angestellt sind und in einer anderen Fachrichtung praktizieren
3. Hausärzte in der Umgebung von großen allgemeinmedizinischen Forschungseinrichtungen

Abb. 23: Zusammenfassende definierte Ausschlusskriterien für die Befragung
(eigene Darstellung)

Vorgehen bei der Stichprobenziehung

Nachdem aus der Grundgesamtheit alle hausärztlich praktizierenden Ärzte nach den oben drei beschriebenen Kriterien ausgeschlossen worden sind, folgten die nächsten Schritte.

Im ersten Schritt wurde für die schriftliche postalische Befragung eine Stichprobe von 1.000 Hausärzten aus dem Bundesarztreister gezogen. Dabei erfolgte eine geschichtete Ziehung in zwei Stufen: Im ersten Schritt wurden von einem Mitarbeiter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geschichtet nach den Kriterien Geschlecht und Regionstyp (Besiedlungsdichte) 1.000 hausärztlich praktizierende Ärzte zufällig gezogen, und zwar nach folgendem Cluster:

¹⁹ Versendungswellen erfolgten von Dezember 2018 bis Mai 2019.

Tabelle 41: Darstellung der geschichteten Stratifizierung der Stichprobe

n = 1.000	männlich	weiblich
städtisch	25 %	25 %
ländlich	25 %	25 %

(eigene Darstellung Leucht, Pentzek)

Im zweiten Schritt wurde vom Mitarbeiter geprüft, ob in der gezogenen Stichprobe zwei oder mehr Ärzte zufällig aus der gleichen Einrichtung (Einrichtungen nach § 311 SGB V) gezogen worden sind. Hierunter fallen Ärzte eines MVZ, einer Praxisgemeinschaft oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (früher Gemeinschaftspraxis). Ist dies der Fall gewesen, so wurde ein Arzt pro Einrichtung randomisiert ausgewählt, und eine neue Zufallsauswahl aus der beschriebenen Stichprobe wurde gezogen. Anschließend wurde die endgültige zusammengesetzte Stichprobe dem Forschungsleiter des Institutes für Allgemeinmedizin (ifam) übermittelt.

Vereinbarung zur Erhaltung und Löschung der übermittelten Sozialdaten der Ärzte

Die Daten wurden gemäß dem gestellten Antrag vom 13.11.2017 auf Genehmigung der Übermittlung von Daten für Forschung und Planung nach § 75 Abs. 2 SGB X vom Bundesministerium für Bildung am 15.01.2018 an das Institut für Allgemeinmedizin dem Forschungsleiter übermittelt. Die pünktliche Datenlieferung erfolgte in Form einer Excel-Datei. Der Sozialdatensatz bezieht sich auf eine Datenermittlung vom 30.06.2017. Da der Datensatz zeitnah übermittelt wurde, blieb genug Zeit für die Vorbereitung der Versendung für die SMI-GP-Studie. Bis zum 31. Juli 2019 wurde die Aufbewahrung und Nutzung der übermittelten Sozialdaten beantragt, danach mussten die Kontaktdaten gelöscht werden. Die verschlüsselte Datei ohne Zuordnung der Kontaktdaten wird 10 Jahre aufbewahrt und weiter für Analysen genutzt.

9.2 Vorbereitung für die postalische Versendung

Pseudonymisierung: Damit zielgerichtete Erinnerungsaktionen ermöglicht werden konnten, musste eine Pseudonymisierung erfolgen. Aufgrund der zielgerichteten Erinnerungsaktion konnte keine anonyme Befragung erfolgen. Für die 1.000 Ärzte der Stichprobe wurde jeweils eine Identifikationsnummer (ID) in der Excel-Datei erzeugt.

Mikroplanung → Fragebogenreiheneffekte

Der Forschungsleiter hat zehn Fragebogenvariationen à 100 Bögen auf Basis von Zufallszahlen erstellt, bei denen die Positionen der Items innerhalb der Item-Blöcke zufällig variierten. Zur Unterscheidung erhielten die 10 unterschiedlichen Versionen einen Buchstaben (a–k ohne j). Begründet darin, dass die Buchstaben j und i sehr ähnlich aussehen, wurde der Buchstabe j nicht verwendet. Zur Differenzierung wurde der Buchstabe später immer unten rechts in der Fußzeile des Fragebogens abgebildet. Zudem wurde die Zuordnung in der Datenbank eingetragen, damit später ersichtlich war, welche ID welchen

Fragebogenversion erhalten hatte. Dadurch sollten Kontexteffekte kontrolliert werden können, denn das Antwortverhalten kann abhängig von der Positionierung des Items sein. Dabei ist jedoch die thematische Rangfolge der Item-Blöcke aus Lesbarkeitsgründen in jeder Fragebogenversion gleich geblieben.

9.2.1 Vorgehensweise zur Effektmessung der Teilstichprobe

Von den bundesweit zufällig ausgewählten 1.000 Hausärzten wurden 368 Hausärzte in vier Gruppen (je $n = 92$) randomisiert. Diese Randomisierung erfolgte, um die Wirkungseffekte zweier unterschiedlicher Incentives sowie des Vergleichs von Vorab-Kontakten versus keine Vorabkontakte für die Stichprobe der Hausärzte zu messen. Bei allen Gruppen wurde das Incentive auf dem Anschreiben befestigt. Dieses Vorgehen wird in der folgenden Vierfeldertafel abgebildet.

Tabelle 42: Vierfeldertafel der Teilstichprobe zur Messung der Wirkungseffekte

1	symbolisches kostengünstiges Incentive (Gummibären) mit Vorab-Kontakt $n \rightarrow 92$	 	3	Incentive (10-Euro-Gutschein) mit Vorab-Kontakt $n \rightarrow 92$
2	symbolisches kostengünstiges Incentive (Gummibären) ohne Vorab-Kontakt $n \rightarrow 92$		4	Incentive (10-Euro-Gutschein) ohne Vorabkontakt $n \rightarrow 92$

(eigene Darstellung, Pentzek, Leucht)

Diese Randomisierung der Teilstichprobe erfolgte, um die Wirkungseffekte für die Zielgruppe der Hausärzte zu eruieren. Daraus lassen sich zwei zentrale Fragestellungen zur Effektmessung ableiten, die für Folgestudien in der Hausarztmedizin von Bedeutung sein könnten.

- Hat die Art des Incentives einen signifikanten Effekt auf die Rücklaufquote?
- Weisen die Vorab-Kontakte einen signifikanten Unterschied auf die Rücklaufquote zu der Gruppe auf, die nicht vorab kontaktiert worden ist?

Aufgrund von begrenzten Forschungsressourcen sowohl zeitlicher als auch finanzieller Art konnte nicht eine größere Stichprobe eingeschlossen werden.

9.2.2 Vorgehen vom unausgefüllten zum ausgefüllten Fragebogen

Vorbereitung der Versendung und Verschickung der Fragebögen an die ausgewählte Stichprobe

Die anvisierte Responserate lag bei $\geq 30\%$. Für das Sampling erfolgte eine Stratifizierung nach Geschlecht und Praxisregion (städtisch/ländlich), wie bereits beschrieben (siehe Seiten 122 und 19, 20)

Die Fragebogenversendung, Datendokumentationen und Reminderversendungen erfolgten vorwiegend von der Doktorandin. Bei Teilaufgaben der Versendung haben mehrere wissenschaftliche Hilfskräfte aus anderen Projekten des ifams stundenweise unterstützt.

Datenbank/Datei: Um die oben genannten Aspekte wie z. B. die Reihenfolgeeffekte oder auch den Wirkungseffekt der Incentives später durch Analysen darstellen zu können, musste die gelieferte Excel-Datei, die das SMI-GP-Team aus dem Bundesregister erhalten hatte, um folgende Aspekte vom SMI-GP-Team ergänzt werden: Jeder Arzt der Stichprobe musste eine eigene Identifikationsnummer (ID) für die Pseudonymisierung und spätere Zuordnung in Responder bzw. Non-Responder erhalten. Um die angesprochenen Reihenfolgeeffekte zu vermeiden, musste in einer Spalte die Zuordnung der Fragebogenversion (a–k) erfolgen. Für die Stichprobenprüfung der Maßnahme, Incentiveart und Kontaktaufnahme versus keine Kontaktaufnahme musste eine Zuordnung in der Datenbank erfolgen. Zur eigenen Handhabung und Strukturierung der Fragebogensortierung wurde zudem eine fortlaufende Nummer vergeben.

7644 h I

→ Die vierstellige Ziffer steht für die ID, h für die Fragebogenversion und die Ziffer I für die zweite Versendung

Zudem wurden folgende Spalten in der Excel-Datei zur Dokumentation eingefügt:

- Eingang des Bogens mit Datum
- Vermerke aus der Praxis, z. B. verstorben oder Post nicht zustellbar
- Versendungshäufigkeit → I bis III Versendung

Fragebogen: Der pseudonymisierte achtseitige DIN-A4-Fragebogen wurde in zehn Versionen (Buchstaben a–k – ohne j) doppelseitig, farbig und geheftet von einer externen Druckerei gedruckt. Die externe Druckerei erhielt von der Doktorandin eine Datei, in der die Identifikationsnummer des Arztes und die zehn Versionen sowie die Häufigkeit der Versendung festgelegt worden sind. In dieser Datei waren für die Druckerei keine Adressen enthalten, das heißt, die Druckerei konnte keine Zuordnung zur Person vornehmen. Diese vorbereitete Excel-Datei benötigte die Druckerei, um jeden Fragebogen mit der jeweiligen Identifikationsnummer (1.000 individuelle IDs) und zehn verschiedene Fragebogenversionen (a–k) zu drucken sowie eine Versendungsanzahl (I bis III) im Fragebogen abbilden zu können. Die römische I stand für die erste Versendung, die römische II für den ersten Reminder und die römische III für den Fragebogen der zweiten Reminderversendung. Diese Dienstleistung konnte in der internen Druckerei nicht erfolgen. Zuvor hatte die Doktorandin zur Abstimmung mehrere Telefonate durchgeführt und Probendrucke erstellen lassen. Durch die Pseudonymisierung im Fragebogen ist später eine genaue Zuordnung der Probanden möglich. Zudem ist es durch die Pseudonymisierung im Fragebogen möglich, die oben aufgelisteten Merkmale bezüglich ihrer Effekte durch z. B. Regressionsanalysen zu vergleichen.

Anschreiben und Etikettendruck: Nachdem die Datei mit allen notwendigen Variablen erweitert worden ist, erfolgten die Maßnahmen zur Fragebogensendung. Die Doktorandin hat mit der Serienbrieffunktion 1.000 personalisierte Anschreiben (für die erste Versendung) auf hochwertigem Leinenpapier erstellt und drei verschiedene Etiketten für die Umschläge (3.000 Etiketten für die erste Versendung) erstellt. Mithilfe der Excel-Tabelle (nach vorher festgelegter Zuordnung, siehe Beschreibung oben) hat die Doktorandin die Incentives auf dem jeweiligen Anschreiben platziert und direkt nach den Versionen (a–k) gestapelt.

Umschläge: Anschließend wurden alle Versendungs- und Rückumschläge vorbereitet. Dazu wurde jeder gelbe Versendungsumschlag ($n = 1.000$) handschriftlich(für die erste Versendung) beschriftet sowie mit den entsprechenden Etiketten (mit der jeweilligen ID) und einer Briefmarke versehen. Der Rückumschlag wurde ebenfalls mit einem Rücksendeetikett, einer Briefmarke und einem Stempel mit „vielen Dank“ versehen. Anschließend sind alle Umschläge mit der internen Nummerierung den Stapeln a–k zugeordnet worden. Alle Maßnahmen wie das Doktorandenetikett, die handschriftliche Adressierung oder die fertig vorbereiteten Rückumschläge dienen wie erwähnt dazu, den Rücklauf zu erhöhen.

Die Fragebögen wurden nach Zuordnung der Liste den jeweiligen Stapeln zugeordnet.

Verpackung/Versendung: Das personalisierte Anschreiben und der dazugehörige Fragebogen (mit ID) sowie der frankierte und beschriftete Rückumschlag (mit Etikett), welche nach Rangfolge der Liste (Liste aus der Excel-Datenbank) und Stapel (a–k) platziert waren, wurden in den jeweiligen handschriftlich adressierten gelben Umschlag gesteckt. Zuvor erfolgten numerische Stapelungen der Anschreiben, der Umschläge und der Fragebögen mit vielfachen Einzelschritten zum Abgleich, damit eine adäquate Zuordnung erfolgen konnte, es durfte nichts durcheinanderkommen. Dabei wurde jeder adressierte Name auf dem Anschreiben und dem Umschlag sowie die IDs vom Umschlag und Fragebogen mehrfach miteinander verglichen und auf Korrektheit überprüft. Zudem wurden alle Aspekte noch einmal anhand der Liste (Liste aus der erstellten Datenbank) abgeglichen und dann einer Kiste zugeordnet.

- 1. Kiste → Anruf mit Incentive Gummibären ($n = 92$)
- 2. Kiste → kein Anruf mit Incentive Gummibären ($n = 92$)
- 3. Kiste → Anruf mit Incentive Drogeriegutschein ($n = 92$)
- 4. Kiste → Kein Anruf mit Incentive Drogeriegutschein ($n = 92$)
- 5. Kiste → Restgruppe ($n = 632$) → nach Fertigstellung konnte hier sofort die Versendung erfolgen

Für die Effektmessung erfolgte die Versendung immer in Kombination mit der Vergleichsgruppe.

Nachdem ein Anrufer ($n = 184$) erreicht wurde, wurde dies der Doktorandin mitgeteilt. Anschließend wurden die Vergleichsgruppen (vorher festgelegt per Excel-Datei) aus der jeweiligen Kiste herausgesucht und die Versendung erfolgte. Alle Fragebögen sind bis zum 08.12.2018 in der Aufaktversendung an 1.000 Hausärzte der Stichprobe verschickt worden.

Vorgehen in den Erhebungswellen und Reminderphasen: Alle zurückgesendeten Fragebögen wurden mit einem Eingangsdatum versehen. Diese Responder wurden in einer Excel-Datei mit Eingangsdatum dokumentiert, jedoch wurden auch implizite und explizite Absagen in dieser Datei dokumentiert. Zudem wurden alle Informationen in dieser Datei dokumentiert, welche die Doktorandin per E-Mail, Anruf oder per Post während der Erhebungswellen erhalten hatte. Beispielsweise riefen Ärzte an, weil sie in Altersrente sind und die Unterlagen von der Nachfolgerpraxis erhalten haben, und fragten nach, ob sie trotzdem teilnehmen sollten. Oder Angehörige informierten darüber, dass die angeschriebene Person verstorben sei. Alle erhaltenen Informationen über das Teilnehmerkollektiv wurden von der Doktorandin in der Excel-Datei notiert. Vereinzelt kamen Briefe von der Post zurück, weil sie nicht zustellbar waren. Hier wurde nach alternativen Adressen recherchiert und es erfolgte eine erneute Zustellung. Bei den Probanden, für die keine Alternativadresse oder neue Adresse gefunden wurde, erfolgte eine erneute Versendung mit gleicher Adresse. Alle Schritte wurden sorgfältig dokumentiert.

Erste Reminderphase: Auf Basis dieses Datensatzes wurden alle Non-Responder (nach der Auftaktversendung), die bis zum 20. Januar 2019 nicht geantwortet hatten, von der Doktorandin herausgefiltert und erhielten am 29.01.2019 einen Reminder. Alle Probanden, die eine explizite oder implizite Absage gegeben haben oder bereits verstorben waren, wurden aus der Reminderaktion ausgeschlossen. Hierzu wurde ein erneuter Fragebogen mit Anschreiben, Incentive und Rückumschlag verwendet. Bei den Reminderphasen erfolgten jedoch keine Vorabanrufe wie in Phase 1 mit einer Teilstichprobe. Zudem erhielten in der ersten und zweiten Reminderphase alle Probanden ein symbolisches Incentive (Gummibären), das wieder auf dem Anschreiben platziert wurde. Ansonsten wurden alle Strategien zur Rücklauferhöhung wieder angewendet. Das Anschreiben wurde in beiden Reminderphasen etwas inhaltlich gekürzt. Der Kerninhalt war jedoch identisch zum ersten Anschreiben. Jeder Briefumschlag wurde wieder handschriftlich beschriftet und jedes Etikett für den Umschlag wurde mit der jeweiligen ID versehen. Zuvor erhielt die Druckerei wieder eine Liste mit den Non-Respondern und druckte die Fragebögen mit der jeweiligen ID.

Zweite Reminderphase: Bei der zweiten Reminderversendung war das Vorgehen das gleiche wie in der ersten Reminderphase. Der Stichtag war hier der 3. März 2019. Alle Probanden, die bis zum Stichtag keine Fragebogen zugesendet hatten, wurden Mitte März 2019 angeschrieben. Hier wird darauf verwiesen, dass die üblichen beschriebenen Reminderzeitfenster von Dillman (2000) nicht angewandt wurden, sondern die Spezifika der Hausarztpraxis (Urlaubszeit, Grippewelle) berücksichtigt werden (Güthlin et al., 2012). Die Zeitfenster der Reminderphase richten sich nach den internen Empfehlungen aus der Forschungswerkstatt. Zuvor erhielt die Druckerei wieder eine Liste mit den Non-Respondern und druckte die Fragebögen mit der jeweiligen ID.

Non-Responder-Befragung: Alle Probanden, die bis April 2019 nicht geantwortet hatten und zu denen der Doktorandin keine Information vorlag, ob sie nicht mehr teilnehmen können oder wollen, erhielten Anfang Mai 2019 ein Fax. Diese Nachfassaktion ist so kurz wie möglich gehalten worden, um einen

möglichst hohen Rücklauf zu erhalten. Hierzu sollten lediglich zum einen die Häufigkeit von SMI eingeschätzt werden und zum anderen Beweggründe angekreuzt werden, warum keine Teilnahme erfolgt ist. Die Non-Responder-Befragung umfasste damit nur eine Seite. Die Ergebnisse werden mit den Häufigkeitsangaben der teilnehmenden Hausärzte verglichen, um einschätzen zu können, inwiefern sich die Responder von den Non-Respondern unterscheiden (Döring und Bortz, 2016).

Dokumentation von erhaltenen Informationen während der Erhebungsphase

Von der Antragstellung auf Genehmigung nach § 75 Abs. 2 SGB X wegen Übermittlung von Daten aus dem Bundesarztreregister für Forschung und Planung bis zur tatsächlichen Rekrutierung (Dezember 2018 bis Mai 2019) war ein gutes Jahr vergangen und der erhaltene Datensatz war vom 30. Juni 2017. Aus den zufällig ausgewählten 1.000 Hausärzten war somit eine kleine Population der Stichprobe nicht mehr erreichbar oder kontaktierbar. Dies ergab sich durch die erhaltenen Informationen, die direkt in der Excel-Datei der Stichprobe dokumentiert wurden (siehe oben). Personen, die vor der Erhebungswelle verstorben waren oder nicht mehr erreichbar waren, wurden somit aus der Grundgesamtheit bereinigt.

- Neun Hausärzte waren nachweislich vor der Datenerhebung verstorben. Von diesen neun verstorbenen Hausärzten der Stichprobe lagen dem Studienzentrum die Sterbedaten vor. Hierzu wurde von der Doktorandin nach Todesanzeigen recherchiert oder die Information erfolgte von der Praxis.
- Aufgabe der Praxis, in Rente oder die Praxis ist dauerhaft geschlossen. Entweder stand diese Information auf dem Umschlag (Postbote) oder das Studienteam hat die Information per Fax oder Anruf von der Nachfolgerpraxis erhalten. Dies waren 13 Ärzte, die vor der Erhebung nicht mehr praktizierten und nicht mehr erreichbar waren und somit aus der Stichprobe bereinigt wurden.²⁰
- Bei zwölf Ärzten aus der Stichprobe kam die Post mehrfach (erste Versendung und im Reminder) zurück mit dem Vermerk „nicht zustellbar“. Andere Adressen dieser sechs Ärzte der Stichprobe ließen sich nicht ermitteln.
- Bei acht Ärzten konnte das Studienteam in Erfahrung bringen, dass diese Ärzte bereits vor der Erhebung nicht mehr in der allgemeinmedizinischen Praxis arbeiteten und ihr Aufenthalt unklar war. Somit zählten sie auch nicht mehr zur gewünschten Zielgruppe für diese Erhebung.

²⁰ In der Stichprobe gab es noch mehr Ärzte, die ihre Praxis- oder Berufstätigkeit aufgegeben haben. Hier haben aber die MFA z. B. die Post zur entsprechenden Person nach Hause gesendet oder die Ärzte haben sich an die Doktorandin gewandt (telefonisch oder per E-Mail) und dann an der Befragung teilgenommen.

Tabelle 43: Verteilungsmuster der schriftlichen Befragung bezüglich Responder und Non-Responder

	Status	n
1.	Bogen liegt vor	619
2.	Non-Response	314
3.	verstorben (mit Datum) vor Erhebung	9
4.	Praxis geschlossen oder dauerhaft zu, nicht mehr berufstätig/Rente jedoch vor der Erhebung	13
5.	arbeitet nicht mehr in der Praxis, arbeitet woanders, z. B. in der Klinik	8
6.	nicht zustellbar (Post kam mehrfach zurück)	12
7.	implizite Absage (Zurücksendung eines leeren Bogens)	3
8.	explizite Absage (schriftlich oder per Anruf)	9
9.	unplausible Soziodemographie, aber Bogen liegt vor	13

(eigene Darstellung Leucht, Pentzek)

9.2.3 Datenvorbereitung und Datenaufbereitung der Fragebögen

Datenerfassung und -aufbereitung der schriftlichen erhaltenen Fragebögen: Für die Dateneingabe, die Datenbearbeitung und die spätere Datenanalyse wurde das Statistikprogramm SPSS b) verwendet. SPSS(b) ist ein Statistik-Programm der Firma IBM, das sich besonders für die Dateneingabe, Datenbearbeitung und Datenanalyse für medizinische quantitative Daten eignet (Brosius, 2014; Budischewski und Kriens, 2015).

Für das gesamte Vorgehen der Dateneingabe wurde ein detaillierter Codeplan erstellt, um eine hohe Standardisierung im Handling der Daten zu erreichen.

Die Dateneingabe erfolgte verblindet; der Eingebende war nicht Teil des Forschungsteams und kannte die Forschungsfragen nicht. Eine wissenschaftliche Hilfskraft mit Bachelorabschluss (WHB) hatte alle zurückgesendeten beantworteten schriftlichen Fragebögen manuell in das Auswertungsprogramm SPSS(b) übertragen. In der Reihenfolge, wie die Fragebögen zurückgesendet worden sind, wurden diese direkt eingegeben. Im Sinne der Transparenz wurden alle erhaltenen Fragebögen eingegeben, auch fragwürdige Angaben und Fragebögen mit sehr vielen fehlenden Angaben, damit zu einem späteren Zeitpunkt eine transparente und systematische Bereinigung und Plausibilitätsprüfung des Datensatzes vorgenommen werden konnte (Döring und Bortz, 2016). Die Eingabe erfolgte nach der Variablenreihenfolge im Fragebogen je nach Version a–k. Dabei wurde jede Angabe im Fragebogen anhand der vorgegebenen Codierung in die entsprechenden Felder der Datenmaske mit bereits angelegter Daten- und Variablenansicht eingegeben. Bei Unsicherheiten bezüglich der Eingabe wurde von der WHB ein Kommentar hinterlegt, damit die Doktorandin diesen Fall später überprüfen konnte. Zudem wurden Variablen eingegeben, die nicht im Fragebogen stehen, z. B. das Eingangsdatum des Fragebogens.

Aufbereitung und Zusammenführung der Datensätze: Nach der Übertragung der Daten in SPSS(b) wurde der Papierfragebogen in einem der zehn Ordner (a–k), je nach Version, von der Doktorandin abgeheftet. Nachdem alle Daten in SPSS(b) eingegeben worden waren, wurden die Datensätze der Versionen a–k von der Doktorandin und dem Forschungsleiter in einer Gesamtdatei zusammengeführt. Diese wurde wiederum mit der Excel-Datei zusammengeführt. Dies bedeutete, dass Informationen der Excel-

Datei in die SPSS(b)-Datei überführt bzw. miteinander verknüpft worden sind. Somit enthielt die SPSS(b)-Datei neben den eingegebenen Variablen des Fragebogens auch erhaltene Daten aus dem Bundesarztreger wie beispielsweise die Praxisart, Geschlecht und Regionstyp. Danach wurde eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt, indem überprüft wurde, ob die Datei adäquat zusammengeführt worden ist. Somit gibt es einen Masterdatensatz (pro Version) und viele Arbeitskopien. Der Rückgriff auf Originaldatensätze könnte für spätere Sekundäranalysen oder verschiedene Varianten der Datenanalyse bedeutsam sein (Döring und Bortz, 2016). Anschließend sind die Kontaktdaten gelöscht worden, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zur Erhaltung und Löschung der übermittelten Sozialdaten für Forschung und Planung nach § 75 Abs. 2 SGB X. Die verschlüsselte Datei ohne Zuordnung der Kontaktdateien wird zehn Jahre aufbewahrt und weiter für Analysen genutzt.

Qualitätsüberprüfung der eingebenden Daten: Nach Eingabe aller Fragebögen wurden immer mindestens 10 % pro Version der eingegebenen Daten des Fragebogens von der Doktorandin oder dem Forschungsleiter überprüft. Hierfür wurden sieben bis zehn Fragebögen aus dem jeweiligen abgehefteten Ordner (Version a–k) zufällig ausgewählt. Diese Fragebögen wurden erneut in SPSS(b) eingegeben. Anschließend erfolgte ein Abgleich dieser Eingabe mit der Eingabe der WHB im vorherigen Schritt. Dieser Schritt diente zur Qualitätssicherung, um Reihenfehler auszuschließen. „Auch, wenn man die Dateneingabe noch einmal kontrolliert hat, kann der Rohdatensatz noch Fehler enthalten“ (Bauer und Fromm, 2008, S. 45). Zur weiteren Qualitätssicherung wurden nochmals pro Version zwei Bögen zufällig aus dem Rohdatensatz von der Doktorandin ausgewählt und erneut in SPSS(b) eingegeben. Nach der Eingabe erfolgte ein Abgleich mit der ersten Eingabe (von der WHB). Für den Abgleich der 20 zufällig ausgewählten Fragebögen wurden für ungleiche Eingaben zur Plausibilitätsprüfung die schriftlichen Fragebögen herangezogen; gegebenenfalls wurden Korrekturen im Datensatz, z. B. bei Tippfehlern, vorgenommen. Es lagen jedoch keine systematischen Fehler vor.

Plausibilitätsprüfung und Bereinigung des Rohdatensatzes: Die Fragebogenversendung erfolgte postalisch und das Ausfüllen des schriftlichen Erhebungsinstruments erfolgte ohne Interviewer. Somit ist unklar, ob der adressierte ausgewählte Hausarzt der Stichprobe tatsächlich den Fragebogen ausgefüllt hat oder aber ein Kollege, die medizinische Fachangestellte oder der Nachfolger (Porst, 1998). Aufgrund des vorliegenden Datensatzes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfolgte eine Plausibilitätsprüfung bezüglich der Merkmale Alter und Geschlecht. Dabei wurden das Alter und Geschlecht aus der Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem angegebenen Geschlecht und der angegebenen Alterskategorie im Fragebogen abgeglichen. Durch diesen Plausibilitätscheck ergaben sich 18 Fälle, die nicht plausibel waren: Entweder stimmte das Alter oder das Geschlecht oder Alter und Geschlecht aus der KBV-Datenbank nicht mit dem vorliegenden SPSS(b)-Datensatz überein oder es fehlten entsprechende Angaben. Zur weiteren Differenzierung wurde von der Doktorandin der Papierfragebogen (Item-Block 15) mit dem KBV-Datensatz und dem SPSS-Datensatz abgeglichen. Bei einem Fall ist eine fehlerhafte Eingabe erfolgt, bei einem weiteren mit abweichender Alterskategorie lag das Alter laut KBV an der Grenze einer Alterskategorie im Fragebogen (hier wurde die Kategorie korrigiert

und der Bogen gewertet, da das genaue Ausfülldatum hier den Ausschlag gegeben haben könnte). Bei weiteren drei Fällen lagen Missings beim Geschlecht oder Alter vor. Weil die weiteren Angaben aus Block 15 (im Papierfragebogen) mit dem KV-Datensatz übereinstimmten, wurden diese Fälle nicht ausgeschlossen. 13 Fälle wurden von der Doktorandin ausgeschlossen, weil davon auszugehen ist, dass der Praxispartner oder die MFA höchstwahrscheinlich geantwortet hat. Hier differierte z. B. das Geschlecht zwischen vorliegendem Fragebogen und KBV-Datensatz. Eine weitere Plausibilitätsprüfung erfolgte, indem analysiert wurde, ob zwei oder drei Fragebögen einer Identifikationsnummer vorliegen. Dies war bei vier Fragebögen der Fall. Hier wurde der unplausiblere Bogen nach den Merkmalsträgern Alter und Geschlecht ausgeschlossen. Für diesen Schritt wurde zur Verschlüsselung eine neue Variable gebildet.

Des Weiteren wurde geprüft, ob unzulässige Werte, sogenannte Wild Codes, vorliegen, wie z. B. ein 36-jähriger Hausarzt, der 20 Jahre hausärztlich tätig ist (Porst, 1998). Solche Wild Codes kamen lediglich bei den Scheinangaben vor. Hier ist davon auszugehen, dass einzelne Ärzte diese Angabe nicht machen wollten und z. B. bei Scheinzahl 9999 hingeschrieben haben, obwohl es sich z. B. um eine Einzelpfaxis handelt. Deshalb ist hier von beabsichtigten Wild Codes auszugehen (Fromm und Baur, 2008).

Im nächsten Schritt wurden alle mit -77 („unklar“) und -88 („mehrere Kreuze“) codierten Angaben von der Doktorandin überprüft. In der Ausgabemaske von SPSS(b) ließen sich 61*-77 und 63*-88 finden. Hierzu suchte die Doktorandin zu allen inspizierten 124 Fällen den schriftlichen Fragebogen heraus. Bei ca. einem Drittel der Fälle konnten Re-Codierungen in inhaltlich bedeutsame Werte vorgenommen werden, weil z. B. die Doktorandin eindeutig eines der zwei Kreuze als durchgestrichen erkennen konnte oder der Fall für die Doktorandin klar und nicht uneindeutig war. An dieser Stelle wird darauf verwiesen, dass die eingebende Person der Daten (WHB) bewusst bei Unsicherheit -77 oder -88 in Absprache mit dem Studienteam codiert hat, um bei Unsicherheiten eine Absicherung durch weitere Personen zu ermöglichen. Dieser Schritt wurde genau dokumentiert. Die meisten Mehrfachkreuze gab es bei Item-Block 7.

Prüfung der Item-Non-Response und Darstellung der Regeln zum Ausschluss eines Fragebogens

Wie zuvor erfolgte wieder die Unterscheidung der drei Fälle. Bei Fall I geht es um Items, die sich auf subjektive Gedächtnisstörungen der Patienten beziehen und die zentrale Forschungsfrage der Studie darstellen. Fall II bezieht sich darauf, wenn der Hausarzt SMI erfragt, und Fall III bezieht sich auf Hinweise von Angehörigen. Fall II und III wurden zusätzlich abgebildet, weil sich diese aus dem extrahierten qualitativen Material ergaben und teilweise in Wechselwirkung mit Fall I stehen. Alle drei Fälle wurden einzeln analysiert. Für die Berücksichtigung eines Falls im Fragebogen mussten für den jeweiligen Fall mindestens 90,0 % gültige Werte vorliegen; ansonsten wurde für den jeweiligen Fall der Fragebogen aus der Analyse ausgeschlossen. Bögen mit weniger als 90,0 % gültigen Werten in allen drei Analysen wurden ganz ausgeschlossen und wurden somit nicht für die Studie berücksichtigt. Bei der

90%-Regel unberücksichtigt und daher von der Berechnung ausgeschlossen wurden Item-Block 7 (primär Freitext) und Item-Block 15 (größtenteils KBV-Angaben).

Bei allen Analysen (Fall I, Fall II und III) musste der Item-Block 1 mindestens 90 % gültige Werte aufweisen. Dieser Item-Block bezieht sich auf allgemeine Einstellungen zum Thema Gedächtnisstörungen.

Fall I bildet Items ab, in denen Patienten über subjektive Gedächtnisstörungen berichten. Diese betreffen die Item-Blöcke 1 bis 6 und das Item 14b. Die Analyse von Fall I bezieht sich auf insgesamt 56 Items. Um für die Analyse nicht ausgeschlossen zu werden, müssen mindestens 51 beantwortete Items vorliegen. Somit dürfen für Fall I maximal fünf Items fehlen, sonst liegen keine 90 % gültige Werte vor.

Fall II umfasst 26 Items, aufgeteilt auf die Blöcke 1, 8, 9, 10, 11 und 14 c, d, e. Für die Berücksichtigung der Analyse von Fall II dürfen maximal zwei Items fehlen sein, um mindestens die 90 %-Hürde zu erreichen.

Bei der Analyse von **Fall III**, die sich auf Angehörige bezieht, darf maximal ein Missing Value vorliegen um mindestens 90 % gültige Werte aufzuweisen. Das eine Missing Value bezieht sich auf die Item-Blöcke 1, 12, 13, 14 a, welche insgesamt 19 Items aufzuweisen.

Liegen bei Block 15, der sich auf Items der Sozial- und Praxisdaten bezieht, Missing Values vor, so werden diese fehlenden Werte durch die vorliegenden Daten vom Bundesärzteregister ersetzt. Dies bezieht sich auf Alter, Geschlecht, Kreistyp, Facharztgruppe, Praxisart, Anzahl HÄ, Anzahl Ärzte und sind somit immer durch den vorhandenen KBV-Datensatz vollständig. Zur Validitätsprüfung hat das Team diese Daten zusätzlich im Fragebogen für einen Abgleich erhoben. Der Item-Block 7 wird in dieser Dissertation nicht berücksichtigt; hier erfolgte ein Freitext.

Vorgehen und Regeln des imputationsbasierten Verfahrens: Damit der einzelne Fragebogen für das imputationsbasierte Verfahren berücksichtigt wird, müssen alle Fälle I, II und III, deren Bögen/Bogen für Analyse I und/oder Analyse II und/oder Analyse III ausgewählt worden sind, mindestens 90,0 % gültige Werte aufweisen. Basis für das Imputationsverfahren waren die 601 Fragebögen, die für die Analysen berücksichtigt werden und nicht ausgeschlossen worden sind, aufgrund der vorherigen beschriebenen Schritte.

- Items 1–5, 8, 9, 12, 13: Mediane aller vorhandenen Werte (der insgesamt 601 Bögen) auf dem jeweiligen Item
- Items 6, 10, 11: Modus aller vorhandenen Werte (der insgesamt 601 Bögen) auf dem jeweiligen Item
- Items 10 und 11: Bei „0 = nein“ auf den Variablen „Itemblock_10 bzw. 11_mindestens_1_Kreuz“ wird mit „1 = ja“ ersetzt (=Modus).

- Dann wird bei den Unteritems der Modus ersetzt, was bei beiden Items bedeutet: Items „I10_keine“ wird mit „1 = ja“ (Modus) ersetzt, alle anderen bleiben bei „0 = nein“ (Modus).
- Item 14: Mediane der spezifischen Subgruppe mit gleichem Beschäftigungsumfang (Vollzeit, Teilzeit $\geq 50\%$, Teilzeit $< 50\%$)
- Item 15 (Beschäftigungsumfang und Tätigkeitsdauer): alters- und geschlechtsspezifischer Modus bzw. Mittelwert
- Item 15 (Scheinzahl): Mittelwert der spezifischen Subgruppe mit gleicher Praxisart (Einzel, Gemeinschaft, Einrichtung)

Nach Plausibilitätsprüfung, Datenbereinigung und Datenersetzung erfolgt nun im nächsten Schritt die Datenauswertung. Zur statistischen Beratung wurde ein Psychometriker konsultiert

9.2.4 Vorgehen der Datenauswertung der quantitativen Befragung

In dieser Dissertation werden deskriptive Datenanalysen zur Beantwortung der folgenden Fragestellungen auf Itemebene präsentiert:

- Welche hausärztlichen Einstellungen zum Thema Gedächtnis liegen vor? (Item-Block 1)
- Wie gehen Hausärzte bei SMI vor? (Item-Block 2)
- Wie sehen die Verteilungsmuster der hausärztlichen Konzepte bei SMI aus? (Item-Block 3)
- Wie nehmen Hausärzte Patientenbedürfnisse und -erwartungen bei SMI wahr? (Item-Block 4)
- Wie ist die emotionale Reaktion von Hausärzten auf SMI? (Item-Block 5)
- Was wünschen sich Hausärzte zum Thema SMI? (Item-Block 6)
- Wie oft kommt es laut Hausärzten pro Quartal vor, dass ältere Patienten erstmalig von Gedächtnisproblemen berichten? (Item 14b)
- Wie viele Hausärzte haben eine tendenziell spezialistisch geprägte Einstellung auf SMI, die der psychiatrischen Perspektive entspricht? (Kombination von Items aus verschiedenen Blöcken; siehe nächstes Kapitel)

9.2.5 Identifikation einer tendenziell spezialistisch geprägten Einstellung unter den befragten Hausärzten

Die psychiatrische Perspektive auf SMI (siehe auch Kapitel 1.3) kann wie folgt beschrieben werden: SMI wird als einer von vielen Risikofaktoren und (insbesondere im Rahmen von Scores) als Prädiktor einer Demenz verstanden (Jessen, 2019). Dem Ziel der Prädiktion und Risikoeinschätzung wird auch ein individueller Patientennutzen zugesprochen (Graham et al., 2017). Um das diagnostische/prognostische Potenzial von SMI ausschöpfen zu können, gibt es aus spezialistischer Sicht einige Dimensionen, die bei der Operationalisierung und Differenzierung von SMI zu beachten sind: Zeitverlauf, Sorgen, Art der berichteten Beschwerden (u. a. Situationen), mögliche Auslöser, Angehörigensicht; die Kombination aus SMI und dem Ergebnis in einem kognitiven Testverfahren erhöht weiter die Aussagekraft

(Sheng et al., 2017; Jessen et al., 2014). Unter den potenziell präventiv wirksamen Faktoren werden neben Ernährung, Sport und kardiovaskulärer Kontrolle auch kognitive Aktivitäten genannt (Ngandu et al., 2015; Boespflug et al., 2015). Aus den genannten Punkten lässt sich ableiten, dass eine entsprechende Beantwortung folgender Items auf eine eher spezialistische Orientierung im Verständnis von und Umgang mit SMI in der Hausarztpraxis hindeutet:

Konzept: Eine ansonsten noch nicht greifbare Vorstufe einer Demenz UND/ODER Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz (= Risikofaktor)?

Einstellung: Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten; ich habe das Gefühl, beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ fehlt mir ein richtiges Konzept (niedrig ausgeprägt); Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn es um manifeste Demenz geht (niedrig ausgeprägt); Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn die Angehörigen kommen und klagen (niedrig ausgeprägt).

Operationalisierung: Fragen Sie den Patienten nach möglichen Gründen/Auslösern für die Gedächtnisprobleme? Stellen Sie gezielt Nachfragen, in welchen Situationen sich die Gedächtnisprobleme äußern? Stellen Sie gezielt Nachfragen, seit wann die berichteten Gedächtnisprobleme bestehen? Schlagen Sie dem Patienten vor, die Angehörigen einzubestellen, um auch deren Einschätzung zu erfahren? Bieten Sie einen Gedächtnistest an?

Konsequenz: Machen Sie Vorschläge zur Erhaltung der geistigen Fitness (z. B. Gedächtnistraining)?

Um den Anteil an Hausärzten mit *eindeutig* spezialistisch geprägter Perspektive zu berechnen, wurde die Gruppe mit der Extremausprägung (= 4 bzw. = 1) auf allen o. g. Items berechnet. Zudem wurde die Gruppe mit *tendenziell* spezialistisch geprägter Perspektive über beide darauf hindeutende Ausprägungen (= 3 oder 4 bzw. = 1 oder 2) auf allen o. g. Items identifiziert.

10 Ergebnisse der quantitativen Erhebung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung dargestellt. Zuerst wird in Abschnitt 10.1.1 der Vergleich der gezogenen Stichprobe mit der Grundgesamtheit dargestellt und anschließend in Abschnitt 10.1.2 die Ergebnisse zur Rücklaufquote der Fragebogenversendung und in Abschnitt 10.1.3 die Non-Responder-Analyse präsentiert. Anschließend werden in Abschnitt 10.1.4 die Ergebnisse der Effekte der telefonischen Vorankündigung und die Art des Incentives aufgezeigt. Den Schwerpunkt bilden die Ergebnisse der quantitativen Befragung zum Thema subjektive Gedächtnisstörungen (SMI). Hierzu werden zuerst in Abschnitt 10.1.5 die Sozialdaten und Praxisdaten der Fragebogen Teilnehmer dargestellt. Die gesamte Berechnung ist im Anhang D.3 zu finden. In den Abschnitten 10.1.6 bis 10.1.13 werden die zentralen Befunde der Fragebogenerhebung dargestellt. Im Ergebnisteil sollen die zentralen Fragestellungen aufgezeigt werden: (1) Wie verteilen sich die hausärztlichen Konzepte und Strategien in einer bundesweiten repräsentativen Befragung? (2) Inwiefern unterscheiden sich die hausärztlichen Konzepte und die Konzepte der Psychiater?

10.1 Vergleich der gezogenen Stichprobe mit der Grundgesamtheit

Tabelle 44: Vergleich Stichprobe vs. Grundgesamtheit

Variable		Zufallsstichprobe	Grundgesamtheit
n		1.000	48.131
Alter zum Zeitpunkt 03.12.2018 [Mittelwert (Standardabweichung)]		56,65 (9,38)	57,06 (9,34)
Geschlecht [Prozent]	Mann	50,00 %	56,80 %
	Frau	50,00 %	43,20 %
Kreistyp [Prozent]	Kreisfreie Großstädte	17,60 %	23,50 %
	Städtische Kreise	32,40 %	41,40 %
	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	26,50 %	18,80 %
	Dünn besiedelte ländliche Kreise	23,50 %	16,30 %
Facharztbezeichnung [Prozent]	Allgemeinmedizin	65,10 %	64,30 %
	Prakt. Arzt	7,80 %	8,90 %
	Hausärztl. tätiger Internist	27,10 %	26,80 %
Praxisart [Prozent]	Einzelpraxis	56,10 %	56,30 %
	Gemeinschaftspraxis	39,70 %	39,90 %
	Einrichtung (z. B. MVZ)	4,20 %	3,80 %

(eigene Darstellung)

Wie zu erwarten und geplant, unterscheiden sich die Gruppen aufgrund der Stratifizierung deutlich hinsichtlich der Geschlechteraufteilung (Pearson $\chi^2 = 18,592$; $df = 1$; $p < 0,001$) und der Kreistypeneinteilung (Pearson $\chi^2 = 95,046$; $df = 3$; $p < 0,001$). Auf allen anderen Variablen gibt es keine relevanten Unterschiede: Das Alter ist zwischen den beiden Gruppen in etwa gleich ($T = 1,380$; $df = 49.129$; $p = 0,168$), und auch die Verteilungen der Facharztbezeichnungen (Pearson $\chi^2 = 1,479$; $df = 2$; $p = 0,477$) und der Praxisarten (Pearson $\chi^2 = 0,457$; $df = 2$; $p = 0,796$) unterscheiden sich nicht.

10.2 Rücklauf

Der Rücklauf wurde gemäß den Standards der American Association for Public Opinion Research berechnet (<https://www.aapor.org>). Die Rate der potenziell antwortfähigen („eligible“) Angeschriebenen unter den Non-Respondern wird aus der Substichprobe der zuvor telefonisch kontaktierten Teilnehmer für die Gesamtstichprobe extrapoliert. In dieser Substichprobe wurden vor Versendung alle Informationen erhoben und unabhängig davon immer auch der Fragebogen versendet, sodass die Anzahl der ineligible und eligible unter den Non-Respondern hier genau bestimmt werden kann. Unter den 63 Non-Respondern in der Gruppe der zuvor kontaktierten Hausärzte waren 13 nicht erreichbar oder nicht Teil der Zielpopulation ($n = 3$ verstorben, $n = 4$ Praxis aufgegeben, $n = 5$ nicht mehr hausärztlich tätig, $n = 1$ postalische Zustellung nicht möglich).

Bei 2 der 63 Ärzte (3,17 %) gab es eine Information zur Non-Response, die ausschließlich aus den Telefonaten vor Versendung resultierte. Diese 3,17 % werden aus der Gruppe der Non-Responder zu den ineligiblen in der Gruppe ohne Vorabtelefonat hinzugerechnet.

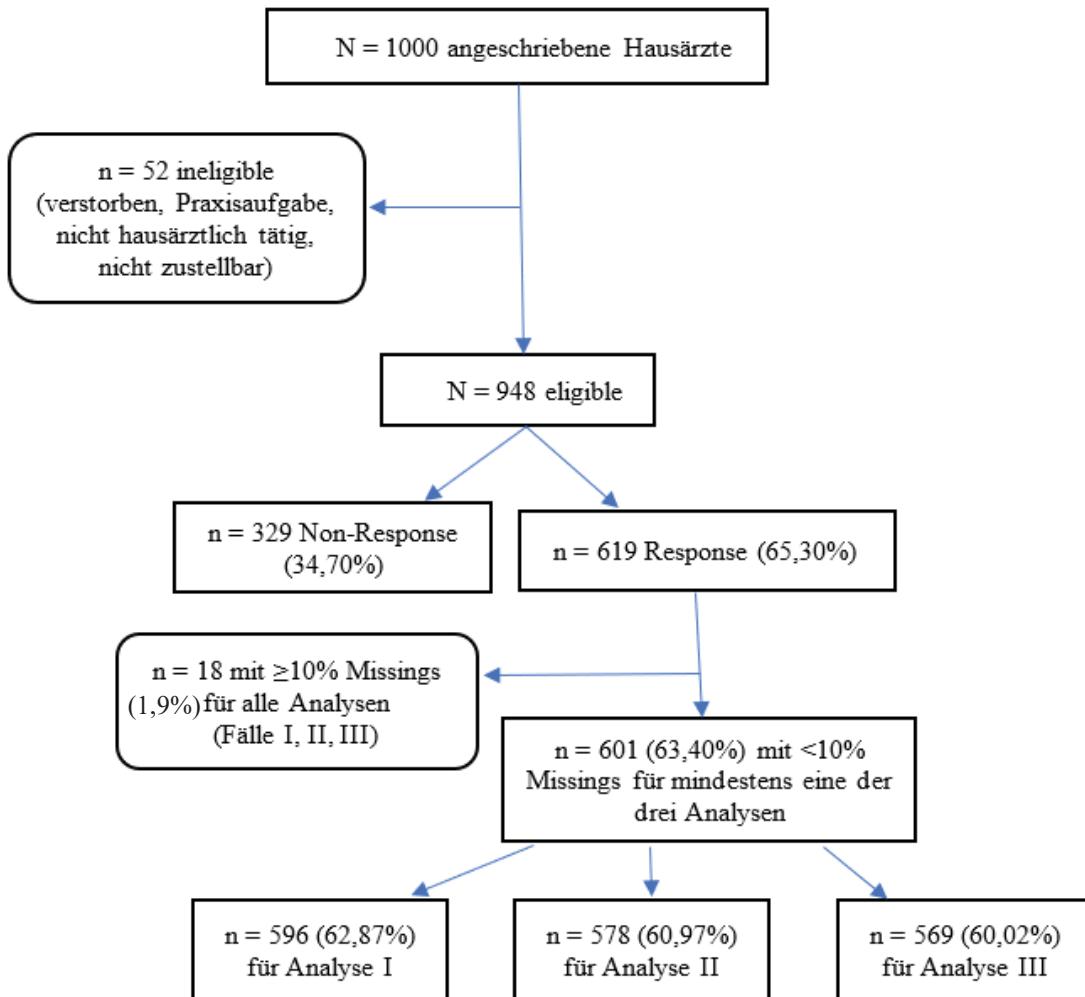


Abb. 24: Responserate der quantitativen Erhebung
(eigene Darstellung)

10.2 Non-Responder-Analyse

Das einseitige Fax zur Non-Responder-Analyse wurde an 314 Non-Responder versendet. 34 Faxe (10,8 %) wurden zurückgesendet, von denen ein Fax jedoch nicht vollständig war und die relevanten Angaben fehlten. Von den Mehrfachoptionen zur Begründung der Nicht-Teilnahme wurden folgende ausgewählt:

Tabelle 45: Gründe, die zur Nicht-Teilnahme geführt haben

Grund	Anzahl Nennungen
Keine Zeit	25
Kein Interesse	1
Nicht mehr in der Praxis tätig	2
Schwerpunktpraxis, nicht typisch hausärztlich	2
Sonstiges	10
Freitextbegründungen (je n = 1): Fragebogen unübersichtlich, Aversion gegen Fragebögen mit Schätzungen, akut erkrankt und operiert, uneindeutige Fragestellung, fehlende Anonymität	

(eigene Darstellung)

Die folgende Tabelle zeigt den Vergleich der verschiedenen Gruppen der Responder und Non-Responder. Relevante Unterschiede sind in der subjektiv empfundenen quantitativen Relevanz von SMI (Häufigkeitsschätzung) (Kruskal H = 8,827; df = 3; p = 0,032) ersichtlich: Späte Responder und Non-Responder schätzen die Häufigkeit von SMI insbesondere im Vergleich mit den frühen Respondern etwas geringer ein. Die Facharztbezeichnungen sind ebenfalls unterschiedlich ($\chi^2 = 18,147$; df = 8; p = 0,020): In der Gruppe der Non-Responder mit Fax-Antwort sind mehr Internisten und weniger Allgemeinmediziner; in der Gruppe der Non-Responder ohne Fax-Antwort sind deutlich mehr praktische Ärzte ohne Facharztbezeichnung. Der eigene Doktortitel scheint einen Einfluss zu haben ($\chi^2 = 16,557$; df = 4; p = 0,002): In der Gruppe der frühen Responder sind mit über 70% deutlich mehr Teilnehmende mit eigenem Doktortitel als in allen anderen Gruppen, insbesondere im Vergleich zu den Non-Respondern ohne Fax-Antwort (< 60 % mit Titel). Weiterhin besteht eine Tendenz zu mehr Einzelpraxen unter den Non-Respondern ($\chi^2 = 15,331$; df = 8; p = 0,053). Nennenswerte Unterschiede bzgl. Alter, Geschlecht und Kreistyp bestehen nicht.

Tabelle 46: Vergleich Responder versus Non-Responder

Variable		Frühe Responder (bis Ende Januar 2019)	Mittlere Respon- der (bis 17. März 2019)	Späte Responder (ab 18. März 2019)	Non-Responder mit Fax-Antwort	Non-Responder ohne Fax-Antwort (inkl. 12 Ablehner)	Vergleich (p-Wert)
n		457	100	62	34	292	-
Alter zum Zeitpunkt 03.12.2018 [Mittelwert (Standardabweichung)]		55,9 (9,1)	56,5 (9,0)	55,1 (10,3)	57,1 (10,1)	55,8 (9,0)	0,822 ^a
Geschlecht [Prozent]	Mann	50,1	43,0	48,4	47,1	52,1	0,625 ^b
	Frau	49,9	57,0	51,6	52,9	47,9	
Doktortitel des Arztes	Ja	71,8	61,0	62,9	64,7	57,9	0,002 ^b
	Nein	28,2	39,0	37,1	35,3	42,1	
Kreistyp [Prozent]	Kreisfreie Großstädte	15,1	24,0	17,7	17,6	19,5	0,521 ^b
	Städtische Kreise	35,0	36,0	25,8	26,5	30,1	
	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	25,6	23,0	30,6	26,5	27,1	
	Dünn besiedelte ländli- che Kreise	24,3	17,0	25,8	29,4	23,3	
Facharztbezeich- nung [Prozent]	Allgemeinmedizin	65,6	72,0	66,1	50,0	64,4	0,020 ^b
	Prakt. Arzt	7,4	3,0	1,6	5,9	11,3	
	Hausärztl. tätiger Inter- nist	26,9	25,0	32,3	44,1	24,3	
Praxisart [Prozent]	Einzelpraxis	51,2	51,0	51,6	58,8	64,4	0,053 ^b
	Gemeinschaftspraxis	44,4	46,0	45,2	35,3	32,2	
	Einrichtung (z. B. MVZ)	4,4	3,0	3,2	5,9	3,4	
Häufigkeitsschät- zung SMI	Mittelwert auf 6-stufi- ger Häufigkeitsskala (Standardabweichung)	2,2 (0,9)	2,2 (0,9)	1,9 (0,7)	1,9 (1,0)	-	0,032 ^c
	Median (Range)	2 (5)	2 (4)	2 (3)	2 (3)	-	

a Einfaktorielle Varianzanalyse; b Chi-Quadrat-Test nach Pearson; c Kruskal-Wallis-Test

(eigene Darstellung)

10.3 Ergebnisse der Effekte der telefonischen Ankündigung und Art des Incentives

Die Rücklaufquote dieser Stichprobe beträgt 67 %. Die telefonischen Ankündigungen zeigen einen kleinen Effekt, die Art der hier gewählten Incentives hingegen keinen Effekt auf die Rücklaufquote.

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Teilstichprobe von $n = 368$ (4 Gruppen à $n = 92$), bei denen die Effekte der telefonischen Ankündigung und die Art des Incentives im Rahmen der SMI-GP-Studie untersucht wurde. Insgesamt haben 228 der 368 Hausärzte den Fragebogen beantwortet; 109 Hausärzte haben keinen beantworteten Fragebogen zurückgesendet. 31 Probanden wurden nicht gewertet und zählen als non eligible, weil sie vor der Erhebung verstorben sind, in Rente sind oder nicht erreicht wurden (z. B. falsche Adresse), so dass die analysierbare Stichprobe $N = 337$ groß ist. Die folgende Tabelle zeigt den Rücklauf in den vier Gruppen:

Tabelle 47: Rücklauf nach Incentive und Ankündigung

N = 337		Telefonische Ankündigung	
		ja	nein
Incentive	10-Euro-Gutschein	75,9 % von $n = 87$ 95 % KI 65,8–83,7	61,2 % von $n = 85$ 95 % KI 50,5–70,9
	Gummibärchen	67,9% von $n = 84$ 95 % KI 57,3–76,9	65,4 % von $n = 81$ 95 % KI 54,6–74,9

95 % KI = 95 Prozent Konfidenzintervall
(eigene Darstellung)

Die telefonische Ankündigung zeigt einen sehr kleinen Effekt auf die Rücklaufquote (Cohen's $d = 0,22$; Odds Ratio $OR = 1,5$ (0,9–2,4); $p = 0,09$). Die Incentive-Art – symbolische Gummibärchen oder ein Drogerie-Gutschein (Wert 10 Euro) – hat keinen Effekt ($d = 0,07$; $OR = 1,1$ (0,7–1,8); $p = 0,592$). Die Interaktion aus telefonischer Ankündigung und Incentive-Art zeigt einen kleinen Effekt ($d = 0,29$; $OR = 1,7$ (0,9–3,0); $p = 0,059$).

Für eine statistisch robuste Absicherung der genannten (sehr) kleinen Effekte ist die Stichprobengröße zu gering. Die Stichprobengröße wurde für mittlere Effekte und 80 % Power berechnet. Dabei wurde von Rücklaufquoten von 10–30 % ausgegangen. Durch die extrem hohe Rücklaufquote haben sich die Relationen verschoben: So gelten Unterschiede von beispielsweise 10 % im Rücklauf bei einem Gesamtrücklauf von über 60 % als kleinerer Effekt; bei einem Gesamtrücklauf von nur 25 % wäre ein 10%-Unterschied zwischen den Subgruppen dagegen schon ein etwas größerer Effekt.

10.4 Ergebnisse der Sozialdaten und Praxisdaten der Fragebogenteilnehmer

Die Zahl der auswertbaren Bögen für die SMI-Analyse Fall I beträgt 596.

Die gewünschte Gleichverteilung zwischen Frauen (51,2 %) und Männern (48,8 %) liegt bei der Befragung vor. Die vierstufige Kreistypeinteilung zeigt, dass städtisch und ländlich wie gewünscht ungefähr gleich verteilt sind. Über die Hälfte (56,2 %) der Responder gehören der Altersgruppe der 51- bis 65-Jährigen an, 15,9 % der Befragten sind älter als 65 Jahre. 79,4 % der Responder arbeiteten in Vollzeit. Die meisten Responder (66,8 %) weisen den Facharzt für Allgemeinmedizin auf. 50,5 % der Responder arbeiten in einer Einzelpraxis, 45,3 % in einer Gemeinschaftspraxis und ein kleiner Anteil in einem Medizinischen Versorgungszentrum. In der folgenden Abbildung werden alle Aspekte des Studienkollektivs in Prozentangaben dargestellt.

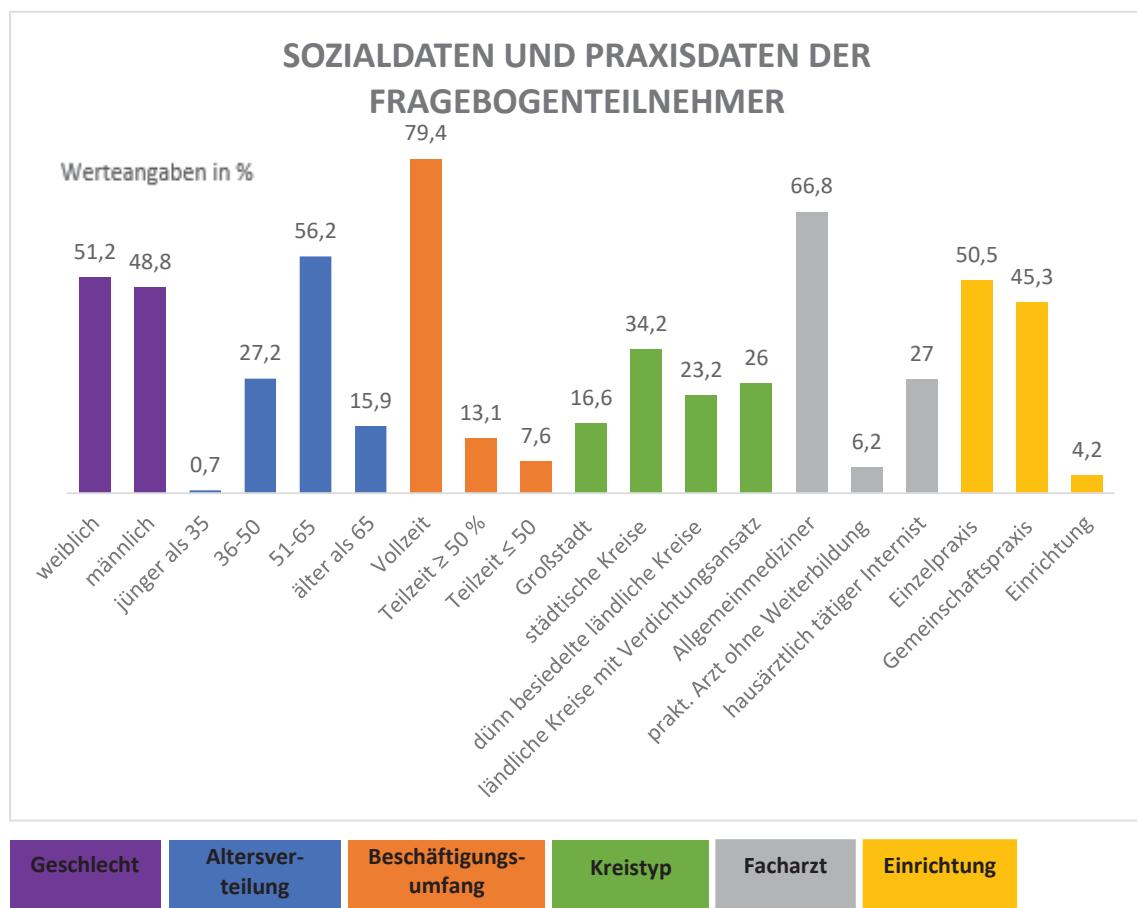


Abb. 25: Sozialdaten und Praxisdaten der Responder
(eigene Darstellung)

10.5 Hausärztliche Einstellungen zum Thema Gedächtnis (Item-Block 1)

Zu den Einstellungen zeigt sich, dass die meisten Zustimmungen („ja“ oder „eher schon“) die Items „ein frühes Aufgreifen nutzt den Patienten“ (88,4 %), der „Hausarzt sieht sich als Begleiter“ (90,1 %) und „Vermittler“ (89,1 %) und „die MFA nimmt bei der Frühwahrnehmung von Gedächtnisproblemen eine wichtige Rolle ein“ (81,2 % ja) erhielten.

Das Item „die Verantwortung abzugeben“ erhielt die wenigsten Zustimmungen („ja“ 2,9 % und „eher schon“ 11,2 %). 43 % der Befragten kreuzten mit „ja“ oder „eher schon“ an, dass das Thema primär Aufgabe von Neurologen/Psychiatern ist. In der folgenden Abbildung werden alle Items von Block 1 und deren prozentuale Zustimmung dargestellt.²¹

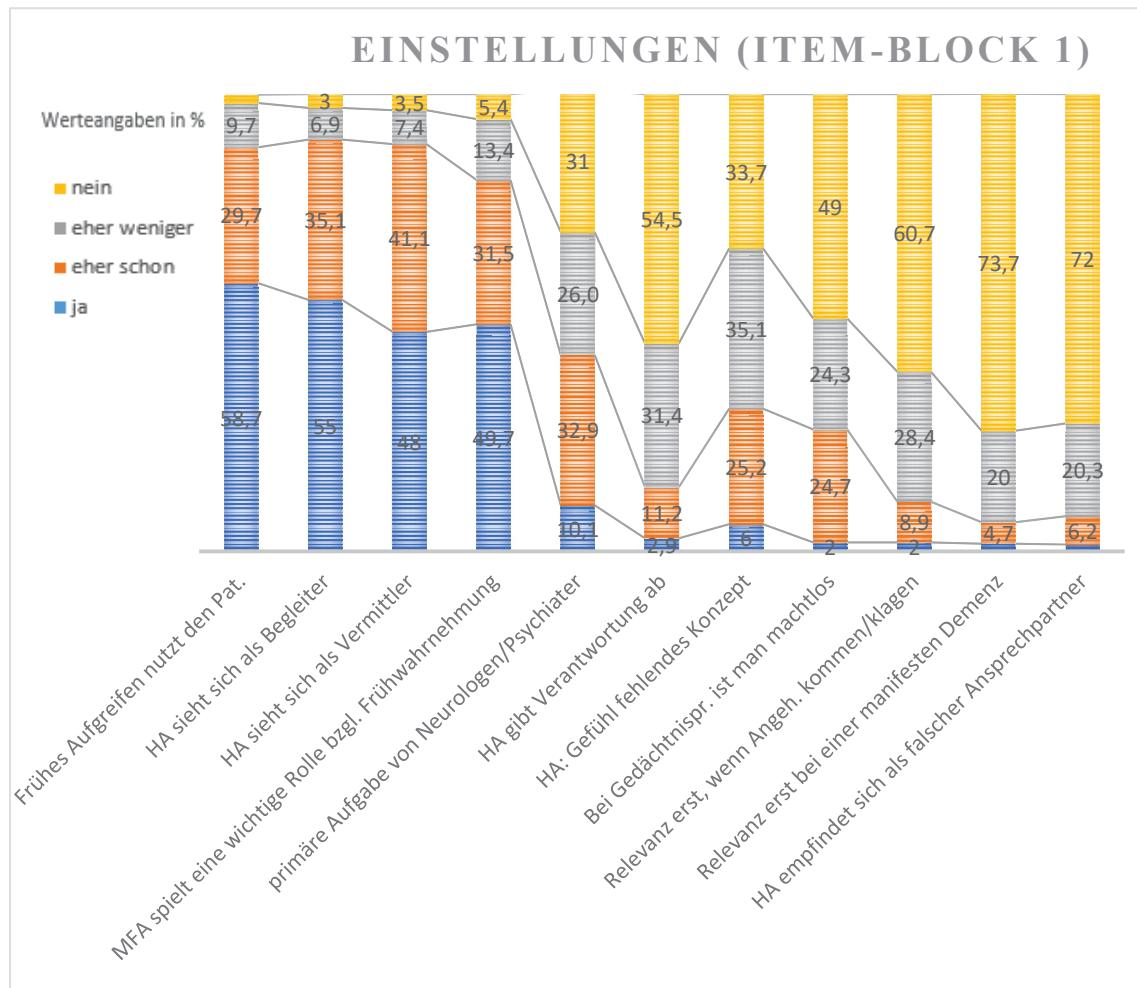


Abb. 26: Verteilungsmuster der hausärztlichen Einstellungen zum Thema Gedächtnis (Item-Block 1)
(eigene Darstellung)

²¹ Damit die Abbildung überschaubar bleibt, werden Werte von unter 2 % nicht dargestellt.

10.6 Hausärztliche Vorgehensweise bei SMI (Item-Block 2)

Die Vorgehensweisen der Hausärzte beziehen sich auf die nächsten zwei bis fünf Konsultationen, wenn der Patient dem Hausarzt erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet. 96,8 % („ja“ oder „eher schon“) der Befragten geben an, die Gedächtnisprobleme in der Akte zu dokumentieren. Dem folgt insbesondere das Nachfragen, wann 96,5 % („ja“ oder „eher schon“) und in welchen Situationen 95,3 % („ja“ oder „eher schon“) die Gedächtnisprobleme auftreten. 89,2 % geben an („ja“ oder „eher schon“), dass sie eine Überweisung zum Neurologen/Psychiater anbieten. Am wenigsten Zustimmung fanden die Items „Offenhalten und Abwarten im Verlauf“ und „das Gespräch gezielt vom Thema weglenken“. 60,8 % der Befragten nutzen das Thema als Anlass, um über Patientenverfügungen und Versorgungsvollmachten zu sprechen. Hohe Zustimmung erhielten insbesondere die Items der Anamnese, in denen weiter durch Fragen die Gedächtnisprobleme eingeordnet werden. In der folgenden Abbildung werden alle Items von Block 2 und deren prozentuale Zustimmung dargestellt.²²

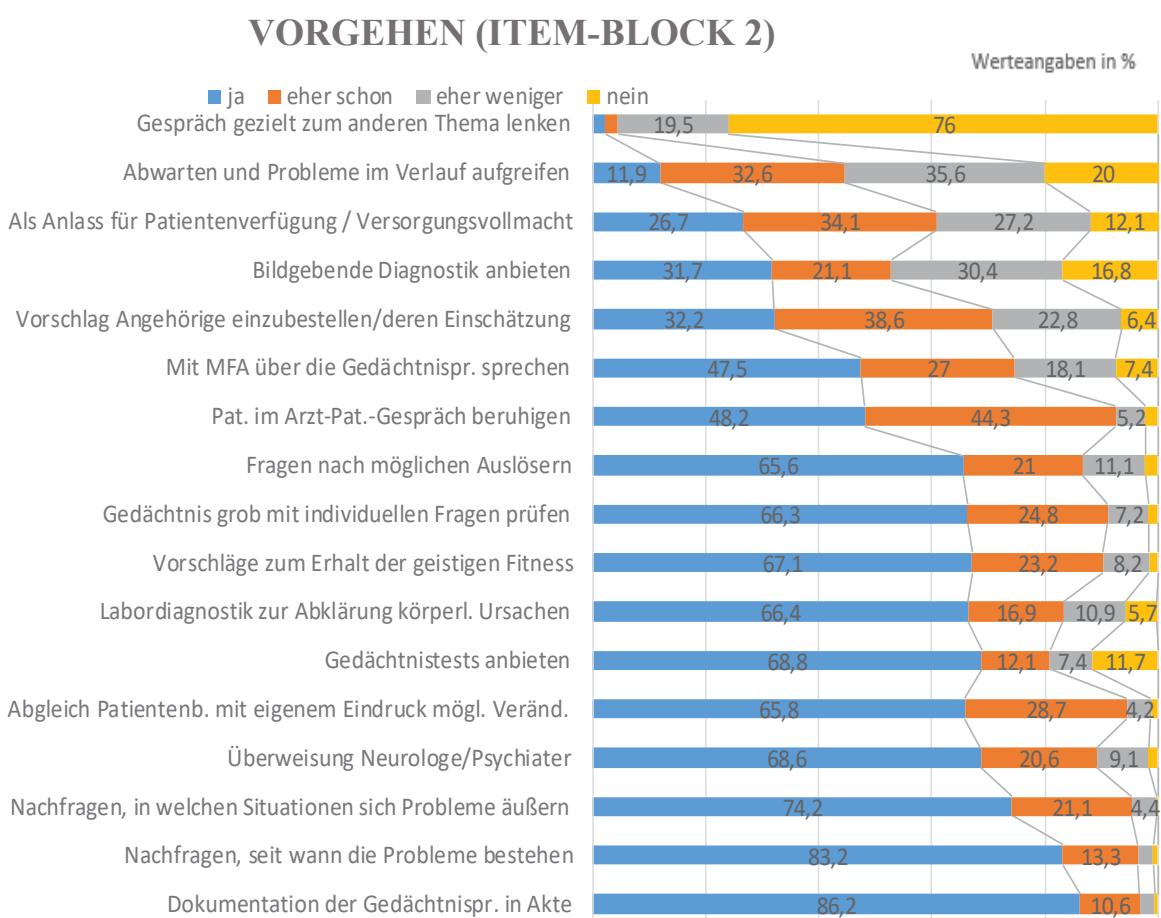


Abb. 27: Verteilungsmuster der hausärztlichen Vorgehensweise bei SMI (Item-Block 2)
(eigene Darstellung)

²² Damit die Abbildung überschaubar bleibt, werden Werte von unter 3 % nicht dargestellt

10.7 Hausärztliche Konzepte von SMI (Item-Block 3)

Das Konzept, dass die Patienten aufgrund von Medienberichten und Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld bezüglich Demenz eine Demenzangst verspüren, wurde mit 80,4 % („ja“ oder „eher schon“) priorisiert. Dem folgen die Konzepte „Überforderung, Stress, Lebenskrise oder eine Depression“ 77,4 % („ja“ oder „eher schon“) und das Konzept „normale Altersvergesslichkeit“ 77,9 („ja“ oder „eher schon“). Diese Konzepte erhielten mehr Zustimmung als das Konzept „Patienten kommen auf Drängen von Angehörigen“. Jeweils über die Hälfte sehen in SMI (auch) einen Risikofaktor für eine spätere Demenz bzw. ein Anzeichen einer Demenz(vorstufe). In der folgenden Abbildung werden alle Items von Block 3 und deren prozentuale Zustimmung dargestellt.

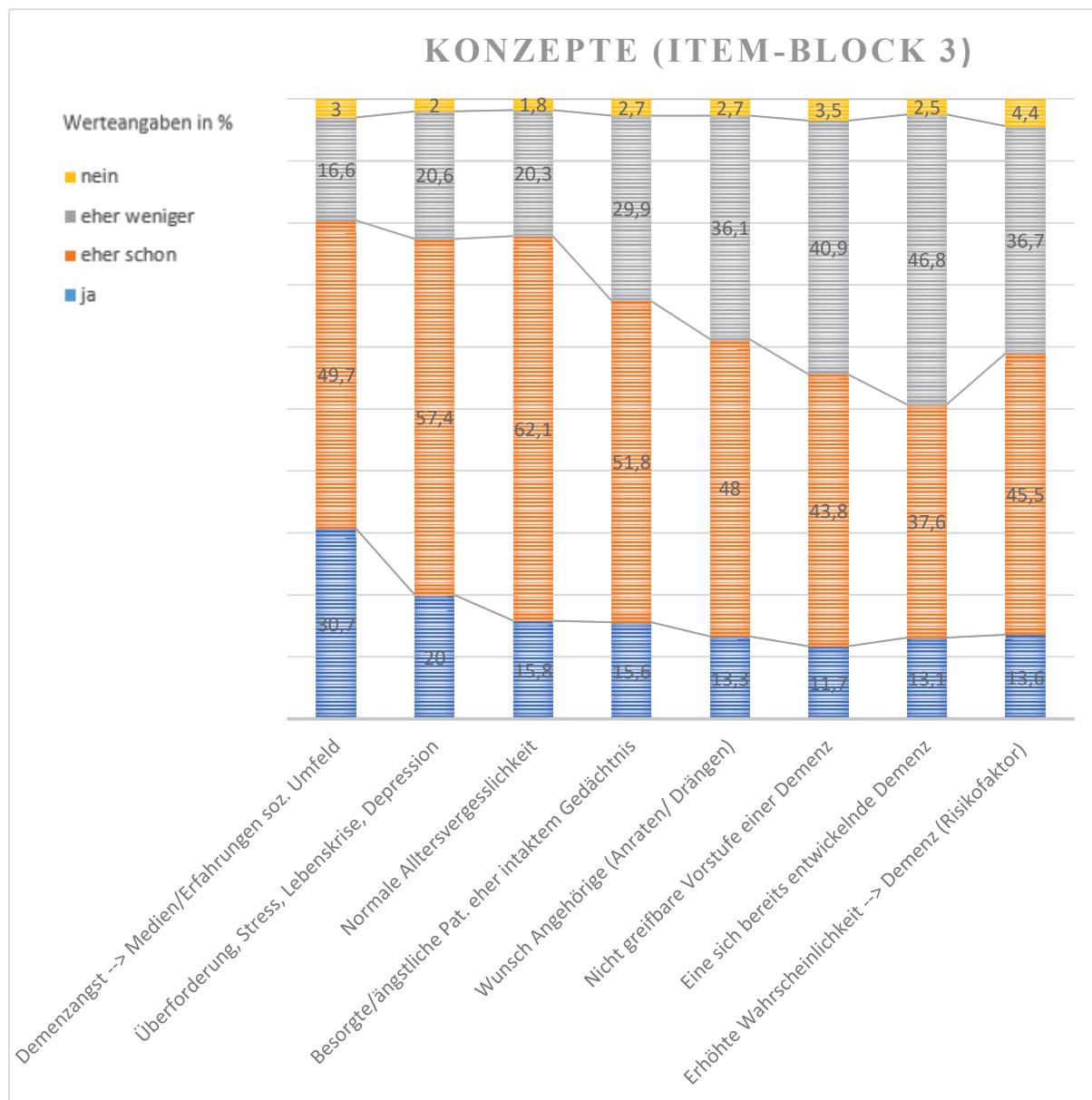


Abb. 28: Verteilungsmuster der hausärztlichen Konzepte bei SMI (Item-Block 3)
(eigene Darstellung)

10.8 Hausärztliche Einschätzung der Patientenbedürfnisse bei SMI (Item-Block 4)

Die höchste Zustimmung mit 96 % („ja“ oder „eher schon“) erhielt das Item, ob die Patienten einen Leidensdruck verspüren. Dem folgen die Items bezüglich der verschiedenen Erwartungshaltungen (Behandlungsempfehlungen, Gespräch, Diagnostik). 81 % („ja“ oder „eher schon“) der Hausärzte geben an, dass sie denken, langjährigen oder gut bekannten Patienten falle das Ansprechen leichter. 17,2 % schätzen eher ein, dass langjährigen oder gut bekannten Patienten die Ansprache von Gedächtnisproblemen schwererfalle. Dass bevorzugt mit der MFA über das Thema gesprochen wird, sehen die Hausärzte eher nicht. In der folgenden Abbildung werden alle Items von Block 4 und deren prozentuale Zustimmung dargestellt.²³

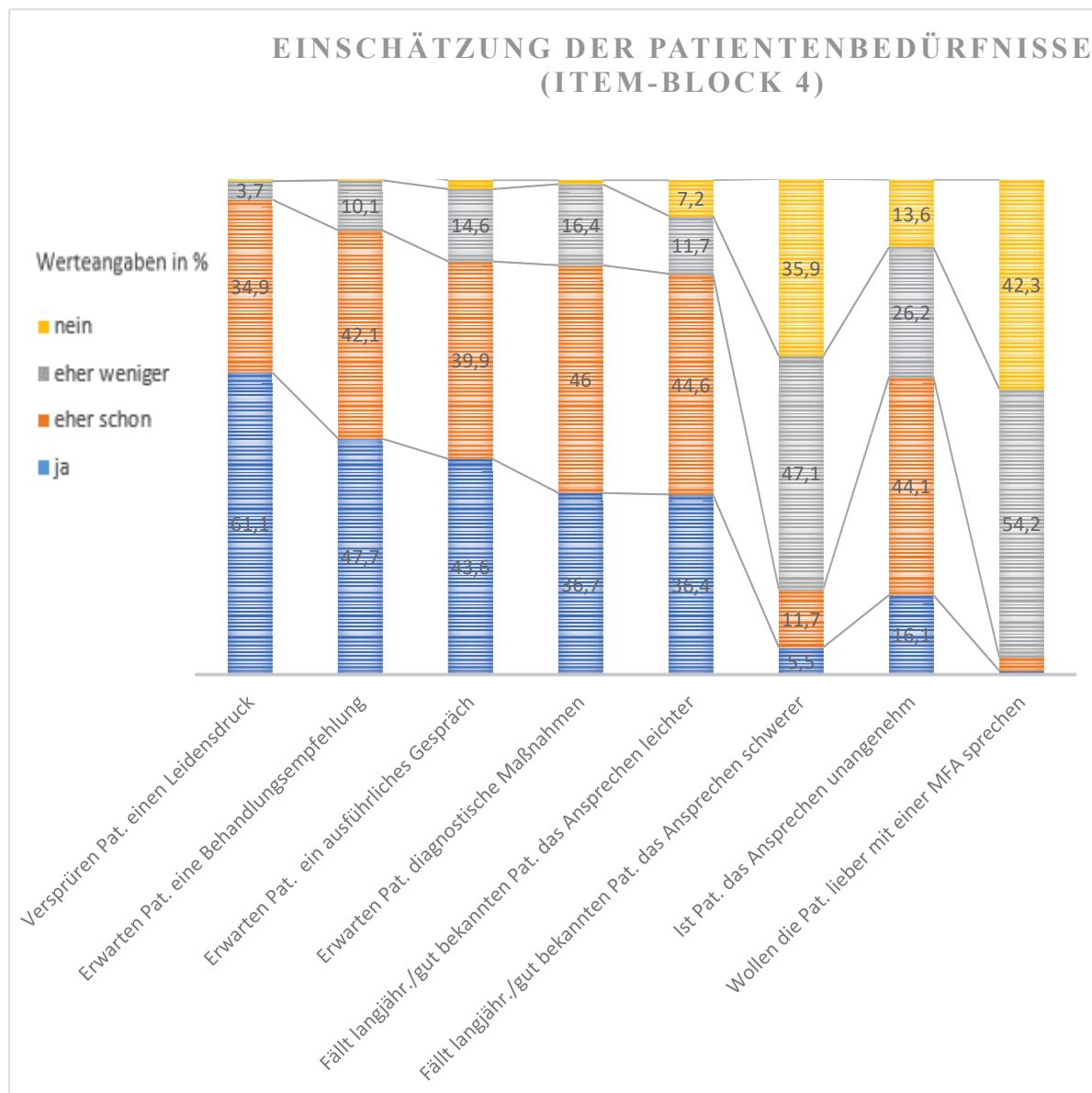


Abb. 29: Verteilungsmuster zu Einschätzungen der Patientenbedürfnisse bei SMI (Item-Block 4)
(eigene Darstellung)

²³ Damit die Abbildung überschaubar bleibt, werden Werte von unter 2,5 % nicht dargestellt

10.9 Hausärztliche Einstellungen und Emotionen bei SMI (Item-Block 5)

Bei Item-Block 5 sind die meisten Häufigkeiten der Rubrik „nein“ oder „eher schon“ zuzuordnen. 73,5 % (ja oder eher schon) der Hausärzte empfinden einen Erwartungsdruck. 67,6 % stimmten nicht zu, dass sie die Gedächtnisstörungen am liebsten abwiegeln würden. 58 % stimmten nicht zu, dass Gespräche über das Gedächtnis störend sind. In der folgenden Abbildung werden alle Items von Block 5 und deren prozentuale Zustimmung dargestellt.

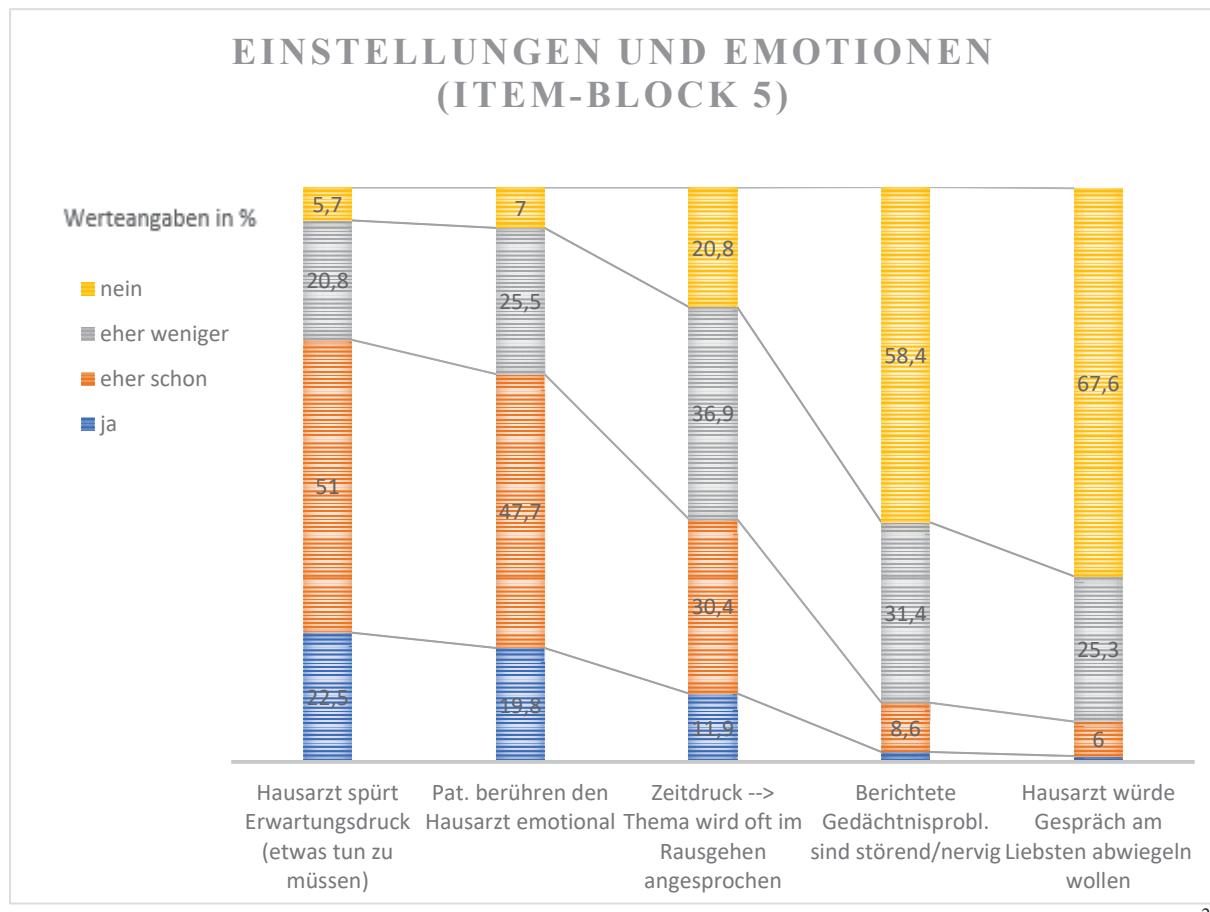


Abb. 30: Verteilungsmuster bezüglich Einstellungen/Emotionen der Hausärzte bei SMI (Item-Block 5)
(eigene Darstellung)

²⁴ Damit die Abbildung überschaubar bleibt, werden Werte von unter 2 % nicht dargestellt

10.10 Hausärztliche Bedarfe und Wünsche zum Thema SMI (Item-Block 6)

53,7 % der Hausärzte geben an, frühzeitig Spezialisten einzubinden. 56,4 % der Befragten wünschen sich eine schriftliche Handlungsempfehlung zum Vorgehen. 27 % der Befragten sehen keinen Bedarf dafür. 56,9 % wünschen sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, 28,9 % sehen hier keinen Bedarf. Ein Instrument zur Unterscheidung „nur Sorgen oder objektive Defizite“ wünschten sich 47,3 % und eines zur strukturierten Dokumentation und Verlaufsmessung wünschten sich 46,8 %. Demgegenüber gaben fast genauso viele Hausärzte an, dass sie bereits ein Instrument zur Unterscheidung und Dokumentation nutzen. In der folgenden Abbildung werden alle Items von Block 6 und deren prozentuale Zustimmung dargestellt

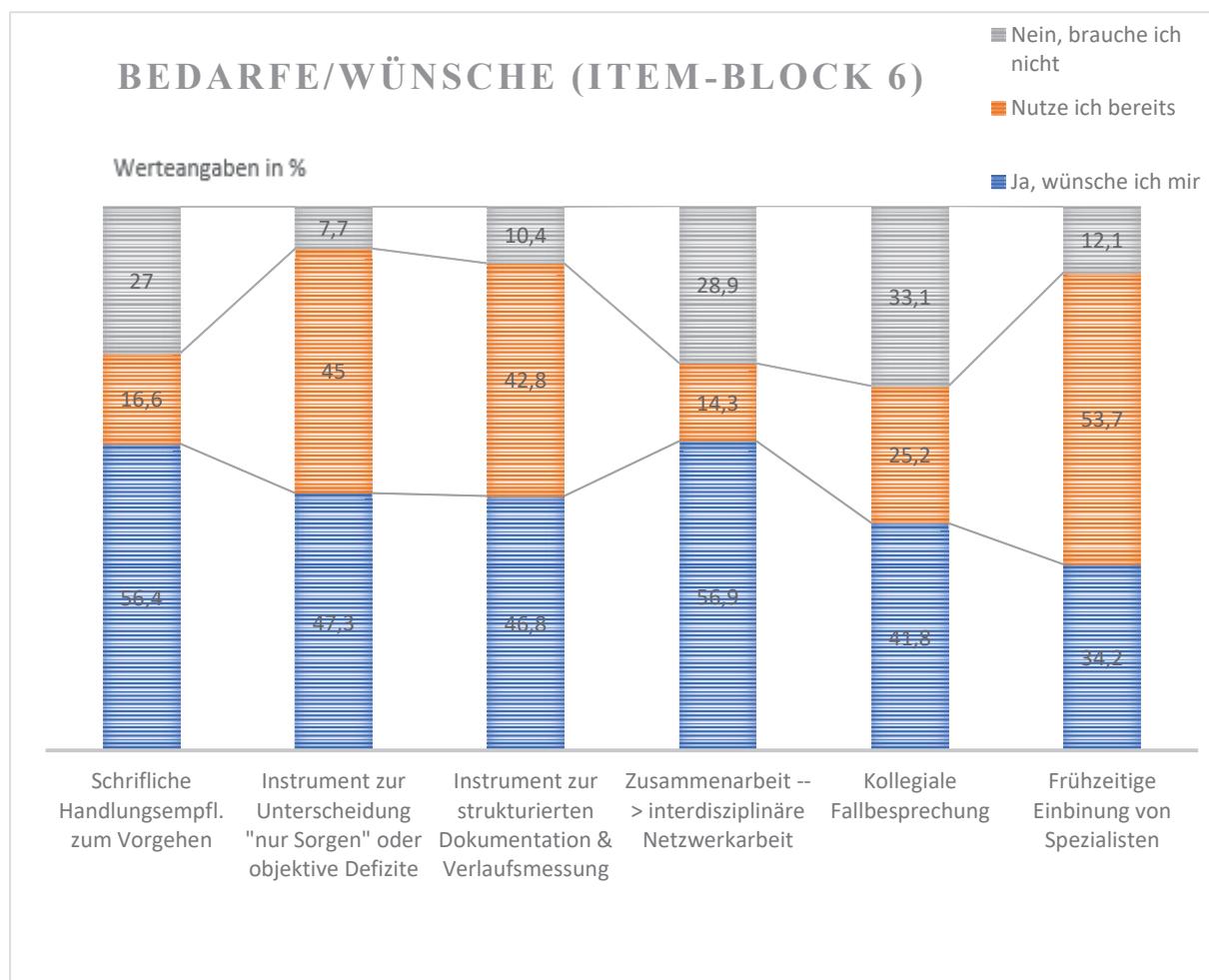


Abb. 31: Verteilungsmuster der hausärztlichen Bedarfe und Wünsche (Item-Block 6)
(eigene Darstellung)

10.11 Vorkommen von SMI in der Hausarztpraxis (Item 14b²⁵)

Fast die Hälfte (48,8 %) der Responder schätzt ein, dass die Berichte über subjektive Gedächtnisstörungen drei- bis fünfmal im Quartal bezogen auf alle ihre Patienten vorkommt. In der folgenden Abbildung wird das Vorkommen von SMI in der Hausarztpraxis und deren prozentuale Zustimmung dargestellt.

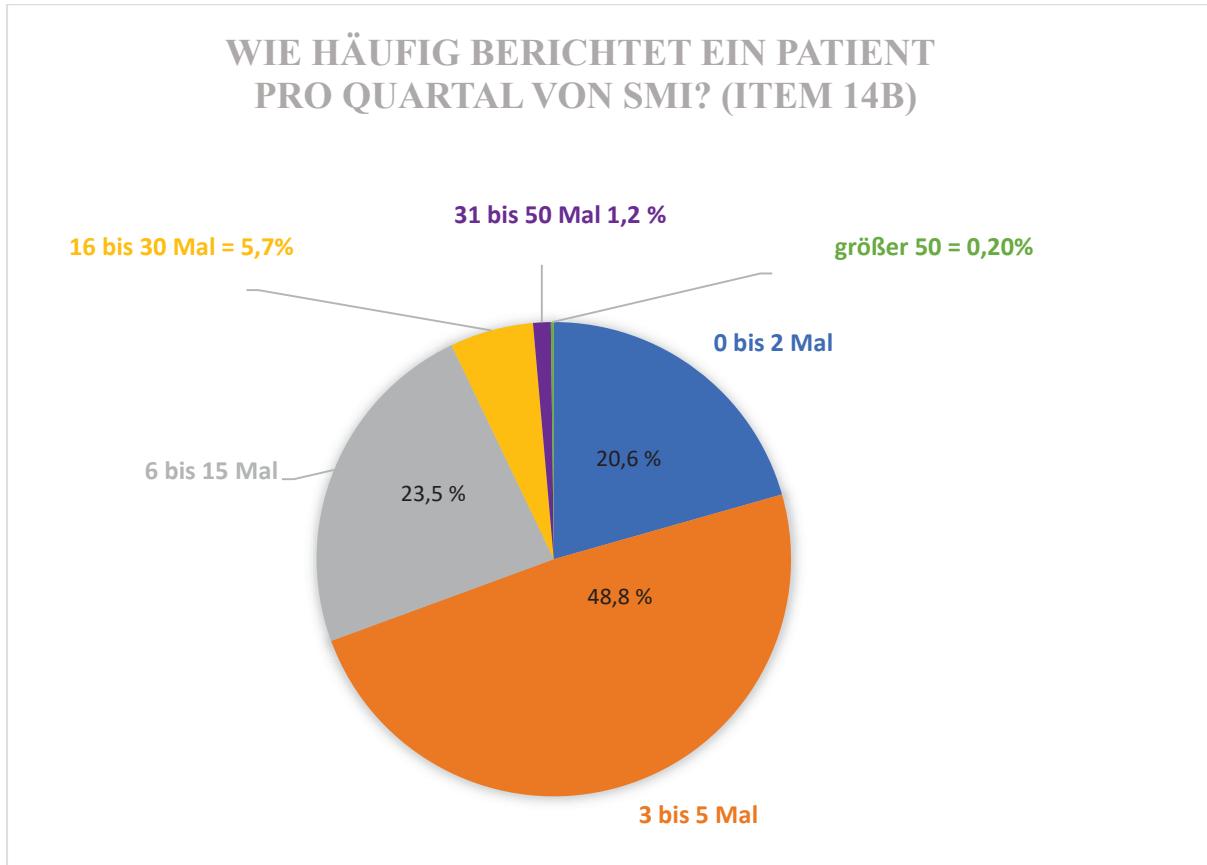


Abb. 32: Verteilungsmuster zu SMI-Häufigkeiten in der Hausarztpraxis (Item-Block 14b)
(eigene Darstellung)

²⁵ 14 b bei Version a → Rangfolge ändert sich je nach Version

10.12 Häufigkeit einer spezialistisch geprägten Sicht auf SMI

Eine strikte spezialistische Ausrichtung (Operationalisierung siehe Kapitel 9.1.7) mit den Extremausprägungen auf allen entsprechenden Items zeigen 2,7 % (n = 16) der teilnehmenden Ärzte. Eine tendenziell spezialistische Sicht (mit den Ausprägungen 3–4 bzw. 1–2 auf allen entsprechenden Items) zeigen 25,3 % (n = 152) der Teilnehmer. Diese Gruppe wird in der folgenden Tabelle mit den restlichen Teilnehmern verglichen.

Tabelle 48: Vergleich der Teilnehmer mit spezialistischer Sicht mit allen anderen

Variable		Spezialistische Sicht	Andere	Vergleich (p-Wert)
n		152	449	-
Alter zum Zeitpunkt 03.12.2018 [Mittelwert (Standardabweichung)]		55,4 (9,4)	56,0 (9,1)	0,512 ^a
Geschlecht [Prozent]	Mann	52,0	48,1	0,410 ^b
	Frau	48,0	51,9	
Doktortitel des Arztes	Ja	71,7	68,2	0,412 ^b
	Nein	28,3	31,8	
Kreistyp [Prozent]	Kreisfreie Großstädte	17,8	16,0	0,829 ^b
	Städtische Kreise	33,6	35,2	
	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	27,6	25,2	
	Dünn besiedelte ländliche Kreise	21,1	23,6	
Facharztbezeichnung [Prozent]	Allgemeinmedizin	67,1	66,4	0,354 ^b
	Prakt. Arzt	3,9	7,1	
	Hausärztl. tätiger Internist	28,9	26,5	
Praxisart [Prozent]	Einzelpraxis	51,3	50,6	0,550 ^b
	Gemeinschaftspraxis	46,1	44,8	
	Einrichtung (z. B. MVZ)	2,6	4,7	
Häufigkeitsschätzung SMI	Mittelwert auf 6-stufiger Häufigkeitsskala (Standardabweichung)	2,2 (1,0)	2,2 (0,9)	0,600 ^c
	Median (Range)	2 (5)	2 (4)	

^a t-Test; ^b Chi-Quadrat-Test nach Pearson; ^c Mann-Whitney-U-Test

(eigene Darstellung)

Es bestehen keine relevanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

11 Diskussion des quantitativen Ansatzes

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen Teilstudie diskutiert. Zuerst werden in 11.1 die Ergebnisse der Fragebogenerhebung diskutiert. Anschließend wird in 12.2 über die Qualität und in 11.3 über die Limitationen der quantitativen Teilstudie diskutiert. Dieser Aufbau orientiert sich an die Reporting Guidelines für Umfragen (Bennett et al. 2010).

11.1 Diskussion der quantitativen Daten

Die berücksichtigten Fragebögen der Responder für Fall I (Patient berichtet über SMI) lagen bei 62,8 %. Im Durchschnitt geben die Hausärzte an, dass pro Quartal drei bis fünf ältere Patienten erstmalig von subjektiven Gedächtnisproblemen berichten (Fall I). In der französischen Fragebogenstudie von Croisile und Rothoft (2004) werden zwölf SMI-bezogene Beratungen pro Woche angegeben. Diese Zahl ist jedoch eher als ungewöhnlich hoch zu betrachten. Wie bereits beschrieben wurden die Fragebögen den Hausärzten von Vertretern eines Pharmaunternehmens persönlich ausgehändigt und es wurde keine klare Definition von SMI gegeben sowie die Stichprobenplanung nicht offengelegt. Weitere vergleichbare Angaben gibt es nicht. Somit liefert die SMI-GP-Studie einen weiteren Anhaltspunkt zur Einordnung von Rothoft (2004).

In der SMI-GP-Befragung gaben über 90 % der befragten Hausärzte an, dass sie sich als fachgemäßen Ansprechpartner beim Thema SMI wahrnehmen und das Thema auch in hausärztliche Hand gehört. Allerdings sehen sie ihre primäre Aufgabe zum Thema eher in einer begleitenden Rolle (90,1 %), während die diagnostische Abklärung für 43,0 % primär in neurologische/psychiatrische Hand gehört. In verschiedenen Artikeln wird berichtet, dass Hausärzte zögerlich bei möglichen kognitiven Störungen und Demenzen agieren (Kaduszkiewicz et al., 2007; Harmand et al., 2018; Mason et al., 2019, Wangler et al. 2018a). Als Handlungsempfehlungen werden verstärkte Schulungen zur Bewusstseinsschaffung für kognitive Beeinträchtigungen gegeben (Harmand et al., 2018). Auf der anderen Seite ist durch verschiedene Befunde das „besondere Verhältnis“ zum Patienten in der Hausarztpraxis bekannt (Wollny et al., 2010; Wagner und Abholz, 2002). In diesen Zusammenhang wird immer wieder „das Vertrauensverhältnis“ zum Hausarzt“ beschrieben, was auch die folgenden zwei Zitate aus den qualitativen Interviews untermauern:

„Und ich traue mich aber dann, eben weil ich die Leute schon lange kenne, gar nicht so, die damit zu konfrontieren (FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 26)“

„Ja, die sprechen mich ja an. Ne, also zunächst mal, also dann kann ich da auch gut drauf eingehen und dann beleidige ich auch keinen oder kränke eben keinen“ (FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 182).

Möglicherweise möchte ein Teil der Hausärzte nicht in eine andere Rolle als die „begleitende und beratende Rolle“ treten, was unsere Befunde der vermittelnden und beratenden Rolle untermauern könnten.

In frühen Arbeiten von Wolf und Weber (1998) wird beschrieben, dass Allgemeinmediziner konfliktlastige Rollenkonstellation bei Demenzen eher vermeiden und infolge dessen kognitive Tests eher einzelfallabhängig zur Anwendung kommen.

In der Fragebogenerhebung nehmen Hausärzte bei SMI wahr, dass Patienten diagnostische Maßnahmen (82,7 %) und therapeutische Empfehlungen (89,8 %) von ihnen erwarten, was wiederum Druck ausübt (73,5 %). 52,8 % bieten eine bildgebende Diagnostik, 44,5 % warten erst einmal ab und greifen die Gedächtnissorgen im Verlauf gezielt wieder auf, 90,3 % machen Vorschläge zur Erhaltung der geistigen Fitness. Bezuglich der aktiven Strategien bieten 89,2 % bei berichteten Gedächtnisproblemen (Fall I) eine Überweisung zum Neurologen/Psychiater an und 80,9 % bieten einen Gedächtnistest an, was den Aspekt der Absicherung und eventuellen Unsicherheit untermauern könnte, aber auch zu den Befunden der vermittelnden/beratenden Rolle passt.

Bezuglich der Anwendung von kognitiven Tests scheint sich deutlich eine Veränderung zu den früheren Jahren abzuzeichnen (Pentzek et al., 2010; Schulz et al., 2017; Wolf und Weber 1998; Michalowsky et al., 2018). In der Studie von Croisile und Rothoft aus dem Jahr 2004 gaben 72 % an, dass sie kognitive Tests anbieten. In dieser Fragebogenerhebung ist der prozentuale Anteil höher (80,9 %), was wiederum zu den Befunden von Schulz et al. (2017) passt, wonach eine deutliche Zunahme der Anwendung kognitiver Tests seit der Einführung von Leistungsziffern zur Abrechnung dieser Tests im deutschen Gesundheitswesen zu verzeichnen ist (Schulz et al., 2017). Auch Michalowsky et al. (2018) beschreiben eine dramatische Zunahme der Demenzdiagnosen und nennen den monetären Anreiz als möglichen Grund.

Aus dem qualitativen Material dieser Studie ist ableitbar, dass ein Teil der Hausärzte unsicher bezüglich ihrer angewendeten Strategien ist, weil es für sie kein klares Konzept bei SMI gibt. Sie wenden u. a. kognitive Tests an, obwohl sie von der Validität nicht überzeugt sind. Ein häufiger Argumentationspunkt bei der internen Nachfragephase war, dass sie dies tun, „um diesen Patienten überhaupt etwas anbieten zu können“. Dieses Gefühl, „nichts anbieten zu können“, deckt sich beispielsweise mit den Befunden von Kaduszkiewicz et al. (2007), worin das Gefühl beschrieben wird, bei Demenzen im frühen Stadium nichts anbieten zu können. Ein weiterer Aspekt aus den qualitativen Interviews war, sich selbst abzusichern. Denn durch die Testdurchführung ist ein Beleg erfolgt, dass SMI nachgegangen wurde und somit durch den Test eine Dokumentation erfolgt („*Es ist, es ist eine Dokumentation. Wir sind da drauf gedrillt, wir müssen dokumentieren*“, NI 01, Regionsfaktor 3, Zeile 147).

Diese Befunde passen dazu, dass sich 47 % der Hausärzte der Fragebogenerhebung ein Instrument wünschen, mit dem herausgefunden werden kann, ob Patienten sich nur Sorgen um ihr Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben. Eine ähnliche Tendenz zeigte sich bei dem Wunsch, ein Instrument zur strukturierten Dokumentation und Verlaufsmessung zu haben. Eine schriftliche Handlungsempfehlung wünschten sich 56,4 %, dagegen äußerten 27 %, dass sie keine schriftliche Handlungsempfehlung benötigen.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass SMI bei vielen Hausärzten starke Handlungsimpulse auslöst. Einerseits ist die frühzeitige Abklärung kosten- und zeitintensiv. Nach Giezendanner et al. (2019) sollten die vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen effektiv eingesetzt werden. Andererseits wird, wie bereits beschrieben, SMI aus spezialistischer Sicht mit einem erhöhten Risiko für eine spätere Demenz assoziiert (Jessen, 2019). Desasi und Schwarz (2011) beschrieben, dass aufgrund des höheren Risikos für die Entwicklung einer Demenz besondere Vorsorgemaßnahmen von Relevanz sind, z. B. sich vorzeitig um die finanzielle Betreuung oder einen Pflegeplatz zu kümmern, aber auch die Perspektive, dass die selbst wahrgenommenen Gedächtnisdefizite zur emotionalen Belastung führen können. In dieser Fragebogenerhebung gaben 26,7 % der Befragten an, dass sie das Thema als Anlass nutzen, um über Patientenverfügungen und Versorgungsvollmachten zu sprechen, und 34,1 % kreuzten „eher schon“ an.

In dieser Befragung sehen konzeptionell über drei Viertel der Hausärzte die berichteten Gedächtnisprobleme vorwiegend als Anzeichen von Stress, Depression, normaler Altersvergesslichkeit, Demenzangst. Über die Hälfte sehen in SMI (auch) Anzeichen einer Demenz oder einer Demenzvorstufe. Oft sehen Hausärzte psychosoziale Ursachen für berichtete Gedächtnisprobleme.

Eine strikte spezialistische Ausrichtung zeigten nur 2,7 % (n = 16) der teilnehmenden Ärzte. Eine tendenziell spezialistische Sicht (mit den Ausprägungen 3–4 bzw. 1–2 auf allen entsprechenden Items) zeigen gut ein Viertel (25,3 % - n = 152) der Teilnehmer auf. Dies verdeutlicht, wie wichtig getrennte Konzepte und Maßnahmen zwischen den Hausärzten und der spezialistischen Sicht sind. Die gefundenen Konzepte und Umgangsstrategien unterscheiden sich teilweise deutlich von den psychiatrischen Konzepten und Strategien.

Die hier dargestellten Konzepte und Umgangsstrategien spiegeln die spezifische hausärztliche Perspektive und Arbeitsweise wider. Durch diese quantitative Befragung konnten erstmalig zum Thema SMI Verteilungsmuster aus der hausärztlichen Sicht aufgezeigt werden.

11.2 Diskussion der Qualität der quantitativen Teilstudie

Die angewendete Stichprobenstrategie für die quantitative Analyse ist als relevant für die Fragestellung einzustufen. Es ist anzunehmen, dass durch die gleichzeitige Anwendung vielfältiger Aspekte zur Rücklaufsteigerung gemäß der Leverage-Salience-Theorie (Groves et al., 2000) unterschiedliche Motive zur Teilnahme herausgestellt worden sind. Somit sollten größere Verzerrungen der Stichprobe durch den Anreiz unterschiedlicher Motivationsaspekte möglichst vermieden werden (Menold, 2015). Jedoch zeigen die durchgeföhrten Analysen auch auf, dass vermehrt Allgemeinmediziner und Hausärzte mit Doktortitel teilgenommen haben. Der eigene Doktortitel scheint einen Einfluss zu haben ($\chi^2 = 16,557$; df = 4; p = 0,002). In der Gruppe der frühen Responder sind mit über 70 % deutlich mehr Teilnehmende mit eigenem Doktortitel als in allen anderen Gruppen, vermutlich hat diese Gruppe ein stärkeres Interesse, Qualifizierungsarbeiten zu unterstützen. Im Freitext stand sinngemäß „gerne unterstütze ich Sie, ich weiß noch, wie es bei mir war“.

Die Quelle der erhaltenen Sozialdaten des Bundesarztregisters/KBV-Daten ist als relevant einzuordnen, denn das SMI-GP-Team hätte vermutlich auf keine andere Art und Weise in diesem Umfang Daten erhalten können. Zudem war dadurch ein Abgleich mit der Grundgesamtheit 48.131 Hausärzte und der Zufallsstichprobe von 1.000 Hausärzten möglich, dieser Abgleich untermauert, dass von einem repräsentativen Teilnehmerkollektiv ausgegangen werden kann. Letztendlich kann jedoch nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob tatsächlich der ausgewählte Hausarzt der Stichprobe den Fragebogen ausgefüllt hat oder ein Kollege oder weiteres medizinisches Personal wie z. B. die medizinische Fachangestellte. Aufgrund des vorliegenden Datensatzes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfolgte eine Plausibilitätsprüfung bezüglich der Merkmale Alter und Geschlecht. Dabei wurden das Alter und Geschlecht aus der Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem angegebenen Geschlecht und der angegebenen Alterskategorie im Fragebogen abgeglichen. Aufgrund dessen sind 18 Fälle ausgeschlossen wurden: Entweder stimmte das Alter oder das Geschlecht oder Alter und Geschlecht aus der KBV-Datenbank nicht überein oder es fehlten entsprechende Angaben. Jedoch lassen sich durch dieses Verfahren nicht die antwortenden Kollegen ausschließen, die der gleichen Altersgruppierung angehören.

Bezüglich der Objektivität erfolgten mehrfach verschiedene Schritte zur Datenbearbeitung, zur Plausibilitätsprüfung und Bereinigung des Rohdatensatzes. Alle Vorgehensweisen wurden versucht möglichst ausführlich darzustellen. Die Dateneingabe erfolgte verblindet in SPSS(b); die Person, die die Dateneingabe durchführte, kannte die Forschungsfragen nicht.

Bezüglich der Auswertungsobjektivität wurde die Herkunft der Daten und das genaue Vorgehen zur Auswertung beschrieben, wie z. B. das imputationsbasierte Verfahren. Es ist kein Standardmessinstrument verwendet worden, weil für die Fragestellung kein Instrument vorlag. Das entwickelte Instrument ist für die Forschungsfrage konzipiert worden. Für die Konzeption des Fragebogens wurden verschiedene Regeln und kognitionspsychologische Grundlagen der Fragebogenkonstruktion berücksichtigt. Es wurden u. a. zehn Fragebogenvariationen à 100 auf Basis von Zufallszahlen erstellt, bei denen die Positionen der Items innerhalb der Item-Blöcke zufällig variierten. Dadurch sollten Kontexteffekte kontrolliert werden. In der Tabelle C7 wird für jedes konstruierte Item aufgezeigt, aus welchem Zitat des qualitativen Materials es abgeleitet worden ist und welchem Konstrukt nach Ajzen (1991) es zugeordnet wurde. Die Inhaltsvalidität wurde durch das mehrschrittige Vorgehen mit Einbezug der Zielgruppe (Hausärzte) und einer Literaturrecherche zu einzelnen bestehenden Items zu erreichen versucht. Ob dies tatsächlich gelungen ist, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden.

Durch die vielfältigen rücklaufsteigernden Maßnahmen und verbundenen Deckeneffekte ist nicht herauszufiltern, welche Maßnahme im Einzelnen am wirkungsvollsten war. Es sind lediglich Mutmaßungen möglich. Resultierend ist zu sagen, dass die extrahierten Maßnahmen u. a. von Dillman (2000), die Maßnahmen von Edwards et al. (2009) mit leichten Modifizierungen für die Hausarztpraxis zur Rücklaufsteigerung Wirkung zeigte. Für die quantitative Erhebung lag die anvisierte Responserate bei $\geq 30\%$, die tatsächliche Rücklaufquote lag bei 65,3 % und war somit doppelt so hoch wie vorgesehen. Aufgrund der Rücklaufquote hat SMI-GP-Team beschlossen, nur Fragebögen einzuschließen, welche

eine Vollständigkeit von $\geq 90\%$ aufweisen, somit wurden 1,9 % der zurückgesendeten achtseitigen Fragebögen nicht für die Analysen berücksichtigt.

Für eine Teilstichprobe wurde eine zusätzliche Untersuchung durchgeführt, indem die persönliche Kontaktaufnahme und die Incentive-Art für das Teilnehmerkollektiv der Hausärzte untersucht worden ist. Die telefonische Ankündigung zeigt einen sehr kleinen Effekt auf die Rücklaufquote (Cohen's $d = 0,22$; Odds Ratio $OR = 1,5$ (0,9–2,4); $p = 0,09$). Die Incentive-Art – symbolische Gummibärchen oder ein Drogerie-Gutschein (Wert 10 Euro) – hat keinen Effekt ($d = 0,07$; $OR = 1,1$ (0,7–1,8); $p = 0,592$). Die Interaktion aus telefonischer Ankündigung und Incentive-Art zeigt einen kleinen Effekt ($d = 0,29$; $OR = 1,7$ (0,9–3,0); $p = 0,059$). Für eine statistisch robuste Absicherung der genannten (sehr) kleinen Effekte ist die Stichprobengröße zu gering. Die Stichprobengröße wurde für mittlere Effekte und 80 % Power berechnet. Dabei wurde von Rücklaufquoten von 10–30 % ausgegangen. Durch die extrem hohe Rücklaufquote haben sich die Relationen verschoben.

Die Item-Response-Rate von über 90 % spricht ebenfalls dafür, dass Layout und die angewendeten Designmethoden Wirkung zeigten. Die von Hong et al. (2018) beschriebenen Outcome-Daten von mindestens 80 und die akzeptable Rücklaufquote von 60 % oder mehr für die quantitativen Studienteile sind hier erreicht worden % (siehe Anlage D4 und D5). Was und wie übernommen werden kann, sollte für jedes Forschungsvorhaben immer abgewogen werden, denn für diese Studie war der zeitliche Aufwand sehr hoch.

11.3 Limitationen der quantitativen Teilstudie

Limitationen liegen vor, indem der vorherige geplante Schritt des zweiten Pretests nicht durchgeführt werden konnte. Es war geplant, dass 100 Hausärzte den vorläufigen Fragebogen schriftlich erhalten sollten, um Konstruktionsfehler und Antwortmuster zu identifizieren. Hier wurde der erste Pretest in Form der kognitiven Interviews priorisiert. Um feinere Konstruktionsfehler des entwickelten Fragebogens aufzudecken, wäre jedoch der „zweite Pretest“ bedeutsam gewesen. Beispielsweise zeigte sich, dass mehrere Hausärzte mehrere Antwortoptionen ankreuzten, obwohl nur ein Kreuz gewünscht war.

Es erfolgten mehrfache Plausibilitätsprüfungen, jedoch keine vollständige zweite Eingabe der SPSS(b)-Dateien. Erfolgten mehrere Kreuze, obwohl nur ein Kreuz erlaubt war, so wurde dies im SPSS(b)-Datensatz mit -88 („mehrere Kreuze“) codiert. Hier zeichnete sich klar ab, dass die meisten Mehrfachkreuze bei Item 7 „Wie greifen Sie üblicherweise das Thema Gedächtnis mit Ihren Patienten auf“ erfolgten. Dies deutet darauf hin, dass dieses Item nicht klar und eindeutig konstruiert worden ist oder nicht passend formuliert war, weil eventuell das Vorgehen sehr stark (je nach Patient) variiert.

Zudem riefen Ärzte an oder schrieben eine E-Mail, welche bereits in Pension sind. Dies war, weil die erhaltenen Sozialdaten des Bundesarztregisters/KBV sich aufgrund der gesetzlichen Beantragung auf eine

Datenermittlung vom 30.06.2017 beziehen. Dies hätten wir im Anschreiben und Fragebogen berücksichtigen sollen, indem eine klare Instruktion gegeben wird, ob die Hausärzte trotzdem teilnehmen sollen oder nicht, und im Fragebogen hätte die Antwortoption „in Rente“ berücksichtigt werden sollen.

12 Abzuleitende Handlungsbedarfe

Ziel laut Forschungsantrag war, eine Responserate von 30 % zu erreichen. Begründet darin, dass die Rücklaufquote bei 65,3 % lag und somit doppelt so hoch wie geplant ausgefallen ist, lagen auch doppelt so viele Daten zur Eingabe und Cleaning vor. Das Studienteam hat der Qualität der Dateneingabe, der Plausibilitätsprüfung und der Aufbereitung der Rohdaten Priorität eingeräumt. Durch umfangreiche Plausibilitätsprüfungen und Datenaufbereitungen konnten somit die geplanten Analysen aus dem Projekt nicht wie geplant im vollen Umfang durchgeführt werden. Deshalb könnten in einer eventuellen Folgestudie zukünftig noch multivariate Analysen durch die Typenbildung auf Hausarzt Ebene erfolgen, wie die Clusteranalyse mit Faktorwerten (Bortz und Döring, 2006; Brosius, 2014; Budischewski und Kriens, 2015). Somit können noch differenziertere Befunde zur Erklärung von Zusammenhängen von zwei und mehreren Variablen dargestellt werden. In einer Folgestudie wäre an dieser Stelle eine „dritte Integration“ denkbar, indem die Ergebnisse der Faktorenanalyse in einer Codiermatrix mit den Befunden des qualitativen Interviews gegenübergestellt werden. Dadurch könnten die Übereinstimmungen und Abweichungen zwischen der qualitativen und quantitativen Studie differenzierter aufgezeigt werden.

Aus dem umfangreichen qualitativen Material ließ sich eine Fülle von Items zum Thema kognitive Tests bei Gedächtnisproblemen und deren Bedeutung extrahieren. Das Studienteam hatte hierfür auf zwei Seiten bereits Items zum Thema kognitive Tests konstruiert. Aufgrund der Zumutbarkeit der Länge von schriftlichen Befragungen (Paier, 2010) wurde das Thema Tests herausgenommen und nur vereinzelt im angemessenen Verhältnis zu den anderen Themen proportional dargestellt. Es ist unklar, in welcher Art und Weise die kognitiven Tests bezüglich der Gütekriterien in der Hausarztpraxis durchgeführt werden. In den Interviews wurde Unsicherheiten bei der Testdurchführung offenbart. Aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen Tatsache, dass die Anzahl der Demenzerkrankungen zukünftig steigen wird, der veränderten Gebührenordnung (Schulz et al., 2017) und der untermauernden Zahl in der quantitativen Analyse (80,9 % bieten einen Gedächtnistest an) wäre eine denkbare Möglichkeit, zukünftig in einer Studie die Qualität der Testdurchführung zu eruieren.

Die quantitative Analyse zeigt, dass sich 46,4 % der 596 eingeschlossenen Hausärzte (Fall I) eine schriftliche Handlungsempfehlung wünschen. Dieser Befund deckt sich mit der Aussage, dass sich 47,3 % der Hausärzte sich ein Instrument zur Unterscheidung wünschen, ob Patienten sich nur Sorgen ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben, und mit 46,8 % wünschen sich die Befragten ein Instrument zur strukturierten Dokumentation und Verlaufsmessung der berichteten Gedächtnisprobleme. Diese Befunde passen auch zur klaren Einordnung, dass die Hausärzte ihre Rolle als Vermittler und Begleiter sehen und das Thema gerne in der hausärztlichen Hand haben. Trotzdem gaben 68,6 % der Hausärzte an, dass sie den Patienten eine Überweisung zum Neurologen/Psychiater anbieten. Hier könnte die in den qualitativen Interviews extrahierte Unsicherheit bezüglich der Differenzierung und das Absichern eine Rolle spielen.

Denkbar wäre zukünftig, einen ganztägigen Workshop mit Hausärzten im Sinne einer Konsenskonferenz durchzuführen mit dem Ziel, Handlungsempfehlungen und Strategien für die hausärztliche Praxis bei SMI zu entwickeln. Durch die partizipative Einbindung der hausärztlichen Akteure können passgenaue Empfehlungen entwickelt werden, die wahrscheinlich eine Chance haben, im Praxisalltag angewendet zu werden. Das Institut für Allgemeinmedizin könnte möglicherweise hierfür den Rahmen liefern und somit auch weiter die Allgemeinmedizin (ifam) zum Thema in der Forschung einbringen, weil SMI bislang nur aus der spezialistischen Sicht (Neurologen/Psychiater) betrachtet worden ist. Zwar ist davon auszugehen, dass bei dieser Konsenskonferenz eher nach Wangler et al. (2018b) die klassifizierten „kreativen Autonomen und die integrativen Hausarzttypen“ teilnehmen, aber gerade diese Typen wären hierfür eher gefragt. Bei dieser Konsenskonferenz könnten Ideen für Handlungsempfehlungen und Assessments entwickelt werden, welche die Selbstwirksamkeit des Hausarztes unterstützen.

Denkbar wäre, den Hausärzten die Ergebnisse der qualitativen Analyse zu präsentieren. Ergänzend könnten ihnen die Teilergebnisse der quantitativen Analyse dieser Dissertation und die Ergebnisse der weiteren Studie „Tests for memory impairment in general practice (TMI-GP)“ zum Thema kognitive Tests präsentiert werden. Zudem wäre eine Ergebnispräsentation in Form von Knowledge Mappings möglich, die eine geeignete Methode zur Ergebnispräsentation von qualitativen Interviews und der Evaluationsforschung darstellen (Pelz et al., 2004). Anhand dieser Materialien könnten dann durch gemeinsame Diskussionen von Experten im Konsens Lösungsideen entwickelt werden, woraus das ifam dann Handlungsempfehlungen verschriftlichen könnte. Denn die quantitative Analyse zeigt, dass Hausärzte sich in über 90 % als fachlich kompetenten Ansprechpartner bei Thema SMI wahrnehmen, primär in einer begleitenden Rolle (90,1 %), was sich in der qualitativen Analyse ebenfalls zeigte. Patienten sehen den Hausarzt als ersten Ansprechpartner bei Gedächtnisstörungen sowie einer Demenz (Giezendanner et al., 2019; Harmand et al., 2017).

13 Schlussfolgerungen

Der vorliegenden Dissertation und damit verbundenen Studie „Subjective Memory Impairment in elderly primary care patients: conceptions and approaches of General Practitioners“ (SMI-GP) liegt ein mehrstufiges Vorgehen zugrunde (narrative Interviews, Fokusgruppendiskussionen, kognitive Interviews, Maßnahmen zur Rücklaufsteigerung, schriftliche postalische Befragung). In allen Studienphasen wurde die Expertise der Zielgruppe (Hausärzte) zur Inhaltsvalidität genutzt, diese mit der wissenschaftlichen Expertise verknüpft und wieder an die Zielgruppe rückgekoppelt.

Bislang war die Forschung zum Thema subjektive Gedächtnisstörungen von der spezialistischen Sicht geprägt. Die Forschung fand international ohne Beteiligung der hausärztlichen Perspektive statt; dabei gilt der Hausarzt als erster Ansprechpartner bei Gedächtnisproblemen (Luck et al., 2010; Luck et al., 2012; Phillipson et al., 2015; Werner, 2003.) Bislang war unklar, ob Hausärzte an den subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisstörungen interessiert sind, was sie darüber denken, ob und wie sie auf Klagen der Patienten reagieren (<http://www.uniklinik-duesseldorf.de>). Resultierend kann gesagt werden, dass Hausärzte sich als richtigen Ansprechpartner zum Thema wahrnehmen und sie empfinden, dass die Versorgung von Menschen mit subjektiven Gedächtnisstörungen (auch) in hausärztliche Hand gehört. In der schriftlichen Befragung gaben 90 % an, dass sie sich als richtige Ansprechpartner empfinden, allerdings eher in einer begleitenden (90,1 %) und einer vermittelnden Rolle (89,1 %). Es konnten durch den qualitativen und quantitativen Forschungsansatz das Vorgehen und die vielfältigen Denkweisen zum Thema SMI eruiert und verstanden werden.

Durch den qualitativen Forschungsansatz konnte erstmalig explorativ das Themenfeld erschlossen werden. Durch die qualitativen Interviews konnten insbesondere Handlungsintentionen und deren Wechselwirkung zum Thema Gedächtnisstörungen erstmalig eruiert und in ihren Sinnstrukturen verstanden werden.

Aus den qualitativen Analysen ließ sich u. a. extrahieren, dass für manche Hausärzte SMI alleine eher keine diagnostische oder prognostische Relevanz hat, sondern erst wenn Angehörige oder der Hausarzt kognitive Defizite wahrnimmt. Ein kleiner Teil der Hausärzte nimmt SMI als nicht greifbare Vorstufe zu Demenz wahr und für manche Hausärzte haben Gedächtnisstörungen erst eine Relevanz, wenn die Activities of Daily Living (ADLs) eingeschränkt sind und es einer Handlungskonsequenz bedarf, beispielsweise das Einleiten des Pflegegrads, oder wenn eine Fremdgefährdung besteht. In den qualitativen Interviews wurde eine Fülle von hausärztlichen Strategien bei SMI beschrieben. Trotzdem ist ein Teil der Hausärzte unsicher bezüglich der angewendeten Strategien, weil es für sie kein klares Konzept bei subjektiven Gedächtnisstörungen gibt. Deshalb wünscht sich ein großer Teil der Hausärzte ein Konzept für die hausärztliche Praxis bei SMI. Dieses Konzept soll konkrete aktive Strategien und Handlungsempfehlungen mit einem Algorithmus zum Vorgehen aufzeigen, integriert mit einem einfachen praktikablen Tool/Test für die Hausarztpraxis.

Auf einer emotionalen Ebene spielt die hausärztliche Angst eine Rolle, lange bekannte Patienten durch das Thematisieren möglicher Gedächtnisprobleme zu kränken oder gar zu verlieren, weil damit ein Demenz-Stigma verbunden werden könnte (Leucht und Pentzek, 2018). Die „besondere Arzt-Patienten-Beziehung“ in der Hausarztpraxis und das Gefühl des „fehlenden Konzepts“ scheint phänomenologisch mit den Themen Überweisung und der Anwendung von kognitiven Tests in Wechselwirkung zu stehen. Die Hausärzte argumentierten, dass kognitive Tests nicht nur zur Objektivierung von subjektiven Gedächtnisstörungen angewendet werden, sondern auch zur Beruhigung besorgter Patienten durchgeführt werden, mit der Erklärung und um diesen Patienten „überhaupt etwas anbieten zu können“. Jedoch ist ein großer Teil der Hausärzte nicht von der Validität der zur Verfügung stehenden Tests bei leichten kognitiven Defiziten überzeugt.

Für die qualitative Auswertung wurde versucht, das Prinzip der Explikation anzuwenden, indem das verfahrenstechnische Vorgehen kleinschrittig gemäß den Empfehlungen der qualitativen Forschung (Lamnek, 2010) detailliert beschrieben wurde. Ergänzt wurden die Beschreibungen durch Grafiken, die die Kernaspekte zur visuellen Anschauung darstellen. Zur Explikation und Inter- und Intracoder-Reliabilität wurde die Auswertung in sieben Schritten in Anlehnung an Kuckartz untergliedert und den Forschungszielen dieser SMI-GP-Studie entsprechend modifiziert.

Diese Dissertation zeigt Möglichkeiten auf, wie verschiedene Forschungsmethoden und Ansätze zu einem Gesamtbild zusammengeführt werden können. Sie zeigt einen Versuch auf, wie die Integration und die Explikation innerhalb eines Bezugsrahmens erfolgen kann. Zudem beschreibt sie die inhaltliche Ausgestaltung zum Level Mixing. Die Integration stellte eine Herausforderung dar, weil dafür keine Werkzeuge zur Verfügung stehen (Burzan, 2016) und es keine klare standardisierte Vorgehensweise zur Überführung in einen Fragebogen gibt. Eine große Herausforderung in der SMI-GP-Studie war die Transformation qualitativer Daten in quantitativen Daten, aufgrund der beschriebenen Übersetzungsprobleme. Die Studie zeigt, wie wichtig die Verzahnung mit der Zielgruppe ist. Durch die stetige Verknüpfung und Rücküberprüfung des Bezugsrahmens mit den selbst definierten Regeln wurde versucht, diese Problematik zu verhindern. Das Studienteam verzahnte die Ergebnisse der kognitiven Interviews mit dem Bezugsrahmen. Der Bezugsrahmen basierte u. a. auf den qualitativen Interviews und verschiedenen wissenschaftlichen Regeln und Theorien. Zur Entscheidungsfindung wurde der Bezugsrahmen immer einbezogen. Unter anderem wurden die Regeln von Porst für die Item-Formulierung angewendet und immer geprüft, ob die Aussagen noch den Sinnstrukturen der Interviews entsprechen. Resultierend kann gesagt werden, dass für die Forschungsfragen und Forschungsziele versucht worden ist, einen anwendungsorientierten Fragebogen für die Zielgruppe zu konzipieren. Somit war erst eine schriftliche Fragebogenversendung (quantitative Erhebung) an 1.000 Hausärzte bundesweit möglich.

Durch die bundesweite Befragung mit einer Rücklaufquote von 65,3 % Prozent konnten erstmalig zum Thema bundesweit Verallgemeinerungen dargestellt werden. Aufgrund der angewendeten Sampling-

Strategien und des Abgleichs mit der Grundgesamtheit kann von einer repräsentativen Befragung aus gegangen werden. Durch die vielfältige Anwendung der rücklaufsteigernden Maßnahmen war die Rücklaufquote doppelt so hoch, wie im Forschungsantrag zuvor geplant war.

Im Durchschnitt geben die Hausärzte an, dass pro Quartal 3–5 ältere Patienten erstmalig von Gedächtnisproblemen berichten. Konzeptionell sehen über $\frac{3}{4}$ der Hausärzte die berichteten Gedächtnisstörungen als Anzeichen von Stress, Depression, normaler Altersvergesslichkeit, Demenzangst. Über die Hälfte der Hausärzte sieht in SMI (auch) die Anzeichen einer Demenz(-vorstufe). 47 % der Befragten der quantitativen Erhebung wünschen sich ein Instrument, mit dem herausgefunden werden kann, ob Patienten sich nur Sorgen um ihr Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben. Eine ähnliche Tendenz zeigte sich bei dem Wunsch, ein Instrument zur strukturierten Dokumentation und Verlaufsmessung zu haben. Eine schriftliche Handlungsempfehlung wünschten sich 56,4 %; dagegen äußerten 27 %, dass sie keine schriftliche Handlungsempfehlung benötigen. 89,2 % der befragten Hausärzte der quantitativen Studie bieten bei Gedächtnisstörungen eine Überweisung zum Neurologen/Psychiater an, 52,8 % eine bildgebende Diagnostik. 80,9 % bieten einen Gedächtnistest an. Bei Gedächtnisstörungen nehmen Hausärzte wahr, dass die Patienten diagnostische Maßnahmen (82,7 %) und therapeutische Empfehlungen (89,8 %) von ihnen erwarten, was Druck ausübt (73,5 %). 89,2 % der befragten Hausärzte der quantitativen Studie bieten bei Gedächtnisstörungen eine Überweisung zum Neurologen/Psychiater an, 52,8 % eine bildgebende Diagnostik. 80,9 % bieten einen Gedächtnistest an. Bei Gedächtnisstörungen nehmen Hausärzte wahr, dass die Patienten diagnostische Maßnahmen (82,7 %) und therapeutische Empfehlungen (89,8 %) von ihnen erwarten, was Druck ausübt (73,5 %).

Aus Forschungsansätzen, dem qualitativen und quantitativen Ansatz, lässt sich resultierend extrahieren, dass die gefundenen Einstellungen sich teils deutlich von den spezialistischen Konzepten unterscheiden, und die hier dargestellten Befunde dieser Arbeit zeigen die spezifische hausärztliche Perspektive und Arbeitsweise auf. Oft sehen Hausärzte psychosoziale Ursachen oder die beschriebene Demenzangst für berichtete Gedächtnisprobleme.

Resultierend ist zu sagen, dass SMI bei vielen Hausärzten starke Handlungsimpulse auslöst. Ein wichtiger Befund ist, dass SMI augenscheinlich vielfach zu Überweisungen und weiterer Diagnostik innerhalb und außerhalb der Hausarztpraxis führt.

Zukünftige Implikationen könnten sein, Handlungshilfen/Konzepte für SMI zu entwickeln und das Thema weiter für die Hausarztpraxis zu untersuchen.

Resümierend kann gesagt werden, dass in der vorliegenden Arbeit das Thema erstmalig explorativ dargestellt und somit eine Lücke in der Versorgungsforschung geschlossen werden konnte. Des Weiteren wird eine Möglichkeit zur sequenziellen Integration dargestellt und gezeigt, wie die Rücklaufquote durch verschiedene Strategien gesteigert werden kann.

14 Literaturverzeichnis`

- Abdulrab, K. and Heun, R. (2008) ‘Subjective Memory Impairment. A review of its definitions indicates the need for a comprehensive set of standardised and validated criteria’, *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, vol. 23, no. 5, pp. 321–330.
- Ajzen, I. (1991) ‘The theory of planned behavior’, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, no. 2, pp. 179–211.
- Amariglio, R. E., Townsend, M. K., Grodstein, F., Sperling, R. A. and Rentz, D. M. (2011) ‘Specific subjective memory complaints in older persons may indicate poor cognitive function’, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 59, no. 9, pp. 1612–1617.
- Archibald, M. M. (2016) ‘Investigator Triangulation’, *Journal of Mixed Methods Research*, vol. 10, no. 3, pp. 228–250.
- American Association for Public Opinion Research - Rücklauf gemäß den Standards der American Association for Public Opinion Research)- [Online]. Available at https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf and [https://www.aapor.org/Standards-Ethics/Standard-Definitions-\(1\).aspx](https://www.aapor.org/Standards-Ethics/Standard-Definitions-(1).aspx) (Accessed 13 April 2020)
- Baloch, S., Moss, S. B., Nair, R. and Tingle, L. (2010) ‘Practice patterns in the evaluation and management of dementia by primary care residents, primary care physicians, and geriatricians’, *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, vol. 23, no. 2, pp. 121–125.
- Barclay, S., Todd, C., Finlay, I., Grande, G. and Wyatt, P. (2002) ‘Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs’, *Family practice*, vol. 19, no. 1, pp. 105–111.
- Baur, N., Kelle, U. and Kuckartz, U., eds. (2017) *Mixed methods* [Online], Wiesbaden, Springer VS. Available at <http://www.springer.com/>.
- BBSR Homepage - Forschungsfelder - Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzungen [Online]*. Available at <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html?nn=430172> (Accessed 6 January 2020).
- Begum, A., Morgan, C., Chiu, C.-C., Tylee, A. and Stewart, R. (2012) ‘Subjective memory impairment in older adults: aetiology, salience and help seeking’, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 27, no. 6, pp. 612–620.
- Bennett, C., Khangura, S., Brehaut, J. C., Graham, I. D., Moher, D., Potter, B. K. and Grimshaw, J. M. (2010) ‘Reporting guidelines for survey research: an analysis of published guidance and reporting practices’, *PLoS medicine*, vol. 8, no. 8, e1001069.
- Bleidorn, J., Voigt, I., Wrede, J., Dierks, M.-L. and Junius-Walker, U. (2012) ‘Anrufen ohne Ende? Über das Gewinnen hausärztlicher Praxen für ein Versorgungsforschungsprojekt: Keeping the Wire Hot with Calls? Recruiting Family Practices for a Health Care Research Project’, *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 88, no. 2, pp. 61-68

- Boespflug, E. L., McNamara, R. K., Eliassen, J. C., Schidler, M. D. and Krikorian, R. (2015) *Fish oil supplementation increases event-related posterior cingulate activation in older adults with subjective memory impairment: Fish oil supplementation increases event-related posterior cingulate activation in older adults with subjective memory impairment* [Online], Springer. Available at <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12603-015-0609-6> (Accessed 23 March 2020).
- Bower, P., Wallace, P., Ward, E., Graffy, J., Miller, J., Delaney, B. and Kinmonth, A. L. (2009) ‘Improving recruitment to health research in primary care’, *Family practice*, vol. 26, no. 5, pp. 391–397.
- Brazil, K., Carter, G., Galway, K., Watson, M. and van der Steen, J. T. (2015) ‘General practitioners perceptions on advance care planning for patients living with dementia’, *BMC Palliat Care*, vol. 14, p. 14.
- Brosius, F. (2014) *SPSS 22 für Dummies: Statistische Analyse statt Datenchaos; auf einen Blick: SPSS 22 kennenlernen und professionell anwenden; Daten clever analysieren und so fundierte Entscheidungen ermöglichen; Ergebnisse anschaulich und überzeugend darstellen; Datenexport in andere Programme optimieren*, Weinheim, Wiley-VCH.
- Budischewski, K. and Kriens, K. (2015) *SPSS für Einsteiger: Einführung in die Statistiksoftware für die Psychologie*, Weinheim, Beltz.
- Burns, K. E. A., Duffett, M., Kho, M. E., Meade, M. O., Adhikari, N. K. J., Sinuff, T. and Cook, D. J. (2008a) ‘A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians’, *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 179, no. 3, pp. 245–252.
- Burzan, N. (2016) *Methodenplurale Forschung: Chancen und Probleme von Mixed Methods*, Weinheim, Basel, Beltz Juventa.
- Cahill, S., Clark, M., Walsh, C., O’Connell, H. and Lawlor, B. (2006) ‘Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners’, *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 21, no. 4, pp. 319–324.
- Gratton, C. und Jones, I (2004) ‘Rücklaufquote’, in Döring, N. and Bortz, J. (2016) (eds) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*, 5th edn, Berlin, Heidelberg, Springer, p. 414.
- Creamer, E. G. (2018) *An introduction to fully integrated mixed methods research*, Los Angeles, SAGE.
- Creswell, J. W. (2015) *A concise introduction to mixed methods research*, Los Angeles, SAGE.
- Creswell, J. W. and Creswell, J. D. (2018) *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, Los Angeles, London, New Delhi, SAGE.
- Creswell, J. W. and Plano Clark, V. L. (2018) *Designing and conducting mixed methods research*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne, SAGE.

- Creswell, J. W. and Zhang, W. (2009) 'The application of mixed methods designs to trauma research', *Journal of traumatic stress*, vol. 22, no. 6, pp. 612–621.
- Creswell, J. W., Fetters, M. D. and Ivankova, N. V. (2004) 'Designing a mixed methods study in primary care', *Annals of family medicine*, vol. 2, no. 1, pp. 7–12.
- Croisile, B. and Rothoft, J. M. (2004) Memory complaints in general practitioners: presentation and management. *RevueGeriatr* 29, pp. 179–188.
- DEGAM Homepage - DEGAM Abstracts 2018- [Online]. Available at https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Kongresse_und_Veranstaltungen/Fruehere%20Kongresse/2017_Degam%20abstract_booklet.pdf (Accessed 2 January 2020).
- DEGAM Leitlinie Nr. 12: Demenz. 2008. [Online]. Available at http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf. (Accessed 5 January 2019).
- DeMaio, T. J. and Landreth, A. (2004) 'Do Different Cognitive Interview Techniques Produce Different Results?', in Presser, S., Rothgeb, J. M., Couper, M. P., Lessler, J. T., Martin, E., Martin, J., Singer, E., Groves, R. M., Kalton, G., Rao, J.N.K., Schwarz, N. and Skinner, C. (eds) *Methods for Testing and Evaluating Survey Questionnaires*, Hoboken, NJ, USA, John Wiley & Sons, Inc, pp. 89–108.
- Denzin, N. K. (2010) 'Moments, Mixed Methods, and Paradigm Dialogs', *Qualitative Inquiry*, vol. 16, no. 6, pp. 419–427.
- Desai, A. and Schwarz, L. (2011) *Subjective Cognitive Impairment: When to Be Concerned about 'Senior Moments': Thorough Evaluation Can Differentiate Benign Memory Problems from Dementia*, 10th edn, Cambridge, Current Psychiatry.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D. and Christian, L. M. (2014) *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method*, 4th edn, Hoboken, NJ, Wiley.
- Dillman, D. A. (2000) *Mail and internet surveys: The tailored design method*, 2nd edn, New York, NY, Wiley.
- Dillman, D.A. (1978): Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method. New York, NY, Wiley.
- Döring, N. and Bortz, J. (2016) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*, 5th edn, Berlin, Heidelberg, Springer.
- Dresing, T. and Pehl, T., eds. (2017) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*, 7th edn, Marburg, Eigenverlag.
- Edwards, R., Voss, S. E. and Iliffe, S. (2015) 'The development and evaluation of an educational intervention for primary care promoting person-centred responses to dementia', *Dementia (London)*, vol. 14, no. 4, pp. 468–482.
- Flick, U. (2012) *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* [Online], 5th edn, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Taschenbuch-Verl.

- Flick, U. (2019) 'Gütekriterien qualitativer Sozialforschung', in Baur, N. and Blasius, J. (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2nd edn, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, pp. 473–488.
- Flick, U., Kardorff, E. v. and Keupp, H. (1995) *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, 2nd edn, Weinheim, Beltz.
- Flick, U., Kardorff, E. v. and Steinke, I., eds. (2017) *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, 12th edn, Reinbek bei Hamburg, rowohlt enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fromm, S. and Baur, N. (2008) *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene: Ein Arbeitsbuch*, 2nd edn, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Gehlbach, H. and Artino, A. R. (2018) 'The Survey Checklist (Manifesto)', Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, vol. 93, no. 3, pp. 360–366.
- Giezendanner, S., Monsch, A. U., Kressig, R. W., Mueller, Y., Streit, S., Essig, S., Zeller, A. and Bally, K. (2019) 'General practitioners' attitudes towards early diagnosis of dementia: a cross-sectional survey', BMC Fam Pract, vol. 20, no. 1, p. 65.
- Gläser, J. and Laudel, G. (2009) Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, 3rd edn, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Graham, W. V., Bonito-Oliva, A. and Sakmar, T. P. (2017) 'Update on Alzheimer's Disease Therapy and Prevention Strategies', Annual review of medicine, vol. 68, pp. 413–430.
- Großmann, N., Schneider, A. and Linde, K. (2012) 'Publikation von Forschungsarbeiten durch die deutsche akademische Allgemeinmedizin von 2000 bis 2010', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol 88, pp. 345-354.
- Groves, R. M., Singer, E. and Corning, A. (2000) 'Leverage-saliency theory of survey participation: description and an illustration', *Public opinion quarterly*, vol. 64, no. 3, pp. 299–308.
- Guetterman, T. C., Fetters, M. D. and Creswell, J. W. (2015) 'Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays', *Annals of family medicine*, vol. 13, no. 6, pp. 554–561.
- Gulbrandsen, P., Fugelli, P. and Hjordahl, P. (1998) 'General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups', *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 16, no. 4, pp. 204–210.
- Güthlin, C., Beyer, M. and Erler, A. (2012) 'Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 88, no. 4, pp. 173-181
- Halcomb, E. and Hickman, L. (2015) 'Mixed methods research', *Nursing standard*, vol. 29, no. 32, pp. 41–47.

- Hanzevacki, M., Ozegovic, G., Simovic, I. and Bajic, Z. (2011) 'Proactive approach in detecting elderly subjects with cognitive decline in general practitioners' practices', *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, vol. 1, no. 1, pp. 93–102.
- Harmand, M. G.-C., Meillon, C., Rullier, L., Taddé, O. B., Pimouguet, C., Dartigues, J.-F., Bergua, V. and Amieva, H. (2018) 'Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study', *Aging & mental health*, vol. 22, no. 8, pp. 1040–1049.
- Helfferich, C. (2011) Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 4th edn, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M.-C., Vedel, I. and Pluye, P. (2018) 'The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers', *Education for Information*, vol. 34, no. 4, pp. 285–291.
- Iliffe, S. and Pealing, L. (2010) 'Subjective memory problems', *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 340, c1425.
- Iliffe, S. and Wilcock, J. (2005) 'The identification of barriers to the recognition of, and response to, dementia in primary care using a modified focus group approach', *Dementia (London)*, vol. 4, no. 1, pp. 73–85.
- Jessen, F. (2019) 'Früherkennung der Alzheimer-Krankheit und Ansätze der Prävention', *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, vol. 62, no. 3, pp. 255–260.
- Jessen, F., Amariglio, R. E., van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., Dubois, B., Dufouil, C., Ellis, K. A., van der Flier, W. M., Glodzik, L., van Harten, A. C., Leon, M. J. de, McHugh, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., Mosconi, L., Osorio, R. S., Perrotin, A., Petersen, R. C., Rabin, L. A., Rami, L., Reisberg, B., Rentz, D. M., Sachdev, P. S., La Sayette, V. de, Saykin, A. J., Scheltens, P., Shulman, M. B., Slavin, M. J., Sperling, R. A., Stewart, R., Uspenskaya, O., Vellas, B., Visser, P. J. and Wagner, M. (2014) 'A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in pre-clinical Alzheimer's disease', *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, vol. 10, no. 6, pp. 844–852.
- Jessen, F., Wiese, B., Bachmann, C., Eifflaender-Gorfer, S., Haller, F., Kölsch, H., Luck, T., Mösch, E., van den Bussche, H., Wagner, M., Wollny, A., Zimmermann, T., Pentzek, M., Riedel-Heller, S. G., Romberg, H.-P., Weyerer, S., Kaduszkiewicz, H., Maier, W. and Bickel, H. (2010) 'Prediction of dementia by subjective memory impairment: effects of severity and temporal association with cognitive impairment', *Archives of general psychiatry*, vol. 67, no. 4, pp. 414–422.
- Jessen, F., Wiese, B., Cvetanovska, G., Fuchs, A., Kaduszkiewicz, H., Kölsch, H., Luck, T., Mösch, E., Pentzek, M., Riedel-Heller, S. G., Werle, J., Weyerer, S., Zimmermann, T., Maier, W. and Bickel, H. (2007) 'Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance', *Psychological medicine*, vol. 37, no. 12, pp. 1753–1762.

- Jonker, C., Geerlings, M. I. and Schmand, B. (2000) 'Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 15, no. 11, pp. 983–991.
- Jorm, A. F., Butterworth, P., Anstey, K. J., Christensen, H., Easteal, S., Maller, J., Mather, K. A., Turakulov, R. I., Wen, W. and Sachdev, P. (2004) 'Memory complaints in a community sample aged 60–64 years: associations with cognitive functioning, psychiatric symptoms, medical conditions, APOE genotype, hippocampus and amygdala volumes, and white-matter hyperintensities', *Psychological medicine*, vol. 34, no. 8, pp. 1495–1506.
- Kaduszkiewicz, H., Eisele, M., Wiese, B., Prokein, J., Luppa, M., Luck, T., Jessen, F., Bickel, H., Mösch, E., Pentzek, M., Fuchs, A., Eifflaender-Gorfer, S., Weyerer, S., König, H.-H., Brettschneider, C., van den Bussche, H., Maier, W., Scherer, M. and Riedel-Heller, S. G. (2014) 'Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe study', *Annals of family medicine*, vol. 12, no. 2, pp. 158–165.
- Kaduszkiewicz, H., Rontgen, I., Mossakowski, K. and van den Bussche, H. (2009a [Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz: Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen?]) '[Stigma and taboo in dementia care - does continuing education for GPs and nurses contribute to destigmatisation]', *Z Gerontol Geriatr*, vol. 42, no. 2, pp. 155–162.
- Kaduszkiewicz, H., Wiese, B. and van den Bussche, H. (2007a [Die Versorgung Demenzkranker aus Sicht niedergelassener Haus- und Gebietsärzte – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.]) '[The management of dementia patients from the point of view of office-based general practitioners (GPs) and specialists – the results of an empirical investigation]', *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*, vol. 101, no. 1, pp. 15–20.
- Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Homepage -Suche nach Ärzten und Psychotherapeuten in Nordrhein- Available at <https://www.kvno.de/20patienten/10arztsuche> (Accessed 6 January 2019).
- Kaur, N., Vedel, I., El Sherif, R. and Pluye, P. (2019) 'Practical mixed methods strategies used to integrate qualitative and quantitative methods in community-based primary health care research', *Family practice*, vol. 36, no. 5, pp. 666–671.
- Kelle, U. (2008) *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung: Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte*, 2nd edn, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Kirchhoff, S. (2010) *Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*, 5th edn, Wiesbaden, VS-Verl.
- Krueger, R. A. (1994) *Focus groups: A practical guide for applied research*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications.
- Krueger, R. A. and Casey, M. A. (2006) *Focus groups: A practical guide for applied research*, 3rd edn, Thousand Oaks, Calif., Sage Publ.
- Kruse, J., Schmieder, C., Weber, K. M., Dresing, T. and Pehl, T. (2015) *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*, 2nd edn, Weinheim, Basel, Beltz Juventa.

- Kuckartz, U. (2010) *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*, 3rd edn, Wiesbaden, VS Verl. für Sozialwiss.
- Kuckartz, U. (2014) *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*, Wiesbaden, Springer VS.
- Kuckartz, U. (2018) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 4th edn, Weinheim, Basel, Beltz Juventa.
- Küsters, I. (2009) *Narrative Interviews: Grundlagen und Anwendungen*, 2nd edn, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Lamnek, S. and Krell, C. (2010) *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch [Online-Materialien]*, 5th edn, Weinheim, Beltz.
- Lamnek, S. and Krell, C. (2016) *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien*, 6th edn, Weinheim, Basel, Beltz.
- Larrabee, G. J. and Crook, T. H. (1994) ‘Estimated prevalence of age-associated memory impairment derived from standardized tests of memory function’, *Int Psychogeriatr*, vol. 6, no. 1, pp. 95–104.
- Lavelle, E., Vuk, J. and Barber, C. (2013) ‘Twelve tips for getting started using mixed methods in medical education research’, *Medical Teacher*, vol. 35, no. 4, pp. 272–276.
- Lenzner, T., Neuert, C. and Otto, W. (2015) ‘Kognitives Pretesting’. Mannheim, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines). DOI: 10.15465/sdm_sg_010.
- Leucht, V. and Pentzek, M. (2018) Subjektive Gedächtnisstörungen älterer Menschen in der Hausarztpraxis - Eine qualitative Teilstudie zu Konzepten und Umgangsstrategien von Hausärzten/innen. [abstract] 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Innsbruck. DOI: 10.3205/18degam094
- Leucht, V., Leve, V. and Pentzek, M. (2016) Subjektive Gedächtnisstörungen älterer Menschen in der Hausarztpraxis - Literaturübersicht und Studiendesign. [abstract] 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Frankfurt am Main., DOI: 10.3205/16degam160
- Linden, M., Horgas, A. L., Gilberg, R. and Steinhagen-Thiessen, E. (1997) ‘Predicting health care utilization in the very old. The role of physical health, mental health, attitudinal and social factors’, *Journal of aging and health*, vol. 9, no. 1, pp. 3–27.
- Luck, T., Luppa, M., Sieber, J., Schomerus, G., Werner, P., Konig, H. H. and Riedel-Heller, S. G. (2012) ‘Attitudes of the German general population toward early diagnosis of dementia – results of a representative telephone survey’, *PLoS One*, vol. 7, no. 11, e50792.
- Luck, T., Riedel-Heller, S. G., Luppa, M., Wiese, B., Wollny, A., Wagner, M., Bickel, H., Weyerer, S., Pentzek, M., Haller, F., Moesch, E., Werle, J., Eisele, M., Maier, W., van den Bussche, H. and Kaduszkiewicz, H. (2010) ‘Risk factors for incident mild cognitive impairment – results from the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)’, *Acta psychiatrica Scandinavica*, vol. 121, no. 4, pp. 260–272.

- Lüdders, L. (2017) *Qualitative Methoden und Methodenmix: Ein Handbuch für Studium und Berufspraxis*, Bremen, Apollon University Press.
- Maeck, L., Haak, S., Knoblauch, A. and Stoppe, G. (2008) 'Dementia diagnostics in primary care: a representative 8-year follow-up study in Lower Saxony, Germany', *Dement Geriatr Cogn Disord*, vol. 25, no. 2, pp. 127–134.
- Martin, S., Kelly, S., Khan, A., Cullum, S., Dening, T., Rait, G., Fox, C., Katona, C., Cosco, T., Brayne, C. and Lafortune, L. (2015) 'Attitudes and preferences towards screening for dementia: a systematic review of the literature', *BMC Geriatr*, vol. 15, p. 66.
- Mason, R. L., Annear, M. J., Lo, A., McInerney, F., Tierney, L. T. and Robinson, A. L. (2016) 'Development and preliminary psychometric properties of the General Practitioner Attitudes and Confidence Scale (GPACS-D) for dementia', *BMC Fam Pract*, vol. 17, p. 105.
- Mayer, H. O. (2013) *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung*, 6th edn, München, Oldenbourg.
- Mayring, P. (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12th edn, Weinheim, Beltz.
- McCarten, J. R. and Borson, S. (2014) 'Should family physicians routinely screen patients for cognitive impairment?: Yes: screening is the first step toward improving care', *Am Fam Physician*, vol. 89, no. 11, pp. 861–862.
- McIntosh, I. B., Swanson, V., Power, K. G. and Rae, C. A. (1999) 'General practitioners' and nurses' perceived roles, attitudes and stressors in the management of people with dementia', *Health Bull (Edinb)*, vol. 57, no. 1, pp. 35–43.
- Menold, N. (2015). Schriftlich-postalische Befragung. Mannheim, GESIS – Leibniz Institut für Sozi-alwissenschaften (SDM – Survey Guidelines). DOI: 10.15465/sdm-sg_018
- Messner, D. A., Moloney, R., Warriner, A. H., Wright, N. C., Foster, P. J. and Saag, K. G. (2016) 'Understanding practice-based research participation: The differing motivations of engaged vs. non-engaged clinicians in pragmatic clinical trials', *Contemporary clinical trials communications*, vol. 4, pp. 136–140.
- Michalowsky, B., Kostev, K., Hoffmann, W. and Bohlken, J. (2018) 'Indikatoren einer gestiegenen Demenzdiagnoserate in Hausarztpraxen', *Zeitschrift für Gerontologie und Geratrie*, vol. 51, no. 5, pp. 517–522.
- Mitchell, A. J. (2008) 'Is it time to separate subjective cognitive complaints from the diagnosis of mild cognitive impairment?', *Age and ageing*, vol. 37, no. 5, pp. 497–499.
- Moosbrugger, H. and Kelava, A. (2012) *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*, 2nd edn, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Morgan, D. (1997) *Focus Groups as Qualitative Research*, 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States of America, SAGE Publications, Inc.
- Morse, J. M. (1991) 'Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation', *Nursing research*, vol. 40, no. 2, pp. 120–123.

- Murphy, K., O'Connor, D. A., Browning, C. J., French, S. D., Michie, S., Francis, J. J., Russell, G. M., Workman, B., Flicker, L., Eccles, M. P. and Green, S. E. (2014) 'Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework', *Implement Sci*, vol. 9, p. 31.
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H. and Kivipelto, M. (2015) 'A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial', *The Lancet*, vol. 385, no. 9984, pp. 2255–2263.
- Niederberger, M. and Peter, L. (2018) 'Mixed-Methods-Studien in den Gesundheitswissenschaften. Ein kritischer Überblick', *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, vol. 133, pp. 9–23.
- O'Cathain, A., Murphy, E. and Nicholl, J. (2008) 'The quality of mixed methods studies in health services research', *Journal of health services research & policy*, vol. 13, no. 2, pp. 92–98.
- O'Cathain, A., Murphy, E. and Nicholl, J. (2010) 'Three techniques for integrating data in mixed methods studies', *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 341, c4587.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A. and Cook, D. A. (2014) 'Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations', *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, vol. 89, no. 9, pp. 1245–1251.
- Paier, D. (2010) *Quantitative Sozialforschung: Eine Einführung*, Wien, facultas.wuv.
- Pelz, C., Schmitt, A. and Meis, M. (2004) 'Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung'. [Online]. Available at <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/9317> (Accessed 18 March 2019).
- Pentzek, M., Fuchs, A., Wiese, B. and Abholz, H.-H. (2010) 'Welche Informationen nutzen Hausärzte zur Einschätzung des kognitiven Status älterer nicht dementer Patienten?', *Psychiatr Prax*, vol. 37, no. 8, pp. 377–383.
- Pentzek, M., Leve, V. and Leucht, V. (2017a) Subjektive Gedächtnisbeeinträchtigungen in der Hausarztpraxis: Kurzer Überblick und Design einer Mixed-methods-Studie. 'Subjective memory impairment in general practice: Short overview and design of a mixed methods study', *Z Gerontol Geriatr*, vol. 50, Suppl 2, pp. 48–54.
- Pentzek, M., Vollmar, H. C., Wilm, S. and Leve, V. (2017b) Putting dementia awareness into general practice: The CADIF approach. *Z Gerontol Geriatr*. 50 (Suppl 2), pp. 44–47.
- Pentzek, M., Wollny, A., Herber, O. R., Porst, R., Lcks, A., Abholz, H. H. and Wilm, S. (2012) Item construction in sequential mixed methods studies: Description of an approach. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 88, no. 12, pp. 520–527.

- Petrazzuoli, F., Vinker, S., Koskela, T. H., Frese, T., Buono, N., Soler, J. K., Ahrensberg, J., Asenova, R., Foguet Boreu, Q., Ceyhun Peker, G., Collins, C., Hanzevacki, M., Hoffmann, K., Iftode, C., Kurpas, D., Le Reste, J. Y., Lichtwarck, B., Petek, D., Pinto, D., Schrans, D., Streit, S., Tang, E. Y. H., Tatsioni, A., Torzsa, P., Unalan, P. C., van Marwijk, H. and Thulesius, H. (2017) 'Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries', *Int Psychogeriatr*, pp. 1–11.
- Phillipson, L., Magee, C., Jones, S., Reis, S. and Skladzien, E. (2015) 'Dementia attitudes and help-seeking intentions: an investigation of responses to two scenarios of an experience of the early signs of dementia', *Aging & mental health*, vol. 19, no. 11, pp. 968–977.
- Philpot, M. P. and Levy, R. (1987) 'A memory clinic for the early diagnosis of dementia', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 2, no. 3, pp. 195–200.
- Porst, R. (2014) *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch*, 4th edn, Wiesbaden, Springer VS.
- Porst, R. (2001) 'Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht' [Online], Mannheim, DEU and Mannheim. Available at <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/20141> (Accessed 23 March 2020).
- Porst, R. (2000) 'Question Wording –Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen' [Online], Mannheim, DEU and Mannheim. Available at https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to2rp.pdf (Accessed 10 March 2020).
- Porst, R., Ranft, S. and Ruoff, B. (1998). *Strategien und Maßnahmen zur Erhöhung der Ausschöpfungsquoten bei sozialwissenschaftlichen Umfragen. Ein Literaturbericht*. ZUMA-Arbeitsbericht 98 (07).
- Prüfer, P. and Rexroth, M. (2005) 'Kognitive Interviews', *ZUMA-How-to-Reihe. Nr 15* [Online]. Available at <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201470>. (Accessed 10 March 2019).
- Rabin, L. A., Smart, C. M., Crane, P. K., Amariglio, R. E., Berman, L. M., Boada, M., Buckley, R. F., Chételat, G., Dubois, B., Ellis, K. A., Gifford, K. A., Jefferson, A. L., Jessen, F., Katz, M. J., Lipton, R. B., Luck, T., Maruff, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., Naeem, F., Perrotin, A., Petersen, R. C., Rami, L., Reisberg, B., Rentz, D. M., Riedel-Heller, S. G., Risacher, S. L., Rodriguez, O., Sachdev, P. S., Saykin, A. J., Slavin, M. J., Snitz, B. E., Sperling, R. A., Tandetnik, C., van der Flier, W. M., Wagner, M., Wolfsgruber, S. and Sikkes, S. A.M. (2015) 'Subjective Cognitive Decline in Older Adults: An Overview of Self-Report Measures Used Across 19 International Research Studies', *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, vol. 48, 0 1, S63–86.
- Rädiker, S. and Kuckartz, U. (2019) *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Raihel, J. (2008) *Quantitative Forschung: Ein Praxiskurs*, 2nd edn, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Reichert, J. (2016a) *Qualitative und interpretative Sozialforschung: Eine Einladung*, Wiesbaden, Springer VS.

- Reid, L. M. and MacLullich, A. M. J. (2006) 'Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people', *Dement Geriatr Cogn Disord*, vol. 22, 5–6, pp. 471–485.
- Reporting guidelines | The EQUATOR Network* [Online]. Available at <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/> (Accessed 7 January 2020).
- Rink, D., ed. (2002) *Lebensstile und Nachhaltigkeit: Konzepte, Befunde und Potentiale*, Wiesbaden, s.l., VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ritchie, J. and Lewis, J., eds. (2014) *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*, 2nd edn, London, SAGE.
- Rosemann, T. and Szecsenyi, J. (2004) 'General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study', *BMC Family Practice*, vol. 5, p. 31.
- Schers, H., van den Hoogen, H., Bor, H., Grol, R. and van den Bosch, W. (2005) 'Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study', *Family practice*, vol. 22, no. 1, pp. 15–19.
- Schnell, R., Hill, P. B. and Esser, E. (2011) *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 9th edn, München, Oldenbourg.
- Scholl, A. (2009) *Die Befragung*, 2nd edn, Konstanz, UVK Verl.-Ges.
- Schulz, M., Goffrier, B., Stillfried, D. V. and Bätzing-Feigenbaum, J. (2017) *Entwicklung der vertragsärztlichen Leistungsdichte bei Diagnostik und Therapie der Demenz – Update 2010 bis 2014*.
- Sheng, C., Xia, M., Yu, H., Huang, Y., Lu, Y., Liu, F., He, Y. and Han, Y. (2017) 'Abnormal global functional network connectivity and its relationship to medial temporal atrophy in patients with amnestic mild cognitive impairment', *PloS one*, vol. 12, no. 6.
- Shih, T.-H. und Fan, X. (2008) 'Comparing Response Rates from Web and Mail Surveys: A Meta-Analysis', *Field Methods*, vol. 20, no. 3, pp. 249–271.
- Skribando [Online]. Available at <https://www.skribando.de/> (Accessed 12 January 2020).
- Stewart, R. (2012) 'Mild cognitive impairment – the continuing challenge of its "real-world" detection and diagnosis', *Archives of medical research*, vol. 43, no. 8, pp. 609–614.
- Stewart, T. V., Loskutova, N., Galliher, J. M., Warshaw, G. A., Coombs, L. J., Staton, E. W., Huff, J. M. and Pace, W. D. (2014) 'Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: a report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) national research network', *J Am Board Fam Med*, vol. 27, no. 2, pp. 275–283.
- Strack, F. and Martin, L. L. (1987) Priming, judging and communication: A process account of context effects in attitude surveys. In H.-J. Hippler, N. Schwarz & S. Sudman (eds.) *Social Information Processing and Survey Methodology* (pp. 123–148). New York: Springer.

- Strauss, A. L. and Hildenbrand, A. (ca. 2007) *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*, 2nd edn, München, Fink.
- Streams, M. E., Wackerbarth, S. B. and Maxwell, A. (2003) 'Diagnosis-seeking at subspecialty memory clinics: trigger events', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, no. 10, pp. 915–924.
- Stübner, S. and Kötter, H. U. (2003) Demenz und Depression. In H. Hampel, F. Padberg and H.-J. Möller (eds.) *Alzheimer-Demenz* (pp. 292–318). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Thibaut, J. W. and Kelley, H. H. (1959) *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Thorpe, C., Ryan, B., McLean, S. L., Burt, A., Stewart, M., Brown, J. B., Reid, G. J. and Harris, S. (2009) 'How to obtain excellent response rates when surveying physicians', *Family practice*, vol. 26, no. 1, pp. 65–68.
- Tourangeau, R. and Rasinski, K. A. (1988) 'Cognitive processes underlying context effects in attitude measurement', *Psychological Bulletin*, vol. 103, no. 3, pp. 299–314.
- Uniklinik Düsseldorf Homepage -uniklinik-duesseldorf Institut-für-allgemeinmedizin- Forschung [Online]. Available at <https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patientenbesucher/klinikeninstitutezentren/institut-fuer-allgemeinmedizin/forschung> (Accessed 6 January 2020).
- Veneziani, F., Panza, F., Solfrizzi, V., Capozzo, R., Barulli, M. R., Leo, A., Lozupone, M., Fontana, A., Arcuti, S., Copetti, M., Cardinali, V., Grasso, A., Tursi, M., Iurillo, A., Imbimbo, B. P., Seripa, D. and Logroscino, G. (2016) 'Examination of level of knowledge in Italian general practitioners attending an education session on diagnosis and management of the early stage of Alzheimer's disease: pass or fail?', *Int Psychogeriatr*, vol. 28, no. 7, pp. 1111–1124.
- Viehmann, A., Thielmann, A., Gesenhues, S. and Weltermann, B. M. (2014) 'Repräsentieren akademische Hausarztpraxen die hausärztliche Regelversorgung?: Do Academic Family Practices Reflect Routine Primary Care? A Methodological Approach', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 90, no. 9, pp. 354–359.
- Vollmar, H., Mand, P., Butzlaff, M. and Wilm, S. (2008a) 'DEGAM-Leitlinie Demenz – Teil 1: Diagnostik', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 84, no. 07, pp. 297–311
- Vollmar, H., Mand, P., Wilm, S. and Butzlaff, M. (2008b) 'DEGAM Leitlinie Demenz – Teil 2: Versorgung und Therapie', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 84, no. 09, pp. 404–417.
- Wagner, G. and Abholz, H. (2002) Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 78, pp. 239–244.
- Waldorff, F. B., Rishoj, S. and Waldemar, G. (2008) 'If you don't ask (about memory), they probably won't tell', *The Journal of family practice*, vol. 57, no. 1, pp. 41–44.

- Wangler, J., Fellgiebel, A., Mattlinger, C. and Jansky, M. (2018 a) 'Diagnostik und Versorgung der Demenz-eine Herausforderung für die Hausarztmedizin', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 94, no. 1, pp. 12-16.
- Wangler, J., Fellgiebel, A. and Jansky, M. (2018 b) 'Hausärztliche Demenzdiagnostik – Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen von Hausärzten in Rheinland-Pfalz', *Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. 143, no. 19, pp. 165-171
- Werner, P. (2003) 'Knowledge about symptoms of Alzheimer's disease: correlates and relationship to help-seeking behavior', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, no. 11, pp. 1029–1036.
- Werner, P. (2004) 'Beliefs About Memory Problems and Help Seeking in Elderly Persons', *Clinical Gerontologist*, vol. 27, no. 4, pp. 19–30.
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.-O., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., Leon, M. de, DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., van Duijn, C., Visser, P. and Petersen, R. C. (2004) 'Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment', *Journal of Internal Medicine*, vol. 256, no. 3, pp. 240–246.
- Wolf, R. and Weber, S. (1998) 'Einflußfaktoren für eine verzögerte Erstdiagnose bei Demenzerkrankungen'. *Z Gerontol Geriatr* 1998; 31: 209–221.
- Wollny, A., Fuchs, A., in der Schmitten, J., Altiner A, and Pentzek, M (2010). 'Zwischen Nähe und Distanz. Eine Studie zu hausärztlichen Wahrnehmungsweisen von an Demenz erkrankten Personen', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 86, no. 11, pp. 425-434.
- Wollny, A. and Marx, G. (2009a) 'Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 85, no. 3, pp. 105-113.
- Wollny A. and Marx, G. (2009b) 'Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin – Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory', *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, vol. 85, no. 11, pp. 467-476.

15 Anhang

Anhangsverzeichnis

A	Einleitung und Forschungsstand	177
A.1	Übersichtstabelle der Publikation	177
A.2	Übersichtstabelle der beteiligten Personen dieser Dissertation und der SMI-GP-Studie qualitativer Forschungsansatz.....	178
A.3	Übersichtstabelle der beteiligten Personen dieser Dissertation und der SMI-GP-Studie der Integration.....	180
A.4	Übersichtstabelle der beteiligten Personen dieser Dissertation und der SMI-GP-Studie quantitativer Forschungsansatz.....	181
B	Qualitative Erhebung erste Teilstudie	184
B.1	Einteilungsmaßstäbe und Bezugsgrößen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)	184
B.2	Leitfaden für die narrativen Interviews.....	185
B.3	Leitfaden für die Fokusgruppen.....	191
B.4	Ablaufbeschreibung der Fokusgruppen	193
B.5	Einwilligungserklärung narrative Interviews.....	195
B.6	Einwilligungserklärung der Fokusgruppen	196
B.7	Postskript der Fokusgruppen.....	197
B.8	Kurzfragebogen zur Erfassung von Sozialdaten/Praxisdaten	198
B.9	Angewendete Transkriptionsregeln	199
B.10	Analysesitzung.....	200
B.11	Protokolle der Analysesitzungen	201
B.12	Erklärung der Zuordnung der Interviews.....	210
B.13	SRQR Checkliste (O'Brien et. al., 2014).....	211
C	Materialien der Integration.....	215
C.1	Erste Item-Formulierung / Themenableitung.....	215
C.2	10 Gebote der Frageformulierung (Porst, 2000).....	219
C.3	Vorläufiger Fragebogen (kognitive Interviews)	222
C.4	Leitfaden des kognitiven Interviews.....	234
C.5	Ergebnisse des kognitiven Interviews.....	239
C.6	Appendix Survey Design Checklist (Gehlbach und Artino, 2018).....	258
C.7	Items des Fragebogens mit Zitaten, Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) und Hauptcodes.....	260
D	Quantitative Erhebung	282
D.1	Ausschluss PLZ „starker“ Allgemeinmedizinstandorte.....	282
D.2	Fragebogen für die quantitative Erhebung (Endversion)	283
D.3	Deskriptive Statistiken für Fall I.....	291
D.4	Reporting guidelines for survey research (Bennett et al. 2010).....	312
D.5	MAAT Checkliste (Hong et al., 2018).....	314

E. Danksagung.....	319
F. Eidesstattliche Versicherung (gem. § 7 (2) PO).....	320

A Einleitung und Forschungsstand

A.1 Übersichtstabelle der Publikation

Subjective memory impairment in general practice -Short overview and design of a mixed methods study-

Publikation:

Pentzek M, Leve V, Leucht V. Subjective memory impairment in general practice: Short overview and design of a mixed methods study. Z Gerontol Geriatr. 2017; 50 (Suppl 2): 48–54. doi: 10.1007/s00391-017-1207-5.

	Michael Pentzek (1. Autor)	Verena Leve (2. Autor)	Verena Leucht (3. Autor)
Vorplanungen/ Recherchen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorarbeiten zum Forschungsstand ▪ Metasynthese ▪ Ethikantrag ▪ Planung und Konzeption 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausführliche Literaturrecherche / Metasynthese ▪ Vorarbeiten zum Thema Demenz ▪ Metasynthese 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherchen zum Vorgehen (Sampling, Rekrutierungsregion, Stichprobengröße) ▪ Ethikunterlagen erstellt
Konzeption des Forschungsansatzes / Planung der Untersuchungen / Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzeption des Forschungsansatzes ▪ Konzeption des Mixed-Methods-Designs ▪ Feedback und Modifizierungsvorschläge zu erstellen Studienunterlagen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Austausch zum qualitativen Forschungsansatz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modifizierung und Feinplanung des Mixed-Methods-Designs ▪ Detaillierte Planung der Untersuchungen ▪ Sampling ▪ Ausarbeitung von Materialien zur Erhebung ▪ Leitfadenerstellung
Entwurf des Manuskripts / Ausformulierung des Manuskripts / Überarbeitung des Manuskripts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfassung und Überarbeitung des Manuskripts ▪ Grafiken/Darstellungen ▪ Diskussion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschläge zur Überarbeitung ▪ Diskussion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfassung und Überarbeitung des Manuskripts ▪ Grafiken/Darstellungen ▪ Diskussion ▪ Einreichung
Finale Version genehmigt	Ja	Ja	Ja

A.2 Übersichtstabelle der beteiligten Personen dieser Dissertation und der SMI-GP-Studie qualitativer Forschungsansatz

	Verena Leucht (VL)	Michael Pentzek (MP)	Weitere Personen
Planung der qualitativen Erhebung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung und Auswahl der Rekrutierungsregionen und strategien ▪ Erstellung von Anschreiben und Listen zur Rekrutierung der Teilnehmer ▪ Versendung von 618 Anschreiben zur Rekrutierung 	Modifizierungsvorschläge	
Erstellung von Materialien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interviewleitfäden ▪ Modifizierung der Studieninformationen ▪ Modifizierung der Datenschutzerklärung ▪ Erstellung des Postskripts 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenschutzerklärung ▪ Studieninformation ▪ Modifizierungsvorschläge 	
Durchführung der Interviews	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von fünf Fokusgruppendiskussionen (Moderatorin) ▪ Durchführung von 6 narrative Interviews ▪ Erstellung von Postskripts 	Durchführung von 6 narrativen Interviews	Verena Leve: Durchführung einer Fokusgruppendiskussion
Transkription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorbereitung des Transkriptionsmaterials 		Externe Dienstleisterin: Transkriptionen aller Interviews
Dateneingabe und Aufarbeitung des Materials zur Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initierende Textarbeit: Strukturierung und Organisation des gesamten Datenmaterials in MAXQDA (398 DIN-A4-Seiten, 132.296 Wörter) 		
Datenanalyse zur Intra- und Interoderreliabilität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moderation der sechs Codier Sitzungen im multiprofessionellen Team ▪ Investigator Triangulation: ▪ Entwickeln von thematischen Hauptkategorien ▪ Unabhängige Kodierung (Teilmengen) und Analyse mit anschließender Revision (VL und MP) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protokollant der sechs Codier Sitzungen im multiprofessionellen Team ▪ Investigator Triangulation: ▪ Entwickeln von thematischen Hauptkategorien ▪ Unabhängige Kodierung (Teilmengen) und Analyse mit anschließender Revision (VL und MP) 	Codiersitzungen im multiprofessionellen Team Teilnehmer siehe B 10
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kodierung und Analyse des gesamten Materials: 	-	
Inhaltsanalyse (398 Seiten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitative Inhaltsanalyse des gesamten Materials mit anschließender erster Item-Ableitung 	-	

	Verena Leucht (VL)	Michael Pentzek (MP)	Weitere Personen
Ergebnisdarstellung	<ul style="list-style-type: none">▪ Präsentation der Ergebnisse zur Prüfung der Intercoder-Reliabilität und anschließender Modifizierung▪ Ausarbeitung der Ergebnisse mit Belegen aus den Interviewzitaten	Prüfung der Intercoder-Reliabilität mit anschließenden Modifizierungsvorschlägen	Stefan Wilm: Prüfung der Intercoder-Reliabilität mit anschließenden Modifizierungsvorschlägen

A.3 Übersichtstabelle der beteiligten Personen dieser Dissertation und der SMI-GP-Studie der Integration

	Verena Leucht (VL)	Michael Pentzek (MP)	Weitere Personen
Item-Bildung und Item-Revision	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Item-Ableitung aus dem qualitativen Material ▪ Item-Präsentation und Analyse mit ausgewählten Personen (siehe Spalte weitere Personen) ▪ Anschließende Modifizierung ▪ Literaturrecherche zu bestehenden Items 		Angela Fuchs Melanie Böckmann Stefan Wilm <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelanalyse und Diskussion mit ausgewählten Items mit anschließender Modifizierung
Erstellung des Fragebogens	<p>Fragebogenerstellung:</p> <p>In mehreren Sitzungen (MP und VL) wurden die Items modifiziert, Skalen und Instruktionen konstruiert unter Berücksichtigung der Grundlagen und Regeln der Fragebogenkonstruktion</p>	<p>Fragebogenerstellung:</p> <p>In mehreren Sitzungen (MP und VL) wurden die Items modifiziert, Skalen und Instruktionen konstruiert unter Berücksichtigung der Grundlagen und Regeln der Fragebogenkonstruktion</p>	
Rücklauferhöhende Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche bzgl. Literatur ▪ Layout und Design des Fragebogens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche bzgl. Literatur ▪ Modifizierungsvorschläge 	
Kognitive Interviews	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung des Materials für die kognitiven Interviews ▪ Auswertung der kognitiven Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von fünf kognitiven Interviews 	
Integration	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modifizierung des Fragebogens ▪ Erstellung von Regeln zur Integration im Bezugsrahmen ▪ Fertigstellung des Fragebogens ▪ Jedes konstruierte Item wird mit einem Zitat aus den qualitativen Interviews belegt sowie dem Konstrukt nach Ajzen (1991) zugeordnet und einer Kategorie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modifizierung des Fragebogens 	

A.4 Übersichtstabelle der beteiligten Personen dieser Dissertation und der SMI-GP-Studie quantitativer Forschungsansatz

	Verena Leucht	Michael Pentzek	Weitere Personen
Konzeption des Forschungsansatzes / Planung der Untersuchungen / Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung der postalischen Versendung ▪ Unterstützung bei der Antragsstellung zur Genehmigung der Sozialdaten aus dem Bundesarztreger nach § 75 Abs. 2 SGB X ▪ Detaillierte Feinplanung der Rücklauferhörenden Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung der postalischen Versendung ▪ Antrag auf Genehmigung der Sozialdaten aus dem Bundesarztreger nach § 75 Abs. 2 SGB X wegen Übermittlung von Daten beim (BMG) gestellt ▪ Recherche des Ausschluss-Kriterium ▪ „Große allgemein-medizinisches Forschungsinstitut“ 	
Vorbereitung der quantitativen Erhebung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modifizierung der erhaltenen Liste BMG /KBV ▪ Besorgung verschiedener Materialien zur Rücklauferhöhung ▪ Angebote von Druckerei einholen/Probedrucke ▪ Pseudonymisierte Liste für die Druckerei erstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modifizierung der erhaltenen Liste BMG /KBV- 	
Umsetzung und Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung von Corporate Identity und Corporate Designs, z. B. Schmetterling, Foto etc. ▪ Erstellung von personalisierten Anschriften ▪ Erstellung von Etiketten ▪ Beschriftung der Briefumschläge ▪ Besorgung verschiedener Materialien zur Rücklauferhöhung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zehn Fragebogenvariationen à 100 Bögen auf Basis von Zufallszahlen erstellt 	Druckerei <ul style="list-style-type: none"> ▪ Druck der Fragebogen mit der jeweiligen ID (1.000 individuelle IDs) und zehn verschiedene Fragebogenversionen (a–k)

	Verena Leucht	Michael Pentzek	Autor/in 7
Versendung der schriftlichen Befragung	<p>Versendungsset fertigstellen (n = 1.961)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuordnung der Incentives und Gruppen (n = 1.961) ▪ Zuordnung der Fragebögen (Version a–k) ▪ Umschläge handschriftlich beschriften, mit Fragebogen und Rückumschlag versehen (n = 1.961) ▪ Mit Stempel und Briefmarke versehen ▪ Neue Listen für die Reminder erstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anrufe einer Teilstichprobe 	<p>Stundenweise Unterstützung von WHKs/WHBs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umschläge handschriftlich beschriften, mit Fragebogen und Rückumschlag versehen ▪ mit Stempel und Briefmarke versehen
Datenaufbereitung Datenanalyse / Dateninterpretation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentation der eingegangenen Fragebögen ▪ Aufbereitung und Zusammenführung der Datensätze (verschiedene Fragebogenversionen) ▪ Löschung der übermittelten Kontaktdaten ▪ Verschiedenste Plausibilitätsprüfung ▪ Datenbereinigung ▪ Prüfung der Item-Non-Response ▪ Imputationsbasiertes Verfahren ▪ Datenanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenführung der Datensätze ▪ Imputationsbasiertes Verfahren ▪ Prüfung der Item-Non-Response ▪ Datenbereinigung ▪ Datenanalyse 	<p>WHB Dateneingabe aller zurückgesendeten Fragebögen</p> <p>zur statistischen Beratung wurde ein Psychometriker konsultiert</p>

B Qualitative Erhebung erste Teilstudie

B.1 Einteilungsmaßstäbe und Bezugsgrößen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

Kriterien sind die Größe der Gemeinde (Bevölkerungszahl) und ihre zentralörtliche Funktion. Hat eine Gemeinde innerhalb eines Gemeindeverbandes oder die Einheitsgemeinde selbst mindestens 5.000 Einwohner oder eine mindestens grundzentrale Funktion, dann wird diese als "Stadt" bezeichnet. Trifft eine dieser Bedingungen auf den Gemeindeverband bzw. die Einheitsgemeinde nicht zu, dann handelt es sich um eine Landgemeinde. Von den 4.578 Einheiten sind **1.355 Landgemeinden** und **3.223 Städte**.

Die Gruppe der Städte wird des Weiteren wie folgt unterschieden:

- **Großstadt:** Gemeinde eines Gemeindeverbandes oder Einheitsgemeinde **mit mindestens 100.000 Einwohnern**; diese Städte haben meist oberzentrale Funktion, mindestens jedoch mittelzentrale. Die Gruppe der Großstädte kann unterschieden werden in 15 große Großstädte mit mind. 500.000 Einwohnern und kleinere Großstädte mit weniger als 500.000 Einwohnern.
- **Mittelstadt:** Gemeinde eines Gemeindeverbandes oder Einheitsgemeinde **mit 20.000 bis unter 100.000 Einwohnern**; überwiegend haben diese Städte mittelzentrale Funktion. Die Gruppe der Mittelstädte kann unterschieden werden in Große Mittelstadt mit mind. 50.000 Einwohnern in der Gemeinde eines Gemeindeverbandes oder Einheitsgemeinde, kleine Mittelstadt mit weniger als 50.000 Einwohnern.
- **Kleinstadt:** Gemeinde eines Gemeindeverbandes oder Einheitsgemeinde **mit 5.000 bis unter 20.000 Einwohnern** oder mindestens grundzenträler Funktion. Die Gruppe der Kleinstädte kann unterschieden werden in Größere Kleinstadt mit mind. 10.000 Einwohnern in der Gemeinde eines Gemeindeverbandes oder Einheitsgemeinde, Kleine Kleinstadt mit weniger als 10.000 Einwohnern.

Der Stadt- und Gemeindetyp dient ausschließlich analytischen, vergleichenden Zwecken. Nicht alle Phänomene und Trends werden sich über den Stadt- und Gemeindetyp abbilden lassen.

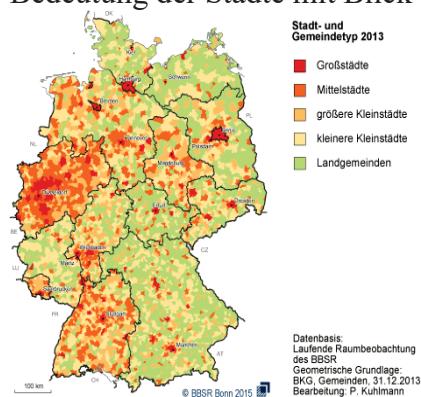
(<https://www.bbsr.bund.de>)

(BBSR Homepage – Forschungsfelder – Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen)

Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen

Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland

Der Stadt- und Gemeindetyp des BBSR ordnet die Einheitsgemeinden und Gemeindeverbände in die Kategorien Groß-, Mittel-, Kleinstädte und Landgemeinden. Der Stadt- und Gemeindetyp konzentriert sich auf die Funktion und die Bedeutung der Städte mit Blick auf ihre Größe.



Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen des BBSR

(BBSR Homepage – Forschungsfelder – Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen)

Das Studienzentrum befindet sich in Düsseldorf. Die Karte zur Stadt- und Gemeindetypeninteilung des Bundesministeriums für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zeigt, dass in der zu untersuchenden Region vorwiegend Großstädte, Mittelstädte und größere Kleinstädte liegen. Landgemeinden und kleinere Kleingemeinden sind in Nordrhein nicht gegeben

(<https://www.bbsr.bund.de>).

B.2 Leitfaden für die narrativen Interviews

Gedächtnissorgen bei älteren
Hausarztpatienten/innen:



Wie gehen Sie als Hausärzte und Hausärztinnen
damit um?

Narratives Interview

ein Forschungsprojekt
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Institut für
Allgemeinmedizin (ifam)
Medizinische Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

ID:	
Interviewer:	
Datum:	
Dauer:	
Ort:	
Geschlecht:	

a) Begrüßung und Erklärungsphase:

Zuerst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben unsere Studie zu unterstützen.

Wir wollen in diesem Projekt etwas über Ihre persönlichen Ansichten zu Gedächtnissorgen und Gedächtnisproblemen Ihrer älteren Patienten erfahren. Dazu führen wir ein ganz offenes Gespräch mit Ihnen, in dem Sie uns frei von Ihren Erfahrungen berichten können.

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Ausführungen, es geht um Ihre ganz persönlichen Ansichten und Erfahrungen. Alles was Sie erzählen, kann uns helfen zu erfassen, wie Ihre persönliche hausärztliche Perspektive in Bezug auf subjektive Gedächtnisprobleme ist.

Das Interview wird aufgezeichnet und nachher in einen Text transkribiert, in dem alle Namen gelöscht sind. Das Aufnehmen ist wichtig, da ich nicht alles mitschreiben kann und dann später nochmal nachlesen kann, wenn es zu schnell ging.

Haben Sie noch Fragen zu der Studie?

b) Einleitungsphase

(Erklärung der Vorgehensweise)

Im ersten Schritt möchte ich Sie gleich auffordern aus Ihrem Praxisalltag über Patienten mit Gedächtnissorgen/Gedächtnisproblemen zu erzählen.

Im zweiten Schritt sollen eventuelle Unklarheiten durch eine Nachfragephase erklärt werden, damit alles eindeutig verstanden wird.

Im dritten Schritt, der Abschlussphase, können Aspekte zum Themaangesprochen werden, die im bisherigen Verlauf des Interviews von Ihnen noch nicht angeführt worden sind, Ihnen aber noch wichtig sind.

c) Erzählungsphase

① Es geht, wie bereits erwähnt, um das Thema „Gedächtnissorgen bei älteren Hausarztpatienten“.

Denken Sie an einen bestimmten Patienten (von Ihnen), der Gedächtnissorgen hat.
Wie ist das so mit dem? Sie können sich zum Erzählen so viel Zeit nehmen wie Sie möchten.

Eventuell am Schluss der Erzählung:
„Möchten Sie noch mehr über diesen Patienten erzählen?“

② Sprechen Sie von sich aus Patienten an, wenn Sie nicht äußern Gedächtnissorgen/Gedächtnisprobleme zu haben? Können Sie sich an einen Fall erinnern und darüber bitte erzählen?
„Möchten Sie noch mehr darüber erzählen?“

③ Ich würde Sie nun bitten, über ein gegenteiliges Beispiel aus ihrem Praxisalltag zu erzählen, wo Sie also als **Hausarzt** das Gefühl hatten, dass der Patient oder die Patientin Gedächtnisprobleme hat, aber selbst nicht darüber nicht klagt?

Eventuell am Schluss der Erzählung:
„Möchten Sie noch mehr von Ihren Erfahrungen erzählen?“

d. Nachfragephase

Wie-Fragen

Nur nachfragen was der Hausarzt in der Erzählungsphase nicht erwähnt hat, möglichst lange narrative Passagen erreichen!

interne Nachfragen



„Sie erwähnten vorhin wie Sie (<i>die Situation XY</i>); können Sie diese Situation einmal genauer erzählen?“	bestimmte Situation
„Sie erwähnten vorhin wie Sie (<i>Vorgehensweise XY</i>); können Sie diese Vorgehensweise einmal genauer erzählen?“	bestimmte Situation/ Vorgehensweise
„Sie erwähnten vorhin <i>Herr/Frau XY</i> ; können Sie mehr über ihn/sie erzählen?“ oder „Vielleicht können Sie sich noch an den letzten Kontakt mit <i>Herrn/Frau XY</i> erinnern. Können Sie darüber etwas erzählen?“	bestimmte Person: oder Erzählung zu einem gemachten Argument/einer Evaluation:
„Können Sie sich noch an eine Situation erinnern, (<i>in der...?</i>)?“ Sie haben eben erzählt, dass/wie... (<i>XY</i>). Können Sie beschreiben, wie Sie sich dabei (<i>in der Situation XY</i>) gefühlt haben?	Gefühle/ Emotionen:
Sie haben eben erzählt, dass Sie den Patienten auf (Geächtnissorgen oder) Gedächtnisprobleme angesprochen haben (und der Patient abgeblockt hat). Können Sie beschreiben, wie Sie sich dabei gefühlt haben? Können Sie beschreiben, wie Sie dann weiter vorgegangen sind? Können Sie beschreiben, was hilfreich in dieser Situation war? Können Sie beschreiben, wie Ihre Beziehung zum Patienten danach war?	
„Können Sie über diese Zeit (...) noch etwas mehr erzählen?“	für eine Lebensphase:

Externe Nachfragen	
(Nur was zuvor nicht ausreichend erzählt worden ist!)	
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Patienten selbst äußern, Gedächtnisprobleme zu haben und damit zu Ihnen kommen - wie machen Sie das dann? Wie gehen sie „allgemein“ bei Gedächtnissorgen/ Gedächtnisbeschwerden vor? • Wie verhalten Sie sich? 	Vorgehen bei subjektiven Gedächtnissorgen
<ul style="list-style-type: none"> • Welche weiteren Fragen stellen Sie bei Gedächtnissorgen/ Gedächtnisproblemen? • Was fragen Sie den Patienten genau, der sich sorgt? 	Fragen und Fragetechniken
<ul style="list-style-type: none"> • Nutzen Sie diese Gedächtnissorgen/(Gedächtnisprobleme) diagnostisch oder prognostisch? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Worauf deuten Gedächtnissorgen für Sie am ehesten hin? ◦ Sind Gedächtnissorgen/Gedächtnisbeschwerden für Sie ein Risikofaktor für eine Erkrankung? ◦ Was bedeuten diese Gedächtnissorgen/ Gedächtnisbeschwerden für Sie in der hausärztlichen Versorgung eines Patienten? • Setzen Sie Testverfahren ein? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Welche Tests setzen Sie ein? ◦ Und wann setzen Sie die Tests ein? ◦ Bei welchen Patienten? ◦ Was können Sie mit diesem Test herausfinden? 	Diagnostik/ Tests
<ul style="list-style-type: none"> • Fragen Sie selbst von sich aus die Patienten, wie die ihr Gedächtnis einschätzen, ob die sich Sorgen machen? • Was fragen Sie Patienten genau, wenn Sie wissen wollen, ob sie sich sorgen? 	Ansprache bezüglich Gedächtnisprobleme
<p>Wenn Ihnen als Hausarzt Gedächtnisprobleme bei Ihren Patienten auffallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprechen Sie das Thema von sich aus an? • Wie machen Sie das? ◦ Gibt es auch Patientengruppen, bei denen Sie das Thema Gedächtnisbeschwerden eher meiden? Welche Patientengruppen sind es? ◦ Gibt es auch Patientengruppen, die das gar nicht wollen, dass Sie sie auf eventuelle Probleme aufmerksam machen? 	Unterschiedliche Patientengruppen und unterschiedliche Vorgehensweisen?
<p>Wenn Sie einen Verdacht bezüglich Gedächtnis haben, wie gehen Sie dann vor?</p>	Tests/ Diagnostik

<ul style="list-style-type: none"> • Benutzen Sie Tests, um Ihren Verdacht zu überprüfen? Wenn ja, welche? • Und wer führt die Tests durch? • Überweisen Sie zur weiteren Abklärung? • Warum und wohin? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tests? Welche und von wem? ◦ Körperlische Untersuchung? ◦ Neurologische Untersuchung? ◦ Bildgebende Verfahren? ◦ Labordiagnostik? Welche? ◦ Welchen Nutzen brachten Ihnen in der Vergangenheit Ihre Überweisungen solcher Verdachtsfälle? Was ist aus Ihrer Sicht nicht so gut gelaufen? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie erleben Sie die Beziehung zum Patienten, wenn Sie als Hausarzt das Thema Gedächtnisbeschwerden ansprechen? • Wie fühlen Sie sich in der Arzt-Patienten-Beziehung, wenn der Patient übers Gedächtnis klagt? 	Verhältnis/ Beziehung Arzt/ Patient
<ul style="list-style-type: none"> • Was wird von Ihnen erwartet? • Was erwarten die Patienten, Angehörige, das System? 	Erwartungen/ Anforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Wie geht es Ihnen mit den Erwartungen? Wie fühlen Sie sich damit? 	Emotionen
<ul style="list-style-type: none"> • Was würden Sie sich zum Thema Gedächtnissorgen/ Gedächtnisbeschwerden wünschen? • Welche Strukturen, Verfahren wären aus Ihrer Sicht nützlich? 	Wünsche/Bedarfe
<ul style="list-style-type: none"> • Wie sehen Sie persönlich das Thema Gedächtnissorgen in der Hausarztpraxis? • Wie wichtig (relevant) stufen Sie das Thema ein? 	Sichtweise/ Relevanz des HA
<ul style="list-style-type: none"> • Wie würden Sie Ihre Rolle zum Thema Gedächtnissorgen beschreiben? 	Rolle
<ul style="list-style-type: none"> • Was ist die Herausforderung oder schwierigste Aufgabe bei Gedächtnissorgen und Gedächtnisbeschwerden in der Hausarztpraxis? 	Herausforderungen Probleme
<ul style="list-style-type: none"> • Welche Berufsgruppen könnten zum Thema hilfreich sein? 	Unterstützung durch andere Berufsgruppen/ Kooperationen

e. Abschlussphase

- Was ist Ihnen noch wichtig anzusprechen?

Zum Schluss noch zwei Fragen zu Ihrer Person:

Seit wie vielen Jahren sind Sie niedergelassen?	
Wie alt sind Sie?	

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben!

Äußere Umstände und Störfaktoren vor dem Interview, währenddessen und danach (z.B. Ablenkung durch Anrufe, Störungen, entspannt, lange Wartezeiten bevor der Arzt erschien, Abbruch etc.)?

Wie wirkte der Interviewpartner (Stimmung, Interesse, Motivation etc.)?

Eigene Gefühle, Stimmung und Assoziationen während des Interviews

Zusammenfassung:

Gesprächssituation:

Gesprächsinhalt:

Weitere Beobachtungen/Kommentare? Was ist erwähnenswert? Was ist interessant für unsere Fragestellung?

Was sollte zum nächsten Interview mitgenommen/angepasst werden:

B.3 Leitfaden für die Fokusgruppen

Moderationsleitfaden Fokusgruppen zum Thema Gedächtnissorgen und Gedächtnisprobleme



Vorführung der Präsentation?!

Einführungsfrage:	
• Was fällt Ihnen spontan zum Thema Gedächtnissorgen bei älteren Hausarztpatienten/innen ein?	

Schlüssel- und Eventualfragen; sofern durch die Diskussion nicht abgedeckt: <i>Umgangsstrategien (Intentionen & Handlungen)</i>	bereits abgehakt
• Wie gehen Sie als Hausärzte und Hausärztinnen mit dem Thema Gedächtnissorgen um? <ul style="list-style-type: none"> • Was machen Sie, wenn ein Patient äußert, dass er sich Sorgen um sein Gedächtnis macht? • Was machen Sie als Hausarzt, wenn der Patient nicht selbst übers Gedächtnis klagt, sie aber das Gefühl haben, dass es Gedächtnisprobleme gibt? (→ Aktives Ansprechen auf Gedächtnis? Wenn ja, wie? <u>WELCHE FRAGEN GENAU?</u>) 	
In Bezug auf die <u>Vorgehensweise/ Diagnostik/ Tests</u> : ➤ Befragen Sie die Patienten genauer zu ihren Gedächtnissorgen? Was fragen Sie dann genau? Bieten Sie Testverfahren an? Was noch?	
In Bezug auf die <u>psychische Unterstützung/ Beruhigung</u> : ➤ Greifen Sie diese Gedächtnissorgen im Verlauf wieder auf? Was raten Sie den Patienten?	
In Bezug auf die Rolle (Arzt-Patientenverhältnis): ➤ Ist das Thema Gedächtnis für Sie gut zu besprechen? Können Sie das gut aufgreifen? Wie sehen Ihre Patienten das: Sprechen die offen mit Ihnen über ihr Gedächtnis?	
➤ Wie würde eine <u>optimale Vorgehensweise</u> aus Ihrer Sicht aussehen? Was würden Sie am liebsten machen bei Gedächtnissorgen?	
➤ Haben Sie für sich bestimmte <u>Konzepte oder Daumenregeln</u> parat, wie sie mit Gedächtnissorgen umgehen?	
➤ Gibt es <u>Unterschiede in Ihrem Vorgehen</u> , je nachdem, welche Art von Patient vor Ihnen sitzt? Also gehen Sie je nach Patient unterschiedlich vor?	

Schlüssel- und Eventualfrage; sofern durch die Diskussion nicht abgedeckt: <i>Persönliche Ansichten, Überzeugungen und Erfahrungen</i>	bereits abgehakt
• Wie sehen Sie persönlich das Thema Gedächtnissorgen in der Hausarztpraxis? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Was bedeuten Gedächtnissorgen für Sie? Was sagen sie aus? Worauf deuten sie hin? ➤ Sind diese Gedächtnissorgen für Sie als Hausarzt diagnostisch von Bedeutung? ➤ Was erwarten die Patienten wohl von Ihnen, wenn sie Ihnen von ihren Gedächtnissorgen berichten? ➤ Was wird denn allgemein erwartet, was Hausärzte bei Gedächtnissorgen machen 	

Moderationsleitfaden Fokusgruppen zum Thema Gedächtnissorgen und Gedächtnisprobleme



sollen? (Patienten, Angehörige, System)? Nehmen Sie solche öffentlichen Erwartungen wahr?	
➤ Wie geht es Ihnen mit den Erwartungen? Wie fühlen Sie sich damit?	
➤ <u>Was läuft gut?</u> Was können Sie in der Hausarztpraxis <u>leisten</u> ?	
➤ <u>Was läuft nicht so gut?</u> Was ist <u>schwierig</u> in der Hausarztpraxis <u>zu leisten</u> ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie kommt das? ▪ Was könnte dazu beitragen, diese Schwierigkeit abzuschwächen oder zu lösen? 	

Abschlussfrage:	bereits abgehakt
<ul style="list-style-type: none"> • Mal zusammengefasst: Was würden Sie sich für den Praxisalltag wünschen, welche Strukturen, Verfahren, Informationen könnten eine Hilfestellung zum Thema bieten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Was wäre Ihnen dabei das Wichtigste? 	

B.4 Ablaufbeschreibung der Fokusgruppen

Begrüßung:

- Vorstellung des Teams
- Vorstellungsrunde: *Zu Beginn möchte ich Sie bitten, sich ganz kurz vorzustellen, damit wir alle eine Idee haben, mit wem wir in den nächsten zwei Stunden hier gemeinsam diskutieren.*
- Impulsvortrag (Michael Pentzek)
- Über das ifam (Schwerpunkt) und ganz kurz zu SMI

Eröffnungsphase:

- **Einstiegsinformationen in die Diskussion (Abfrage ob die Diskussion aufgezeichnet werden darf an dieser Stelle)**
- „*Bevor wir mit Ihnen nun diskutieren, habe ich noch eine Bitte. Damit uns von den Ergebnissen der Diskussion heute nichts verloren geht und wir wirklich alle wichtigen Punkte erfassen, würden wir die Diskussion gerne aufzeichnen.*
- *Darf ich Sie um Ihre Erlaubnis bitten die Diskussion aufzuzeichnen?“*
- Zusicherung der **Anonymität**, Hinweis auf **Gesprächsnotizen**, Skizzierung der **Grundregeln**:
„Alle Informationen werden selbstverständlich anonymisiert.“
- *Bitte lassen Sie sich nicht irritieren, wenn wir mitschreiben. Das sind nur Gedankenstützen für meine Orientierung.“*
Evtl. noch klären: *Es sollte immer nur eine Person sprechen, alle Standpunkte sind für die Diskussion wichtig und sollten auch artikuliert werden. Es wäre nett, wenn Sie Ihr Handy möglichst weit weg vom Diktiergerät positionieren, ansonsten wird die Aufnahme gestört.“*
- Diskussionsteilnehmende fragen, ob sie dann soweit sind für die Diskussion oder ob noch allgemeine Fragen zu beantworten sind

Diese Dinge mussten wir vorher klären, jetzt kommen wir zum richtigen Thema

Aufgaben Protokollant/in:

- Verantwortlichkeit für Ausrüstungsgegenstände und deren Aufbau
- Versorgung der Teilnehmenden mit Getränken
- Anordnung der Tische und Stühle, Vermeidung von Störungen
- Begrüßung und Einweisung der Teilnehmenden und weitere organisatorische Aufgaben
- Eine Sitzskizze machen mit Nummern:

3

2	4
1	5

- Skizze machen zu: Mikrofonposition, Position der Teilnehmenden in Relation zu den Mikrofonen, im Uhrzeigersinn aufsteigend nummerieren: A, B, C oder 1, 2, 3 männlich = m, weiblich = w,
- charakteristische Sprechweisen wie laut, Stimmhöhen, prägnante Diskussionsbeiträge aus der Anfangsphase der Diskussion, grobe Stichpunkte: welche Person hat was gesagt => hilft bei der späteren Zuordnung von Gesprächsteilnehmenden, evtl. mit Pfeilen Interaktion darstellen

Platzanordnung

B.5 Einwilligungserklärung narrative Interviews

Ich wurde über das Forschungsprojekt zum Thema „Gedächtnissorgen bei älteren Hausarztpatienten/innen“ des Instituts für Allgemeinmedizin ausführlich schriftlich und mündlich informiert.

Mit folgendem Vorgehen bin ich einverstanden:

Die Durchführung des Gesprächs mit einem Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin durchzuführen. Die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung gesammelten Informationen dürfen anonym zu Forschungszwecken verwendet werden, solange kein Rückschluss auf meine Person möglich ist. Personenbezogene Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin und ich zustimme, an dieser wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass dies für mich nachteilige Folgen hat.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz:

- a. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in Papierform und auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet werden.
- b. Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist widerruflich. Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der Untersuchung beenden kann. Im Fall eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die bis zu diesem Zeitpunkt gespeicherten Daten ohne Namensnennung weiterhin verwendet werden dürfen, soweit dies für wissenschaftliche Zwecke erforderlich ist.
- c. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie bis zur vollständigen Auswertung aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.
- d. Personenbezogene Daten zur Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin werden pseudonymisiert (verschlüsselt) und getrennt von meinen Interviewdaten gespeichert. Die Datei mit den personenbezogenen Daten ist nur von der für die Verarbeitung verantwortlichen Stelle (Institut für Allgemeinmedizin) einzusehen und darf nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich, _____ [Vor- und Nachname in Druckbuchstaben], bin damit einverstanden, an dieser Studie teilzunehmen.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Hausarztes/der Hausärztein

B.6 Einwilligungserklärung der Fokusgruppen

Ich wurde über das Forschungsprojekt zum Thema „Gedächtnissorgen bei älteren Hausarztpatienten/innen“ des Instituts für Allgemeinmedizin ausführlich schriftlich und mündlich informiert.

Mit folgendem Vorgehen bin ich einverstanden:

Die Durchführung der Diskussion mit Kollegen und dem Moderator/der Moderatorin.

Die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung gesammelten Informationen dürfen anonym zu Forschungszwecken verwendet werden, solange kein Rückschluss auf meine Person möglich ist. Personenbezogene Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin und ich zustimme, an dieser wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass dies für mich nachteilige Folgen hat.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz:

- a. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in Papierform und auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet werden.
- b. Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist widerruflich. Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der Untersuchung beenden kann. Im Fall eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die bis zu diesem Zeitpunkt gespeicherten Daten ohne Namensnennung weiterhin verwendet werden dürfen, soweit dies für wissenschaftliche Zwecke erforderlich ist.
- c. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie bis zur vollständigen Auswertung aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.
- d. Personenbezogene Daten zur Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin werden pseudonymisiert (verschlüsselt) und getrennt von meinen Interviewdaten gespeichert. Die Datei mit den personenbezogenen Daten ist nur von der für die Verarbeitung verantwortlichen Stelle (Institut für Allgemeinmedizin) einzusehen und darf nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich, _____ [Vor- und Nachname in Druckbuchstaben], bin damit einverstanden, an dieser Studie teilzunehmen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Hausarztes/der Hausärztin

B.7 Postskript der Fokusgruppen

Wie lief das Gespräch?

In jedem Gespräch wird es „atmosphärische“ Besonderheiten oder interaktionelle Phänomene geben. Diese Aspekte gilt es unmittelbar nach dem Gespräch zu dokumentieren, da sie ebenfalls eine Datengrundlage für die spätere Analyse bilden und oftmals ins Transkript nicht aufgenommen werden können. Insofern muss nach jedem Interview ein so genanntes „Postscript“ angefertigt werden, in dem sich Moderation und Assistenz Notizen zu den folgenden Merkmalen machen:

Datum:		Abweichungen:
Ort:		
Moderator:		
Protokollant:		
Dauer:		
Teilnehmerzahl:		
Geschlecht:		
Rapport:		
Beziehung zwischen den Teilnehmenden		
Gesprächsverlauf: Entwicklungs dynamik der gesamten Diskussion		
Interaktionen: Besondere Interaktionsphänomene zwischen Teilnehmenden		
Befindlichkeiten: Der Teilnehmenden; des Moderations teams (Gefühle, Emotionen)		
Auffallende Themen: Berührte und ausgelassene Thematiken, bezogen auf die Forschungsfragen und darüber hinaus Was ist interessant für unsere Fragestellung		
Besonderheiten: Allgemeiner Art		
Störungen: Des Interviewverlaufs		
Anpassung: Was sollte zur nächsten FG mitgenommen/ angepasst werden		

B.8 Kurzfragebogen zur Erfassung von Sozialdaten/Praxisdaten

Anonyme Angaben

Bitte kreuzen Sie an und füllen die Kästchen aus! Vielen Dank!

1. Geschlecht:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
2. Alter:	----- Jahre
3. Facharzt seit:	----- Jahren
4. Niedergelassen tätig seit:	----- Jahren
Bitte schätzen Sie grob ein:	
5. Pro Quartal: Wie viele NICHT-DEMENTE ältere Patienten/innen berichten Ihnen von Gedächtnissorgen?	----- (Anzahl) nicht-demente Patienten/innen pro Quartal mit Gedächtnissorgen
6. In welcher Art von Praxis arbeiten Sie?	<input type="radio"/> Einzelpraxis <input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis mit Kollegen/innen <input type="radio"/> Praxisgemeinschaft mit Kollegen/innen <input type="radio"/> MVZ
7. Beschäftigungsart	<input type="radio"/> Praxisinhaber/Praxisteilhaber <input type="radio"/> angestellt
8. Beschäftigungsumfang	<input type="radio"/> Ganztagsarbeit <input type="radio"/> Teilzeitarbeit, <u>mindestens die Hälfte</u> der üblichen Arbeitszeit <input type="radio"/> Teilzeitarbeit, <u>weniger als die Hälfte</u> der üblichen Arbeitszeit
9. Wie viele Scheine hat Ihre Praxis ungefähr pro Quartal?	-----(Anzahl)

Wir bedanken uns ganz herzlich bei Ihnen!!

B.9 Angewendete Transkriptionsregeln

- Besonders betonte Worte oder Satzteile durch Unterstreichungen hervorheben.
- Auffälligen Sprachduktus (eifrig, aufgereggt, laut, leise, zögerlich etc.) zu Beginn der betreffenden Aussage in Klammern vermerken.
- Pausen inklusive ihrer Länge in Klammern vermerken.
- Nonverbale Elemente in Klammern vermerken (Lacht, Stockt, Räuspert sich etc.)
- Brüche im Satzbau – wenn sie nicht von einer sowieso vermerkten Pause begleitet sind – durch ein Komma in Klammern anzeigen: „Ich habe bis heute (,) also, ich bin mir nicht sicher, ob ich jemals geweint habe im Kino.“ (Dies trägt maßgeblich dazu bei, das Transkript lesbar zu machen.)
- Störungen des Interviews in eckigen Klammern vermerken [Es klingelt an der Haustür.]
- Schlecht verständliche Worte oder Satzteile einklammern.
- Nicht verständliche Worte oder Satzteile entsprechend vermerken: „Wenn eine Agenturmeldung reinkommt, dann guck ich erstmal, ob ich nicht (unverständlich) kann.“

B.10 Analysesitzung

Analysesitzung	Profession	Datum
1. Analysesitzung Material → NI 01	1 Ärztin 2 Psychologe/innen 2 Gesundheitswissenschaftlerinnen	14.12.2016
2. Analysesitzung Material → NI 02/03	1 Hausarzt 1 Psychologe 1 Gesundheits- Wissenschaftlerin 1 Pflegewissenschaftler	06.01.2017
3. Analysesitzung Material → NI 04	Hausarzt 3 Psychologe/innen 1 Gesundheitswissenschaftlerin	10.01.2017
4. Analysesitzung Material → FG 03	2 Hausärzte/innen 1 Psychologe 2 Gesundheitswissenschaftlerin	11.01.2017
5. Analysesitzung Material → FG 03	1 Hausarzt 2 Psychologe/innen 1 Gesundheitswissenschaftlerin	13.01.2017
6. Analysesitzung Material → FG 05	Hausarzt 1 Psychologin 1 Gerontologin 1 Gesundheitswissenschaftlerin	20.01.2017

B.11 Protokolle der Analysesitzungen

1. Sitzung SMI-GP

Analysesitzung NI 01

14.12.2016

1. Abschnitt

Gedächtnisstörungen in jedem Alter = Konzept

Gedächtnisstörungen abhängig von psychischer Verfassung

Tests bei Gedächtnisstörungen

Gedächtnissorgen = Gedächtnisstörungen

Gedächtnisstörungen = Konzentrationsstörungen

Sorgen beziehen sich nicht auf Gedächtnis, sondern auf Lebenssituation

Sorgen greift der Arzt als Begriff nur auf, weil Interviewer dies anfangs nennt.

Gedächtnissorgen gibt es nicht, sondern es gibt Gedächtnisstörungen und unabhängig davon Sorgen in anderen Bereichen.

Konfuse Auflistung, kein Bezug zu Ged.sorgen, keinerlei Konzept

Lose Aufzählung von Dingen, die entfernt irgendwas mit Hirnleistung zu tun haben.

Gedächtnisstörungen und Depression gehören irgendwie zusammen.

Barthelindex wird erwähnt (hat aber nichts mit Gedächtnis zu tun).

Selbst Satzbau ist konfus

Viele Aspekte werden erwähnt, die aber nicht in Bezug zu Gedächtnissorgen zu bringen sind.

Psyche und Alter sind Gründe/Auslöser für Ged.störungen

Es scheint so, als wenn sie „nach der Rente“ generell (je nach Alter und Psyche) Barthel, MMST und Neurologie macht

Sorgen (über was auch immer) erzählen Ältere selbst nur, wenn sie sich trauen, sonst Partner oder Kinder
Ob Sorgen berichtet werden, hängt auch davon ab, ob Arzt Familienzusammenhänge kennt (das Kennen an sich bedingt das Erzählen...?)

Sie meint mit „Familienzusammenhänge kennen“ eigentlich „Vertrauensbeziehung haben“

Unlogisch und unklar: Wenn Fam.zusammenhänge nicht bekannt sind, dann erzählen eher die Angehörigen???

Alternativ: Alles bezieht sich auf den Fall, dass die Ärztin die Fam.verhältnisse kennt: dann erzählen Pat. selbst ODER Angehörige; der Fall OHNE Kennen der Fam.verhältnisse wird dann gar nicht aufgegriffen

Gedächtnissorgen ist als Begriff gar nicht bekannt, v.a. ihr als Nicht-Muttersprachlerin nicht.

[Auch in der Analysegruppe ist das Wort „Ged.sorgen“ einem Teil noch nie begegnet und scheint ungewöhnlich und nicht intuitiv verständlich]

„Sorgen“ sind keine diagnostische Kategorie, deshalb geht sie direkt auf „Störungen“ über, da „Störung“ handfest und kategorial sind

Sorgen haben vielleicht keinen Krankheitswert und werden deshalb „automatisch“ in „Störungen“ umformuliert

3. Abschnitt

Man muss irgendwas dokumentieren, auch wenn es nichts gibt, auch wenn es nicht der Wahrheit entspricht

Missverständlich: ENTWEDER: Man muss Demenz dokumentieren, auch wenn es keine ist (sondern nur Ged.störungen oder Hypothyreose)

ODER eher: Sie dokumentiert lieber eine Hypothyreose als eine Demenz/Ged.störung, auch wenn es nicht stimmt VIELLEICHT: Weder Ged.sorgen, noch Ged.störungen, noch Demenz als diagnostisch/therapeutisch wertvolles Konzept angesehen...???

„was weiß ich“ spricht für läppische Haltung der Ged.thematik gegenüber, wohl auch weil es „dann nicht behandelt wird“

Frage: Verwendet sie Demenz und Ged.störungen synonym? Bleibt unklar. „Nur Gedächtnisstörung“ spricht für Sicht, dass „Ged.störung“ eine Art milde Vorstufe der Demenz ist

4. Abschnitt

Krass: direkt darauf ansprechen, gezielt wiedereinbestellen, um sie darauf immer wieder anzusprechen

Will sich vielleicht so darstellen, dass sie bei eigenem Verdacht auf Gedächtnisstörungen sehr vehement dem nachgeht, AUCH WENN PATIENT/IN DAS GAR NICHT WILL!!!

Bedrängend, vergewaltigend, dieses immer wieder konfrontieren

Durch Interviewsituation auch vielleicht dazu gedrängt, sich aktiver zu zeigen in Bezug zu Gedächtnisstörungen

Unterschiedliche, sich widersprechende Schilderungen und logische Brüche sprechen weiterhin für eine konzeptionelle Unsicherheit

Entgegen Pat.wille immer wieder mit vermuteten Ged.störungen konfrontiert und dann auch noch Tochter einbe stellt

Sogar obwohl ihr der Pat.wunsch ganz deutlich bekannt war.

„Reingenommen“ eher als „rangenommen“ gemeint: Pat. soll es endlich zugeben, endlich darauf eingehen

2. Abschnitt

Das ist genau das Gegenteil zu 4. Abschnitt: Abwarten, nur drauf eingehen, wenn Pat. auch drauf eingehen/mitmachen

Wenn Pat. „ablehnende“ Haltung haben (ihr nicht folgen), bestraft sie sie mit Passivität, lässt sie vor die Wand laufen, bis sich das Jahre später bestätigt

Bei bejahenden Pat. fragt sie direkt, ob sie zum Neurologen wollen; hier ist dann keine Rede vom strukturierten Vorgehen aus Abschnitt 1 (Barthel, MMST, Neurologische Untersuchung)

[Insgesamt (auch mit den Eindrücken) eher distanzlos im Umgang mit Patienten; schmeißt Pat., die sie nicht mag (v.a. dominante Pat.), raus/behandelt sie nicht

Komischer Zugang zu Pat. und zum Thema

2. Sitzung SMI-GP

SMI-GP

Analysesitzung NI 02/03

06.01.2017

1. Abschnitt (Z. 6–14)

Schildert ein Prozedere, weist auf gewisse Routine hin, ist wohl nicht so selten, dass Pat. mit Sorgen kommen.

Sehr schnell beim Test, ohne Nachteile zu thematisieren, ohne erstmal zu reden.

Scheint, als wenn es immer sehr schnell in Richtung Demenztest geht; andere Möglichkeiten tauchen nicht auf. Sie fragt nach, aber es läuft trotzdem auf Test hinaus.

Anamnese scheint nicht zu differenzierterem Prozedere zu führen.

So etwas wie Depression oder Medikamentenebenwirkungen tauchen nicht auf in der Anamnese.

Aufklärung über Test fehlt.

Differenziert diese spezielle Gruppe der Menschen, die selbst die Sorgen aufbringen.

Setzt Test zur Beruhigung ein.

Prozedere ist nicht ausgegoren: Anamnese und die Konsequenzen werden nicht geschildert, sondern immer Demenztest.

Zeitdauer SMI, Probleme aus SMI

Bezieht Pat. in diagnostische Entscheidung mit ein. Schlägt Test nur vor.

Eigener Termin für Test

Macht Test selbst mit Pat.

Test ist diagnostische Hilfe, ihm wird vertraut.

MEISTENS schlägt sie Test vor, aber wohl nicht immer. Vielleicht bei denen nicht, die aufgrund der Anamnese nicht dafür in Frage kommen. Aber vielleicht auch bei denen nicht, bei denen sie keine Demenz vermutet. Oder bei denen nicht, die für Test aufgrund von Sprache o.a. nicht in Frage kommen.

2. Abschnitt (Z. 16–39)

Testen zur Beruhigung,

Drei verschiedene Gruppen, eine davon die besorgten, die dann meist keine Demenz haben.

Daumenregel: Sorgen = keine Demenz, eher depressiv oder gestresst

Differenzialdiagnostik bei SMI: Demenz vs. Depression, vs. gestresst vs. gesund

Nimmt Sorgen nicht im Sinne einer möglichen kognitiven Störung ernst.

Arzt hat schnell anderes Krankheitskonzept von SMI als Pat.: Sorgen sind keine Demenz

SMI ist sofort mit Demenz in Verbindung, alternative Ursachen spielen keine Rolle

Das Thema Demenz wird bei Sich Sorgenden oft selbst von den Pat. angesprochen.

Auf Demenz wird getestet, auf Depression nicht.

Sorgende sind für ihn primär die „worried well“

3. Abschnitt (77–83):

Diagn. Unsicherheit, führt zu Überforderung des Arztes

Diagnostische Sicherheit können Spezialisten liefern

Probleme, diagnostisch einzuordnen, ob Demenz, Depression oder Akutereignis

Große Unsicherheit, die sich auch im Satzbau niederschlägt

Überforderung v.a. bei Personen, bei denen die Einschätzungen von Pat., Arzt und/oder Angehörige divergieren

Auch unsicher bei akut einsetzenden Problemen/Sorgen
Krankenhaus als letzter Ausweg/höchste Instanz der Urteilsfindung und als richtiger Weg, um akut zu versorgen
Wie sicher kann man sich bei der Diagnose Demenz überhaupt sein
Klingt nicht so, als wenn er selbst jemals diagnostische Sicherheit durch die beschriebenen Wege erlangt hat
Pat. wollen Spezialistenurteil zur Beruhigung, dass sie keine Demenz haben
Diagnostik bei Spezialisten ist Blackbox, die er nicht beschreiben kann; aber für ihn scheint diagnostische Sicherheit herauszukommen
Hausarzt macht Diagnostik zur Beruhigung, bei wirklichem Demenzverdacht eher an Spezialisten abgegeben

4. Abschnitt (116–122):

Demenz = Stigma, Diagnose Demenz = Stigmatisierung
Diagnose löst keine Probleme
Pflegestufe bei Demenz wäre ein Vorteil und ein Grund für frühe Diagnosesstellung (monetäre Vorteile)
Demenz ist schlimm, offensichtlich schlimmer als andere Diagnosen, deshalb muss man besonders vorsichtig sein
Diagnose ist auf dem Papier, hat keinen Nutzen
Er als Arzt spielt keine Rolle, wenn es um die Konsequenzen der Diagnose geht. Nur die Diagnose auf dem Papier und die Pflegestufe spielen eine Rolle
Die Rahmenbedingungen des Systems bedingen seine Sicht und seinen Umgang mit der Diagnose Demenz
Stigma wäre in Kauf zu nehmen, wenn dafür mit Pflegestufe (Geld) zu rechnen wäre
Vorteile aus Patientensicht werden durch „Stigma“-Annahme verdeckt, einfach nicht gesehen
Arzt entscheidet für Pat., dass Diagnose nicht gestellt wird, da sie nicht hilft
Arzt wählt für Pat. Vorteile/Nachteile ab.

5. Abschnitt (124–142):

Pat., die nach Diagnose fragen, denen sagt er auch „Demenz“
Bei anderen benennt er nicht die Demenz, sondern bleibt bei „Gedächtnisproblemen“
Er überzeugt aber auch niemanden von seiner Demenz, der abblckt oder es nicht wissen will oder anderer Meinung ist
„Demenz einreden“ = er will Diagnose wegen Stigma nicht vermitteln, wegen eigener Ängste und wegen eigenem Nicht-Überzeugt sein von der Demenzdiagnostik
Er will anderen nicht das Stigma Demenz aufdrücken auf Grundlage einer Diagnostik, die er selbst nicht beherrscht und nicht versteht.
Solange die Demenz nicht schon sehr deutlich ist und Betreuung erforderlich, hält man sie am besten unterm Deckel
Er bereitet den diagnostischen Prozess nicht in Aufklärung vor und hat deshalb nachher bei Diagnosemittelung Probleme in der Vermittlung
„Gedächtnisprobleme“ ist ein akzeptierter Begriff, der im Gespräch verwendet werden kann – „Demenz“ nicht.
Pat. mit Gedächtnissorgen machen dem Arzt eigentlich ein Angebot, diese Begrifflichkeit „Gedächtnisprobleme“ im Verlauf aufzugreifen und im Patientengespräch zu nutzen
Verantwortung für Diagnostik wird völlig an Spezialisten abgegeben, außer in den Fällen, in denen der Arzt sicher ist, dass keine Demenz vorliegt und nur Beruhigung vonnöten ist
Angst und Abwehr der Diagnose Demenz auf Seiten des Arztes spielen eine große Rolle für den Umgang mit der Demenz
Er als Arzt wählt Nutzen und Schaden der Diagnostik und ihrer Konsequenzen ab, der Pat. hat keine Möglichkeit, dies mit zu entscheiden
Zeile 137: „Diagnose erzwingen“: Diagnose und Aufklärung werden verwechselt/vermischt
Betreuungsnotwendigkeit und Pflegestufe sind Gründe für Demenzdiagnose

3. Sitzung SMI-GP

Analysesitzung NI 04

10.01.2017

1. Abschnitt (Z. 11–35)

„Natürlich auch“: Warum soll das natürlich sein? Wegen Alter, wegen Lebensereignis Tod des Partners, wegen Geschlecht Frau?

„Tüddelig und so“: ganz oft, Euphemismus, Regiolect, „harmlos vergesslich“

Ist die Vergesslichkeit durch den Tod des Partners mehr geworden, oder tritt sie dadurch nur zutage?

Fallbeispiel ist eines, bei dem ganz viel passiert ist (Tod des Partners) und SMI nur ein Teil der Problematik
Partner hat SMI kompensiert, erst bei Wegfall der Kompensation durch Tod des Partners nimmt Pat. SMI explizit wahr

SMI vielleicht auch im Rahmen einer Depression nach Tod des Partners

Diffuse Sorge „Ich kann mir das alles nicht mehr merken“: sehr breit, wenig spezifisch

„nicht mehr merken“: also selbst den Tod als „Auslöser“ von SMI benannt???

Unklar, ob Defizite vorher nun vorlagen oder nicht

Der Bericht über SMI, also die Gedächtnissorgen, werden erst nach dem krit. Lebensereignis dem Arzt gegenüber geäußert. SMI selbst waren aber schon vorher präsent.

Schwerhörigkeit: Sorgen der Patientin können nichts mit Schwerhörigkeit zu tun haben. Aber:

Der Arzt stellt in Frage, ob die vermeintliche Vergesslichkeit wirklich ein kognitives Defizit darstellt oder durch Schwerhörigkeit vorgegaukelt wird.

Schwierigkeit, kognitive Ursache der SMI von Schwerhörigkeit abzugrenzen

Schwerhörigkeit als Barriere der Objektivierung von SMI

Was war schwierig? Das Ansprechen von SMI an sich oder tatsächlich das Gespräch/die Testung bei Schwerhörigkeit

Zeitverlauf SMI: Frage des Arztes an Pat., ob SMI schon vor Tod des Partners bestanden. Vielleicht war es auch schwierig, das rauszukriegen, wann SMI einsetzten. Schwierig, weil sich Pat. nicht genau an Zeitpunkt des Beginns erinnern konnte oder weil sie wegen Schwerhörigkeit Fragen des Arztes nicht verstand.

Was war der erste Schritt? MMSE, Gespräch?

„MMSE als einziges“: rechtfertigend, eingestehend, dass MMSE eigentlich unzureichend

„eigentlich als Screening“: präzise Benennung, aber auch diminuierend; dazu passt auch „den machen wir schon“...

Selbst macht Arzt in Praxis zur Objektivierung eher wenig, nämlich „nur“ MMSE

Neurologen: handverlesene Kollegen, zu denen man Pat. schicken kann, also nur bei gesicherter Qualität werden Pat. an Neurologen überwiesen

„tatsächlich“ zum Neurologen: beschreibt die Hürde der Überweisung: er gesteht ein, dass er Pat. tatsächlich abgibt; aber auch abwertend den Neurologen gegenüber: „tatsächlich mal zum Neurologen“

Und dann ist es auch ein ganz Netter, väterlicher, der die Pat. gut aufnimmt

Eigentlich schickt er nur zum Neurologen, wenn die Pat. schon für ich auffällig sind; hier aber im speziellen Fall schickt er „tatsächlich“ schon bei SMI, ohne selbst objektiviert zu haben

„unter seine Fittiche“ = spricht für gutes Konzept von einem Arzt, der eine möglicherweise demente Patientin schützt; behütend, beschützend

„unter seine Fittiche nimmt“ vielleicht auch i.S. von ganz genau hinschauen

Diagnostische Fähigkeit des Hausarztes wurde durch Schwerhörigkeit torpediert

Wichtige Differenzialdiagnose Demenz vs. Schwerhörigkeit

Hausarzt überfordert durch schwierige Differenzierung „Hören vs. Denken“

Depression kommt dagegen gar nicht als mögliche Differenzialdiagnose vor (trotz Verlustereignis)

Greift im Gespräch mit Pat. nicht den Zusammenhang zwischen Tod des Partners und SMI auf

Greift im Gespräch mit Pat. nicht den Zusammenhang zwischen Schwerhörigkeit und SMI auf

Arzt greift nicht seine eigenen Hypothesen mit Pat. zusammen auf

Es könnte auch sein, dass Arzt überfordert war, weil die Schwerhörigkeit auch zu Wut/Aggression/Überforderung beim Arzt führen kann

Die „Hörbarriere“ war „auch so groß“...: was denn noch? Was auch immer... vielleicht die Trauer, die Motivation, irgendwas eben, was die Testdurchführung noch beeinflusst hat.

2. Abschnitt (Z. 52–77)

Nicht analysiert

3. Abschnitt (Z. 194–207)

Windet sich ein bisschen um die Frage herum

Abhängigkeit des Ansprechens von SMI von Bekanntheit mit Patienten, Nähe
 Abhängigkeit von Art des Verhältnisses mit Patienten
 SMI leichter anzusprechen, je besser man Pat. kennt
 SMI und psychiatrisch anders (schwieriger?) anzusprechen als somatisch
 SMI = psychiatrisch
 Leichter anzusprechen, wenn Pat. besser bekannt
 Aber dann revidiert: vielleicht bei gut bekannten Pat. eher doch schwieriger, v.a. wenn freundschaftliches Verhältnis
 So macht es Sinn: ein gutes A/P-Verhältnis (professionelle Nähe) ist förderlich, aber ein schon privates/freundschaftliches Verhältnis erschwert das Ansprechen von SMI
 Vermischung von privater und professioneller Nähe ist gefährlich
 SMI nicht belastend für die A/P-Beziehung

4. Sitzung SMI-GP

SMI-GP
 FG 03
 11.01.2017

1. Abschnitt (Z. 12–22)

Eine Gruppe, die noch keine Diagnose haben, sondern nur Sorgen
 Eher die Angehörigen, die ansprechen
 Sorge steht vor Diagnose (Demenz?)
 Sorge ist verbunden mit einer Problematik, mit etwas Ernsthaftem, mit einer möglichen Diagnose
 Sorge als Vorstufe von etwas (Diagnose)
 Sorge eher nicht von Patienten, sondern häufiger von Angehörigen
 SMI als Angehörigenbericht als „das klappt nicht mehr so“
 WAS klappt nicht mehr so?
 Was klappt nicht mehr so WIE WAS?
 SMI = „klappt nicht mehr so“ → kein eng eingegrenztes Konzept, sondern breite Palette von dem, was nicht klappten kann
 Als Beispiele für SMI:
 Tablettenstellen klappt nicht mehr
 Im Alltag vergesslich
 Verbindung zwischen „multimorbid“ und SMI...?
 Entweder multimorbid und SMI in kausalem Zusammenhang
 Oder multimorbid = viele Tabletten = SMI wird deutlich durch Probleme bei Einnahme vieler Tabletten wegen Multimorbidität
 Sorgen der Angehörigen werden an Arzt herangetragen
 Angehörige äußern Sorgen v.a., wenn jemand zu Schaden kommen kann durch Vergesslichkeit: Tabletteneinnahme, Herdplatte nicht ausmachen
 Angst nicht nur um Pat., sondern auch um Außenstehende
 Gefahr über Pat. hinaus, also auch für Außenstehende, scheint nochmal eine besondere Bedeutung für den Arzt zu haben; besonders dann ist Arzt aufgefordert zu handeln („mehr zu gucken“)
 Konzept der Ärztin: ganzheitlich, Gedächtnis im Rahmen von Alltagsfunktionalität betrachtet, nicht isoliert, im Zusammenhang mit anderen Funktionen, geriatrisch/frailty
 Bei Sorgen ist man aufgefordert „mehr zu gucken“ → eher diagnostisch, nicht „machen“

2. Abschnitt (Z. 29–39)

Wenig Zeit für Gedächtnissorgen bei unter 75jährigen = Arzt hat Hypothese, dass eh nichts ist, also Sorgen unbegründet sind
 Diejenigen, die selbst Sorgen berichten, sind die unter 75jährigen
 Fast aggressiv bei den klagenden <75jährigen
 Schiebt es auf den Zeitfaktor: Eigentlich hat er keine Lust, auf die Sorgen einzugehen, aber er begründet es mit mangelnder Zeit
 Tool zur Abklärung von SMI
 Laborparameter zur Abklärung bei SMI
 Kein Gespräch, sondern Tool und Laborparameter
 Sorgen an sich werden nicht aufgegriffen
 „Das hört man...“, „die anderen...“: andere machen routinemäßig Laboruntersuchungen, aber er macht nur sparsamere Medizin (warum, bleibt unklar); wäre wichtig zu machen, kann er aus Zeitgründen nicht

Bei SMI: erst Schilddrüse und Eisenmangel abklären, dann erst Memory-Klinik überlegen
 Andere machen Schilddrüse und Eisen routinemäßig bei älteren (unabhängig von SMI)
 Gespräch über SMI spielt keine Rolle, nur der Versuch, SMI zu objektivieren
 Sucht anscheinend Sicherheit in der ganzen Thematik durch Tool und Labor, durch Objektives

3. Abschnitt (Z. 70–77):

Auszubildende führen Tests durch

Pat. traut sich nicht, SMI zu berichten: warum nicht? Liegt es am Patienten, dass er das Thema unangenehm findet? Liegt es am Arzt, dass der Pat. mit dem Arzt nicht über alles reden will? Liegt es daran, dass der Pat. dem Arzt ein Gespräch über SMI nicht zumuten will

Kommen erst „viel zu spät“ mit SMI, wenn es „schon richtig arg ist“

Uhrentest „mal eben machen“, Auszubildende macht MMSE → geringe Wertschätzung den Tests, den Pat. und der Testdurchführung gegenüber, keine Vorbereitung/Aufklärung vor Testung

Allerdings scheint der Arzt von den Testergebnissen überzeugt zu sein, da sie ja schon was aufdecken können

Wenn SMI berichtet werden, dann sind auch schon Testergebnisse sehr auffällig

Pat. bekommen Tests unvermittelt vor den Latz geknallt

SMI werden von Arzt irgendwie patzig abgetan, fast beleidigt

Bei SMI: Erwartung an den Arzt führt zu ablehnender Haltung, Unsicherheit, Hilflosigkeit, patzigen Reaktionen

4. Abschnitt (Z. 159–167):

Fall, wenn Arzt Gedächtnisprobleme bemerkt, aber keiner klagt:

Wird relativiert daran, ob über Gedächtnis hinaus der Alltag funktioniert.

Anmaßung: Woran merkt der Arzt denn, ob es im Alltag klappt oder nicht? Kann ein Arzt doch nicht immer beurteilen

Therapie vor Diagnostik: Weil keine Therapie (i.S. von Medikamenten?) besteht, wird es nicht weiter verfolgt

Der Pat. wunsch und auch die Zukunftsplanung spielen keine Rolle bei der Entscheidung, kognitive Probleme aufzugreifen oder nicht

Therapeutischer Nihilismus bei Verdacht auf kogn. Störung

Hilflos: Arzt weiß nicht, was er machen soll im Gespräch

5. Sitzung SMI-GP

Analysesitzung FG 03

13.01.2017

1. Abschnitt (Z. 123–126)

Wunsch nach einfachem Instrument

Hinter SMI als Beratungsanlass kann sich etwas Großes auftun, was dann schwierig zu klären ist

Wunsch nach Vereinfachung eines komplexen Problems

Konzept von Ged.sorgen: es gibt berechtigte Sorgen und nicht berechtigte Sorgen

Sorgen werden ernst genommen, da sie aufgegriffen werden

SMI schon als diagnostischer Hinweis und Impuls zur weiteren Differenzierung wertgeschätzt

„Tool/Mittel/Test“ = Wunsch nach (vermeintlich) objektivem Parameter

„sich WIRKLICH Sorgen machen muss“: Angst davor, etwas zu übersehen, wenn man Sorgen abtut; Arzt meint eher, muss ICH als Arzt mir denn Sorgen machen

Der Dialog mit Pat. über Gedächtnis und/oder Demenz wird vom Arzt vermieden

Arzt teilt dem Pat. auch nie mit, was er denkt, was er vorhat; keinerlei Aufklärung vor Diagnostik

2. Abschnitt (Z. 129–142)

Verunsicherung: ich kann nicht beruhigen, ich kann nichts anbieten

Arzt braucht Rezept für ALLES: Diagnostik, Begleitung, Behandlungsschema

Nur mit diesem Rundum-Konzept fühlt sich Pat. sicher

„pi mal Daumen“: vieles ist unsicher (ohne Tool), er schwimmt

Tool soll umfassende Sicherheit in unsicherem Bereich bieten

Verlauf ist ein gutes diagnostisches Mittel

Feste Intervalle für Verlaufsdiagnostik erwünscht

Insgesamt soll das Tool eine allumfassende Anleitung sein

Sorgen haben direkt mit Demenz/Nicht-Demenz zu tun

SMI vermitteln Unsicherheit des Patienten und verursachen Unsicherheit bei Arzt

Keinerlei gemeinsame Entscheidung mit Patienten, sondern nur eigene Bemühungen zur Reduktion der eigenen Unsicherheit

Bei Demenz „was soll ich machen“: Unsicherheit bei Demenz wird mit SMI verknüpft

Das Tool bei SMI muss die eierlegende Wollmilchsau sein

Ungeduld: möglichst schnell entscheiden, ob SMI ernst zu nehmen sind oder nicht

3. Abschnitt (Z. 207–213)

Neurologen haben gelernt, Ursache von SMI herauszufiltern

Unkenntnis über Abgrenzung SMI/Demenz/andere, deshalb Neurologe

Ohne Tool ist Abgrenzung durch Hausarzt schlecht möglich

A/P-Beziehung wird reduziert auf programmierte Diagnostik

Keine allgemeinmedizinische Kompetenz

Kein allgemeinmedizinisches Handeln

Verantwortung wird an Neurologen abgegeben

Reduktion der Gefahr falscher Diagnose durch Abgeben an Neurologen

Es gibt nur Diagnose vs. Nicht-Diagnose

Unsicherheit reduzieren durch Überweisen an Neurologen

„zum Neurologen SCHICKEN“ = wegschicken/abschieben/loswerden; Pat. bleibt pasiv, wird geschickt: keinerlei Aufklärung vor Diagnostik

Gedächtnissorgen sind direkt hirnorganisch oder psychisch, deshalb direkt zum Neurologen (→ SMI-Konzept)

4. Abschnitt (Z. 264–277)

Wieder Unsicherheit: Das, was in der Praxis gemacht wird (Tests), das müsste man erst wissenschaftlich evaluieren, damit es einen wirklichen Wert hat

Offensichtlich Unkenntnis über neuropsychologische Diagnostik

Abwertung: der MFA, der eigenen ärztl. Kompetenz, der Gedächtnissorgen und der Testverfahren

Abwehr: MFA soll machen

Abwehr durch Rationalisierung: ist ja Pipifax, wie bei Kindern, ist was für MFA, ein bisschen puzzlen

„ähnlich... bei Kindern“: ältere Pat. wie Kinder

„muss rauskommen: ...brauchst dir keine Sorgen machen“: Wunsch, dass das mit den SMI dann schnell aufhört

„musst Dich vielleicht noch mal...“: hier erwartet man irgendwelche Empfehlungen für Pat., die dann im Test objektive Probleme zeigen. Die kommen nicht, und dann sagt er: „wir helfen dir“

Arzt sieht handfesten Handlungsbedarf/„Alltagskonsequenz“ erst, wenn Diagnose da ist

Dann erst wird ärztliche Hilfe benötigt

Ärztin erst verantwortlich, wenn wirklich definitiv Hilfe benötigt wird

Wenn SMI berechtigt ist, dann liegt Pathologie vor, und dann besteht Hilfebedarf, und dann setzt ärztliches Handeln ein

Sie als Ärztin hat dann Konzepte von Pflegestufe, Betreuung, Pat.verfügung etc. Sie als Ärztin wird wirksam, gemeinsame Entscheidungsfindung spielt keine Rolle, weder mit Pat. noch mit Angehörigen

Die aktive Hilfe bei manifester Demenz ist ärztliches Metier, vorher das Herausfiltern nicht

Es gibt richtige und falsche Konzepte; die richtigen kennt die Ärztin

Ärztin hält die Zügel in der Hand

Konzept der Ärztin bei Demenz ist direkt auf Ebene der schweren Pflegebedürftigkeit; zwischen SMI und schwerer Demenz gibt es nichts

Aber die fortgeschrittene Demenz vermittelt der Ärztin Sicherheit, denn dann gibt es (auf Systemebene) konkrete Hilfestellung wie Pflegestufe, Betreuung, Pat.verfügung

5. Abschnitt (Z. 389–399)

Angehörige spielen eine wichtige Rolle

Wenn man Früherkennung verpasst, tauchen plötzlich viele Probleme auf

Hausarzt als Familienmediziner auch verantwortlich für frühe Erkennung der Familie zuliebe

Ältere wollen wissen, ob es eine Demenz ist!!!

Angehörige wollen es auch wissen!

Frühe Erkennung nützt auch ohne Medikamente, im Sinne von Begleitung und Unterstützung

Frühe Erkennung schützt vor Katastrophen in der Familie

Familienkonsultation als Mittel bei früher Demenz

6. Sitzung SMI-GP

Analysesitzung FG 05

20.01.2017

1. Abschnitt (Z. 58–65)

Vorurteil ggb. Leuten mit Ged.sorgen

Sorgen kann man nicht ausreden

SMI bagatellisieren?

SMI Testen?

SMI überweisen?

Es hat sich bei Hausärzten etwas zu SMI entwickelt, ein Konzept, ein Vorurteil etc.

Hausärztliche Heuristik/Daumenregel: Menschen mit Ged.sorgen haben nichts

Hausärztliche Heuristik/Daumenregel: wird als eigenes Vorurteil abgewertet

Sorgen sind da, und daran kann man nichts machen; kann man als Arzt nichts dran machen

Hausarzt erkennt Sorgen an, weiß aber nicht, was man dran machen kann

Bei SMI-Sorgen macht man als Hausarzt nichts, was wirkt

Konfuses Handeln/Nicht-Handeln bei SMI (kein Konzept?)

2. Abschnitt (Z. 101–106)

Kooperation aufbauen

Ärger über sich selbst als Arzt bei SMI

Eigener Ärger ist bedrohlich

Bedrohlich bei SMI ist die eigene Endlichkeit (keine Zeit zu haben), Ärger darüber

Angst und Ärger bei SMI

SMI löst eigene Ängste und Inkompetenzgefühl aus

Arzt meint, er müsse ein Problem bei SMI lösen, schafft es aber nicht, das ist für ihn ärgerlich und bedrohlich

SMI löst strukturiertes Arbeiten auf, Struktur bei SMI nicht möglich

Arzt versucht bei SMI Kooperation mit soz. Umfeld aufzubauen: Verantwortung abschieben? Oder eher Ausdruck des eigenen Selbstverständnisses und des hohen Anspruchs, inkl. extrem ausgeprägter Nähe (wie organisiere ich das Leben des Patienten mit SMI im soz. Gefüge)

Zeitdruck: „Gefühl keine Zeit mehr zu haben“ = weil man die Begleitung bald abgeben muss

Zeitdruck: „Gefühl keine Zeit mehr zu haben“ = jetzt (vor der Demenz) muss man schnell noch alles regeln, da man dann nicht mehr mit Pat. kommunizieren kann

Überforderung, bei SMI alles selbst als Arzt regeln zu wollen

Ratlosigkeit bei SMI

3. Abschnitt (Z. 130–139)

Keine negativen Gefühle bei SMI

SMI ist leicht anzusprechen

SMI kann für Arzt frustrierend sein, kann aber auch ganz normal/einfach sein

SMI hat mit Gefühlen des Arztes zu tun

SMI hat nichts mit Gefühlen des Arztes zu tun

SMI gehört zum Arztsein dazu, dazu braucht man keine Gefühle

Demenz ist von der Therapie ganz anders

Aber ich kann als Arzt bei Demenz vieles machen

Weil ich bei Demenz viel machen kann, habe ich auch mit SMI kein Problem

SMI = Vorläufer der Demenz

Demenz ist händelbar, da kann ich als Arzt was machen, deshalb ist SMI auch nicht schlimm

SMI wird mit Demenz gleichgesetzt

SMI nicht trennbar von Demenz

4. Abschnitt (Z. 144–151)

Konzept bei SMI: Pat. häufiger sehen

Wunsch nach einem Tool, mit dem man bei SMI entscheiden kann, ob es objektiv ein Problem gibt oder nicht
Unsicherheit bei SMI, weil kein Tool vorliegt, um abzugrenzen, wann SMI wirklich mit Gedächtnisproblemen assoziiert sind

Bei SMI Screenen, ob wirklich was mit Gedächtnis nicht in Ordnung ist

Wiedereinbestellen bei SMI

Wiedereinbestellen wird nicht als Tool gesehen, nicht als wertvoll erachtet (machen wir mal so, aber ein TOOL wäre besser)

Test (was auch immer das ist) greift nicht, ist zu einfach

5. Abschnitt (Z. 156–160)

Patientensicherheit: ein einfacher Test reicht nicht, um den Patienten zu bestätigen/zu beruhigen, ein Test kann

also weder für Arzt, noch für Pat. Sicherheit herstellen

Test (MMSE?) greift nicht, weil er zu einfache Aufgaben enthält für Leute mit SMI

Die eigene Strategie, die Leute mit SMI wiedereinzubestellen und Empfehlungen sich fit zu halten, wird nicht als wirkliches und gutes Konzept erkannt

6. Abschnitt (Z. 175–182)

Bei Alten gehören Ged.sorgen dazu, typisch fürs Altern, wie weiße Haare

Testen hat Relevanz bei SMI

Ged.sorgen sind mit Testen verknüpft

Wenn bei SMI getestet wird, wird nichts gefunden

Bei Alten mit SMI wird nicht getestet, weil man da eh nichts feststellt (die haben keine Demenz)

Es gibt einen Normbereich, in dem ein Gedächtnisverlust normal ist und dann eine Grenze, ab der es Demenz ist

Der Normbereich des normalen Gedächtnisverlusts ist altersabhängig

7. Abschnitt (Z. 187–199)

Bei ausgeprägter Demenz ist alles klar, händelbar

Orientierung als deutlicher Marker für Demenz

Orientierungsprobleme sind bedrohlich

Gedächtnisprobleme an sich sind nicht bedrohlich (?)

Er bagatellisiert bei Demenz eigentlich bedrohliche Zustände

Er bagatellisiert, findet das aber nicht gut

Er bagatellisiert, um Not zu lindern (i.S. von beruhigen) und ihm da nichts anderes einfällt

Demenz ist erst, wenn man sich verläuft, und dann ist Not da, und dann muss man was tun

Gedächtnis und SMI sind nicht bedrohlich, sondern erst Demenz und Orientierungslosigkeit

Konzept: Warnzeichen für Demenz ist Orientierung

Grenze zur Demenz hat nichts mehr mit Gedächtnis zu tun, sondern dann eher mit Verlaufen

Eigene Hilflosigkeit durch Rationalisierung: Gedächtnisprobleme sind nicht bedrohlich und nicht Demenz

8. Abschnitt (Z. 206–215)

Problem, etwas bei Demenz klar zu benennen

Trost geben = bagatellisieren = verniedlichen = nicht ernst nehmen

Trost geben bei Demenz reicht nicht, kann auch zu Nachteilen führen (Schuss geht nach hinten los)

Es gäbe viele Angebote für Demenz, aber dann müsste man es ansprechen

Man müsste früher und mehr anbieten

Früheres und vermehrtes Anbieten setzt konkretes Benennen voraus

Trost geben setzt KEIN benennen voraus, kann aber auch schiefgehen, weil Trost geben keine Aktivität nah sich zieht

Das gesamte analysierte qualitative Material konnte aufgrund des hohen Umfangs (398 DIN-A4-Seiten, 132.296 Wörter) dieser Arbeit nicht beigefügt werden, sondern befindet sich auf einer separaten CD (siehe letzte Seite dieser Arbeit).

B.12 Erklärung der Zuordnung der Interviews

Nr. der narrativen Interviews	Faktorzuordnung
NI 01	Faktor 3 → größere Mittelstadt
NI 02, NI 03	Faktor 2 → kleinere Großstadt
NI 04	Faktor 1 → große Großstadt
NI 05	Faktor 1 → große Großstadt
NI 06	Faktor 1 → große Großstadt
NI 07	Faktor 4 → kleinere Mittelstadt
NI 08	Faktor 2 → kleinere Großstadt
NI 09	Faktor 4 → kleinere Mittelstadt
NI 10	Faktor 3 → größere Mittelstadt
NI 11	Faktor 4 → kleinere Mittelstadt
NI 112	Faktor 3 → größere Mittelstadt

Nr. der Fokusgruppe	Region der Teilnehmer	Faktorzuordnung
FG 01	Teilnehmer kamen aus dem gesamten Kreis Heinsberg	Faktor 4 → kleinere Mittelstadt
FG 02	Teilnehmer kamen aus dem gesamten Kreis Kleve	Faktor 3 bis 5 größere Mittelstadt bis größere Kleinstadt
FG 03	Teilnehmer kamen aus dem gesamten Kreis Wesel	Faktor 3 und 4 größere Mittelstadt kleinere Mittelstadt
FG 04	Teilnehmer aus Wuppertal/Solingen	Faktor 2 → kleinere Großstadt
FG 05	Düsseldorf	Faktor 1 → große Großstadt
FG 06	Krefeld	Faktor 2 → kleinere Großstadt

Bezeichnung	Einwohner	Funktion	Faktor
Große Großstädte	um 500.000 und mehr	oberzentrale Funktion oder mindestens jedoch mittelzentrale Funktion	1
Kleinere Großstädte	unter 500.000 bis 100.000		2
Größere Mittelstädte	mit Zentrum unter 100.000 bis 50.000	überwiegend haben diese Städte mittelzentrale Funktion	3
Kleinere Mittelstädte	mit Zentrum unter 50.000 bis 20.000		4
Größere Kleinstädte	mit Zentrum 20.000 bis 10.000 Einwohner	oder mindestens grundzentraler Funktion	5
Kleinere Kleinstädte	mit Zentrum 10.000 bis mindestens 5.000		6

Einteilungsmaßstäbe der Städte nach Faktor

In Anlehnung an BBSR Homepage – Forschungsfelder – Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen.

B.13 SRQR Checkliste (O'Brien et. al., 2014)

Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*

(O'Brien et al., 2014; <http://www.equator-network.org>)

Title and abstract	Page/line no(s).
Title - Concise description of the nature and topic of the study Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended	Deckblatt Subjektive Gedächtnisstörungen bei älteren Patienten in der Hausarztpraxis: eine Mixed-Methods-Studie zu Konzepten und Umgangsstrategien von Hausärzten (1) Qualitativer Forschungsansatz (2) Integration (3) Quantitativer Forschungsansatz ²⁶
Abstract - Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions	211 bis 211 Abstract Enthält Forschungsstand, Fragestellungen und Ziele Methoden, Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerungen ²⁷

Introduction	Page/line no(s).
Problem formulation - Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement	Seite 1 bis 10 Einleitung/Problemstellung In der Einleitung wird die Problemstellung und der Forschungsstand dargestellt
Purpose or research question - Purpose of the study and specific objectives or questions	Seite 7 unter 1.5 Darstellung der Ziele der Dissertation (Zweck, Ziele, Fragen, Vorgehen) 1.5.1 Die Exploration des Themenspektrums durch den qualitativen Forschungsansatz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgehensweise des qualitativen Forschungsanstzes Seite 9 unter 1.6.1 Fragestellungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragestellungen der qualitativen Erhebung

²⁶ Bei dieser Studie handelt es sich um eine Mixed-Methods-Studie/Dissertation, deshalb kann der Aufbau der SRQR nicht streng eingehalten werden.

²⁷ Der strukturelle Aufbau richtet sich hier nach den Vorgaben für Dissertationen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Methods	Page/line no(s).
<p>Qualitative approach and research paradigm - Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/ interpretivist) is also recommended; rationale**</p>	<p>Seite 18 unter 3.1 Beschreibung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitativer Ansatz und Forschungsparadigma ▪ Absicht und Zielsetzung der narrativen Interviews und Fokusgruppen ▪ Absicht und Zielsetzung der Fokusgruppen-diskussionen
<p>Researcher characteristics and reflexivity - Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability</p>	<p>Seite 20 bis 25 und Diskussion unter 5.2. Seite 55 bis 58</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekrutierungsansätze und –strategien ▪ Spielraum der Teilnehmer des narrativen Interviews ▪ Spielraum der Teilnehmer der Fokusgruppen-diskussion ▪ Forscher-Charakteristika und Reflexivität u.a. Erfahrungen, Qualifikation ▪ U.a. Beziehung zu den Teilnehmern
<p>Context - Setting/site and salient contextual factors; rationale**</p>	<p>Seite 19-21</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien des Studienkollektivs ▪ 3.1.2 Stichproben- und Rekrutierungsstrategien ▪ Weitere Kriterien bei der Rekrutierung des Samples ▪ Theoretische Sättigung
<p>Ethical issues pertaining to human subjects - Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues</p>	<p>Seite 25 unter 3.1.4 Zusätzliche Datenquellen für die qualitative Erhebung Beschreibung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forschungsethik, Datenschutzerklärung und Einwilligungserklärungen
<p>Data collection methods - Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale**</p>	<p>Seite 19 bis 27 Beschreibung der Datenerhebungsmethoden - Arten der erhobenen Daten; Einzelheiten der Datenerhebungsverfahren einschließlich der Start- und Enddaten der Datenerhebung und –analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumente und Techniken der Datenerhebung ▪ Rekrutierungsansätze und –strategien ▪ Datenerhebungsmethoden
<p>Data collection instruments and technologies - Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study</p>	<p>Seite 22 bis 25 3.1.3 und 3.1.4 Instrumente und Techniken der Datenerhebung Beschreibung der Instrumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (u.a. Interviewleitfäden, Fragebögen, Diktiergeräte, Memos), die für die Datenerhebung verwendet werden
<p>Units of study - Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)</p>	<p>Seite 23 und Seite 25</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spielraum der Teilnehmer und Vorgehen der Moderation

Methods	Page/line no(s).
Data processing - Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/de-identification of excerpts	<p>Seite 26 bis 27</p> <p>3.1.5 Kurzfragebogen zur Erfassung von Sozialdaten/ Praxisdaten</p> <p>3.1.6 Datenverarbeitung: Transkriptionen der qualitativen Interviews</p>
Data analysis - Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale**	<p>Seite 27 bis 33</p> <p>3.2 Datenanalyse und Auswertung der qualitativen Analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Dateneingabe und die die Datenanalyse untergliedert sich in sieben Schritte ▪ Die sieben Schritte dienen zur Explikation und zur Intercoder- und zur Intracoder Reliabilität
Techniques to enhance trustworthiness - Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale**	<p>Seite 27 bis 33</p> <p>Zur Intercoder-Reliabilität und Vertrauenswürdigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Fokusgruppendifiskussion wurde bewußt von einer Kollegin durchgeführt, die nicht dem SMI-GP Team angehört. <p>3.2.3 Zweiter Auswertungsschritt: offenes Codieren im multiprofessionellen Team</p> <p>3.2.4 Dritter Auswertungsschritt: Investigator Triangulation</p> <p>3.2.5 Unabhängige Kodierung und Analyse von zwei Ratern</p> <p>3.2.5 Siebter Arbeitsschritt: Präsentation der Ergebnisse zur Prüfung der Intercoder-Reliabilität</p> <p>Diese Techniken dienten zur Verbesserung der Vertrauenswürdigkeit - und Glaubwürdigkeit</p>

Results/findings	Page/line no(s).
Synthesis and interpretation - Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory	<p>Seite 34 bis 50</p> <p>4.1 bis 4.10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse/Befunde (1) der Konzepte (Überzeugungen, Emotionen) Hausärzte von SMI haben und (2) Welche Umgangsstrategien (Intentionen, Handlungen) Hausärzte bei SMI verfolgen- • Mit Interpretation der Hauptergebnisse Schlussfolgerungen und Themen
Links to empirical data - Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings	<p>Seite 34 bis 50</p> <p>4.1 Darstellung des Teilnehmerkollektiv der narrativen Interviews und Fokusgruppen</p> <p>4.2 Knowledge Mapping dient zur visuellen Präsentation der Hauptbefunde</p> <p>4.3 bis 4.10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verweis zu empirischen Daten - Evidenz → indem stetig die transkribierten originalen Textstellen zitiert werden

Discussion	Page/line no(s).
Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field - Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field	Seite 51 bis 58 5.1 Diskussion der qualitativen Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Zusammenfassung der Hauptergebnisse • Integration von früheren Arbeiten • Implikationen, Übertragbarkeit und Beitrag (zum Fachgebiet) • Erläuterung, wie die Ergebnisse und Schlussfolgerungen mit den Schlussfolgerungen früherer Arbeiten in Verbindung stehen
Limitations - Trustworthiness and limitations of findings	5.2 Qualität und Limitationen der qualitativen Daten <ul style="list-style-type: none"> • Gütekriterien, Einschränkungen - Vertrauenswürdigkeit und Grenzen der Ergebnisse/Limitationen

Other	Page/line no(s).
Conflicts of interest - Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed	Seite 10 Die Dissertation basiert auf die SMI-GP-Studie Die Studie SMI-GP (Beschreibung u.a. von Förderzeitraum, beteiligte Personen, Antragsteller etc.)
Funding - Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting	

*The authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research.

**The rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might be discussed together.

C. Materialien der Integration

C.1 Erste Item-Formulierung / Themenableitung

1. Hausarzterfahrung	
a)	In der Hausarztpraxis habe ich die Erfahrung gemacht, dass es Patienten schwerfällt, Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen anzusprechen.
b)	Wenn ich Patienten auf mögliche Gedächtnisprobleme anspreche, erfolgt meistens eine Abwehrreaktion, die Patienten fühlen sich vor den Kopf gestoßen.
c)	Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es Patienten leichter fällt, Gedächtnisprobleme/Gedächtnissorgen anzusprechen, wenn schon eine lange Arzt-Patienten-Beziehung besteht.
d)	Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Patienten, die von sich aus über Gedächtnissorgen sprechen, große Not verspüren.
e)	Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Patienten, die selber über das Gedächtnis klagen, sich unbegründet sorgen.

2. Angehörige	
a)	Wenn Angehörige das Thema Gedächtnisbeeinträchtigungen ansprechen, empfinde ich eine große Erwartungshaltung vonseiten der Angehörigen, dass ich als Hausarzt aktiv werden soll.
b)	Patienten kommen häufig in die Hausarztpraxis auf Drängen der Angehörigen zur Abklärung möglicher Gedächtnisprobleme.
c)	Dass Patienten alleine kommen und selber über Gedächtnisprobleme/Gedächtnissorgen berichten, ist selten in der Hausarztpraxis.
d)	Ich bestelle bei möglichen Gedächtnisproblemen die Angehörigen gerne ein, weil ich durch Angehörige bedeutsame Informationen erhalten kann.
e)	Ich empfinde es als Hausarzt sehr entlastend, wenn es bei Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen Angehörige gibt (an die ich mich wenden kann).

3. Tests	
a)	Bei Gedächtnissorgen/möglichen Gedächtnisstörungen führe ich einen Test durch: Extrahierte Gründe
	I. zur Objektivierung
	II. zur Absicherung und Beruhigung (für mich und den Patienten/Angehörigen)
b)	Wenn der Test unauffällig ist und keine <u>klaren Anzeichen</u> auf Gedächtnisstörungen vorliegen, dann erfolgt eine Kontrolluntersuchung in einem Jahr.
c)	Wenn Patienten von Gedächtnissorgen berichten, wende ich <u>folgende</u> Tests im Rahmen des Geriatrischen Basis-Assessment Tests an:
	I. DemTect II. Uhrentest III. MMST IV. Barthel-Index
d)	Um den Patienten etwas bei Gedächtnissorgen/Gedächtnisproblemen anbieten zu können, führe ich Tests durch. b) Ich führe Tests durch, ich bin jedoch von der Validität der vorhanden Tests für die Hausarztpraxis nicht überzeugt.
e)	Seit der geänderten Gebührenverordnung wende ich mehr Tests im Rahmen des Geriatrischen Basis-Assessment bei Gedächtnissorgen/Gedächtnisproblemen zur Objektivierung an, als vor der geänderten Gebührenordnung (MMST, Uhrentest, DemTect-Test)

f)	Ich habe die Erfahrung in der Hausarztpraxis gemacht, dass die vorhandenen Tests bei Gedächtnisstörungen nicht greifen, ich aber als Hausarzt eine Veränderung der Gedächtnisleistung spüre. oder Bei Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen spielt das hausärztliche Gefühl eine wichtige Rolle und die besondere Beziehung zum Patienten. oder Ich habe die Erfahrung in der Hausarztpraxis gemacht, dass die vorhandenen Tests nur bei starken Gedächtnisproblemen auffällig sind.
g)	Ich delegiere bewusst die Testdurchführung an meine MFA, (Mehrfachantworten sind möglich!) I. um den Weißkitteleffekt zu vermeiden
	II. Sie ist näher am Patienten dran
	III. um Aufgaben und Verantwortung zu übertragen
	IV. (Ich führe selber die Tests durch)
h)	Ich führe keine Tests zur Überprüfung der Gedächtnisleistung durch: (Mehrfachantworten sind möglich!) I. wenn es keine Konsequenz oder Handlungserwartung hat
	II. (bei einer fortgeschrittenen Demenz)
	III. wenn keine eindeutigen Hinweise bzgl. einer Gedächtnisstörung vorliegen
i)	Wenn ein Patient von Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen berichtet, habe ich das Gefühl, kein Tool zur Abklärung/Objektivierung zu haben.

4. Differentialdiagnostik

- a)** Wenn ein Patient Gedächtnisstörungen äußert, erfolgt immer eine internistische Abklärung (zum Ausschluss und zur Differenzierung von anderen Erkrankungen)?
- b)** Wenn ein Patient von Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen berichtet, kläre ich ab, ob eine Depression im Hintergrund ist (oder belastende Lebenssituationen bestehen).

5.. Gründe für eine Überweisung

- a)** Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen können verschiedene Ursachen haben, deshalb überweise ich zur Differenzierung und zum Ausschluss von anderen Erkrankungen.
- b)** Bei klaren Auffälligkeiten oder Verdacht einer Demenz überweise ich zum Spezialisten.
- c)** Bei Unsicherheiten, ob eine Gedächtnisstörung vorliegen könnte, überweise ich zum Spezialisten.
- d)** Wenn ein Patient eine Gedächtnisstörung nicht wahrhaben möchte, dann überweise ich, damit der Patient eine Zweitmeinung hört.
oder
Wenn Ansichten divergieren (zwischen Patient und Arzt oder Angehörigen) bzgl. einer Gedächtnisstörung, dann überweise ich.
- e)** Ich überweise bei Gedächtnissorgen/möglichen Gedächtnisstörungen:
 - weil die Abklärung von Gedächtnissorgen/Gedächtnisstörungen die Aufgabe eines Spezialisten ist.
 - Ich mich nicht sicher fühle in diesem Bereich
 - Ich die Verantwortung teilen möchte/mich absichern möchte
 - Um den Patienten etwas anbieten zu können
- f)** Eine Überweisung zum Spezialisten erfolgt, wenn eine Handlungskonsequenz erfolgen muss.
- g)** Aufgrund der langen Wartezeiten beim Neurologen führe ich vorher schon andere Untersuchungen durch und überweise z. B. zur CT-Untersuchung.
- h)** Nach einer Überweisung zum Neurologen/Psychiater zur Abklärung sehe ich meine Aufgabe als Hausarzt als beendet an.

6.. Passive Strategien	
a)	Ich führe Tests/Diagnostik <u>nur</u> durch, wenn es eine Behandlungsoption gibt. <u>oder</u> Ich führe Tests/Diagnostik <u>nur</u> durch, wenn es eine Behandlungskonsequenz hat.
b)	Ich empfinde bei verschiedenen Formen von Gedächtnisstörungen fehlende Handlungsmöglichkeiten. <u>oder</u> Ich empfinde bei verschiedenen Formen von Gedächtnisstörungen fehlende Handlungsmöglichkeiten (weil ich nicht weiß, was ich machen soll).
c)	Wenn ein Patient bezüglich Abklärung/Gespräch einer möglichen Gedächtnisstörung nicht aufgeschlossen ist, bestelle ich ihn unter einem anderen Vorwand ein <u>oder warte, bis ein Leidensdruck entsteht</u>
d)	Um keinen Patienten zu beleidigen oder zu verletzen, spreche ich von mir aus routinemäßig keine möglichen Gedächtnisstörungen an. <u>oder</u> Ich spreche Patienten auf Gedächtnisprobleme <u>nur</u> an, wenn massive Beeinträchtigungen im ADL-Bereich vorliegen (mit Fremdgefährdung). <u>oder</u> Um keine schlafenden Hunde zu wecken, spreche ich die Patienten auf mögliche Gedächtnisstörungen nicht an.

7.. Emotionen	
▪	es macht mich verärgert/wütend
▪	es macht mich traurig/nachdenklich
▪	neutrale Gefühle
▪	überrascht
▪	weil ich als Hausarzt wenig anbieten kann
▪	weil sich eine Demenz dahinter verbergen kann
▪	weil die Patienten, die selber klagen, meistens nichts haben
▪	weil die meisten Patienten überbesorgt sind durch das Thema Demenz in den Medien
▪	weil ich die meisten Patienten gut oder lange kenne (Besonderheit in der Hausarztpraxis)
▪	weil ich im nahen Umfeld selber betroffen bin
▪	weil ich kein Tool zur Verfügung habe, die Tests greifen nur starke Gedächtniseinbußen
▪	weil es zum Arztsein dazugehört
▪	weil es wie jede andere Erkrankung auch ist
▪	weil die Patienten, die meistens über das Gedächtnis klagen, eher die Patienten sind, wo ich meistens nicht von Gedächtnisproblemen ausgehe
▪	weil ich mich sicher in der Abklärung fühle
▪	weil es aussagefähige Tests zur Abklärung gibt

8. Wünsche	
a)	Wünschen Sie sich bei Patienten mit Gedächtnisproblemen einen Algorithmus mit klaren Handlungsempfehlungen zum Vorgehen?
b)	Wünschen Sie sich Verantwortung teilen zu können durch: <ul style="list-style-type: none">▪ Frühzeitige Einbindung von Spezialisten▪ Kollegiale Intervision/Qualitätszirkel?▪ Interdisziplinäre Zusammenarbeit/Netzwerkarbeit?
c)	Wünsche bei Gedächtnissorgen/möglichen Gedächtnisstörungen <ul style="list-style-type: none">Ein einfaches Tool, welches praktikabel für die Hausarztpraxis istEin kurzer Fragebogen für die PatientenAufbauende Tests für die Verlaufsdiagnostik
d)	Wünschen Sie sich ein Konzept, welches Möglichkeiten zur Unterstützung (integrierte Versorgung, Ergotherapie, Physiotherapie etc.) aufzeigt?

C.2 10 Gebote der Frageformulierung (Porst, 2000)

Um möglichst klare, verständliche Fragen zu formulieren, wurden die 10 Gebote der Frageformulierung von Porst (2014) und (2000) berücksichtigt.

1. Einfache, unzweideutige Begriffe verwenden, die von allen Befragten in gleicher Weise verstanden werden (Porst, 2000)

Was eine „einfache“ oder „unzweideutige“ Formulierung ist, hängt jedoch von den Hausärzten, die befragt werden sollten, und vom Kontext ab (Porst 2014, 2000). Ob die Begriffe für die Zielgruppe der Hausärzte verständlich sind, wurde im kognitiven Interview überprüft.

Beispiel: Im Frageblock 2–6 geht es um den Fall, dass ein älterer Patient dem Hausarzt erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet, dieser aber bislang keine Defizite bemerkt hat. Hier wird bewusst nicht der Begriff „Subjective Memory Impairment“ verwendet, sondern der Begriff „Gedächtnisstörungen“, damit alle Hausärzte möglichst die Beschreibung in gleicher Weise verstehen.

2. Lange und komplexe Fragen vermeiden (Porst, 2000)

Lange und komplexe Items bergen die Gefahr, dass sie schnell unverständlich werden, Redundanzen und überflüssige Begriffe aufweisen und zu viele unterschiedliche Stimuli enthalten. Inwiefern eine Frage als komplex empfunden wird, hängt im hohen Maße von der Zielgruppe ab (Porst 2014, 2000). Wichtig ist hier, dass es sich um Akademiker handelt.

3. Hypothetische Fragen vermeiden (Porst, 2000)

Bei der Beantwortung einer hypothetischen Frage muss sich der Hausarzt in eine Situation versetzen, in der er sich aktuell nicht befindet. Dies hängt stark von den alltäglichen praktischen Vorerfahrungen und oder dem Wissensstand ab (Porst, 2000). Der Fragebogen umfasst bewusst Items, in denen es um die persönlichen Einschätzungen von Patienten geht, die bei sich selbst Gedächtnisprobleme wahrnehmen (SMI, Fall I). Hier muss sich der Arzt in die Rolle der Patienten versetzen. Weil dies zur zentralen Fragestellung der Studie gehört, wird dennoch die Einschätzung der Hausärzte zu ihren Patienten abgefragt.

Beispiel aus dem Frageblock 4: „Ist es diesen Patienten unangenehm, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?“

4. Doppelte Stimuli und Verneinungen vermeiden (Porst, 2000)

Durch die Verwendung von doppelten Stimuli in einem Item kann bei unterschiedlicher Ausrichtung die Frage möglicherweise nicht eindeutig beantwortet werden (Porst, 2000)

Beispiel: „Warten Sie zunächst ab und beobachten den Patienten im Verlauf?“ Diese Frage ist möglicherweise für einen Teil der Hausärzte nicht eindeutig zu beantworten. Dies wäre der Fall, wenn der Hausarzt zwar abwartet, aber nicht den Verlauf beobachtet. Als denkbare und richtige Antwort wäre „abwar-

ten ja“ und „beobachten im Verlauf nein“ zu erwarten. Mit diesem Frage-Item ist am Ende nicht deutlich, welchem der beiden Stimuli zugestimmt wurde. Dem Studienteam ist dieses Item mit dem doppelten Stimulus zuerst nicht aufgefallen.

5. Unterstellungen und suggestive Fragen vermeiden (Porst, 2000)

Durch Unterstellungen in einer Frageformulierung kann höchstwahrscheinlich keine vernünftige Beantwortung der Hausärzte erfolgen. Dies ist darin begründet, dass die Hausärzte zwar der eigentlichen Aussage zustimmen können, nicht aber der Unterstellung (Porst 2014, 2000).

Beispiel: „Haben die fehlenden Konzepte zum Thema Gedächtnisstörungen in der Hausarztpraxis Ihrer Ansicht nach Einfluss auf Ihr tägliches Handeln in der Hausarztpraxis?“ Dieser Inhalt ließ sich aus den qualitativen Interviews durch die Analyse und deren Sinnstrukturen eindeutig erschließen. Im Fragebogen sollte jedoch diese Unterstellung nicht in dieser Weise dargestellt werden. Bei suggestiven Fragen werden die befragten Hausärzte in einen Bereich gedrängt, und bei der Beantwortung des Items wird ihr Freiheitsspielraum beeinträchtigt.

6. Fragen vermeiden, die auf Informationen abzielen, über die viele Befragte mutmaßlich nicht verfügen (Porst, 2000)

Wie das Gebot 1 ist dieses stark von der Zielgruppe abhängig, die befragt werden soll (Porst 2014, 2000).

Dies wäre vermutlich der Fall gewesen, wenn das SMI-GP-Team über Forschungswissen zu SMI und Prädiktoren gefragt hätte.

7. Fragen mit eindeutigem zeitlichem Bezug verwenden (Porst, 2000)

Items, die auf Sachverhalte oder Meinungen innerhalb eines bestimmten (vergangenen, gegenwärtigen oder zukünftigen) Zeitraums abzielen, sollten eindeutig definiert sein. Wichtig ist, dass der verwendete zeitliche Bezug eindeutig dargestellt wird (Porst, 2000).

Ein **Beispiel** für eine vieldeutige Formulierung: „In den folgenden Fragen beziehen wir uns auf Patienten, die von sich aus über Gedächtnisprobleme berichten (Sie als Hausarzt bisher aber nichts bemerkt haben). Was machen Sie dann üblicherweise?“ Hier ist unklar, welche Patienten gemeint sind: junge oder ältere Patienten? Und wann wird welches Verhalten üblicherweise angewendet, in den nächsten Konsultationen oder in einem halben Jahr?

Ein **Beispiel** für eine eindeutige Formulierung: „In den Fragen 2 bis 6 geht es um den Fall, dass ein älterer Patient (wurde vorher definiert) Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet, Sie als Hausarzt aber bislang keine Defizite bemerken: Was machen Sie dann üblicherweise (direkt und in den nächsten 2–5 Konsultationen)?“

8. Antwortkategorien verwenden, die erschöpfend und disjunkt (überschneidungsfrei) sind (Porst, 2000)

Die Antwortkategorien sind nicht erschöpfend, wenn die Antwortkategorie nicht abgedeckt wird (die eine bestimmte Person geben möchte). Disjunkt bedeutet die Zuordnung einer Antwortkategorie, die überschneidungsfrei ist, wenn keine Mehrfachnennung möglich ist.

Beispiel: Geschlecht: weiblich, männlich und anders. „Anders“ wird häufig in einer Fragebogenerhebung nicht abgedeckt.

9. Sicherstellen, dass der Kontext einer Frage sich nicht auf deren Beantwortung auswirkt (Porst, 2000)

Dieses Gebot birgt in der Praxis die größte Herausforderung und ist zugleich schwierig zu kontrollieren. Die entsprechenden Antworten können immer Auswirkungen auf Folgeitems haben. Die Auswirkungen können nur in einem Pretest oder im schlechtesten Falle in den Daten selbst ersichtlich sein. Das Konzept hat bei dieser Erhebung definitiv Einfluss, weil sich viele Fragen auf die Denkweise, die Erfahrungen und Emotionen der Hausärzte zum Thema beziehen.

10. Unklare Begriffe definieren (Porst, 2000)

Inspektion was möglicherweise unklar für den Hausarzt ist.

Beispiel: ÄLTERE Patienten → Wichtige Hinweise vorab: Alle Fragen beziehen sich auf ältere Patienten (> 65) ohne manifeste Demenzerkrankung.

C.3 Vorläufiger Fragebogen (kognitive Interviews)

Besorgte Patienten, vergessliche Patienten?!

Ihre persönliche Meinung
zum Umgang in der Praxis ist gefragt



Liebe Hausärzte und Hausärztinnen,
 subjektive Gedächtnisstörungen werden zurzeit intensiv beforscht, Konzepte und Methoden entwickelt. Die Sicht der Hausärzte und Hausärztinnen jedoch, die im Alltag am meisten Kontakt mit älteren Menschen haben, wird bisher völlig ausgeblendet. Wir wollen vermeiden, dass hier an uns und der Versorgungsrealität „vorbeigeforscht“ wird und spezialisierende Konzepte die hausärztliche Arbeit verkomplizieren. Deshalb ist uns Ihre Meinung als tätige Hausärztin und tätiger Hausarzt sehr wichtig.

Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung, Ansicht und Praxiserfahrung am besten beschreibt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.
 Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für Hausärztinnen und Hausärzte.

Vielen DANK für Ihre Teilnahme und somit wertvolle Unterstützung. Bei Unklarheiten oder Fragen können Sie mich sehr gerne kontaktieren unter
 ☎ 0157/32622047 oder ✉ verena.leucht@uni-med.duesseldorf.de

Jede Rücksendung zählt, um die hausärztliche Perspektive darstellen zu können.

Vorab herzlichen Dank für die Rücksendung Ihres Fragebogens
 Verena Leucht (Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin)



1. Bitte schätzen Sie ein: Wie oft kommt es pro Quartal vor, ... (1 Kreuz pro Zeile!)	(fast) nie	nur wenige Male pro Quartal	mehrere Male pro Quartal	(fast) wöchent- lich
... dass Ihnen ein älterer Patient von sich aus erstmalig von Gedächtnisproblemen <u>berichtet</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie bei einem älteren Patienten erstmalig Gedächtnisdefizite <u>vermuten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie einen älteren Patienten (direkt oder indirekt) erstmalig auf dessen Gedächtnis <u>ansprechen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass <u>Angehörige/Bekannte</u> eines Patienten zu Ihnen kommen und Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen des Patienten berichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass <u>Ihre Mitarbeiter</u> (MFA, Kollegen) Sie erstmalig auf mögliche Gedächtnisdefizite eines Patienten hinweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wenn Sie als Hausarzt einen älteren Patienten **auf sein Gedächtnis ansprechen**, welchen ungefähren Wortlaut verwenden Sie üblicherweise?

.....



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

1

Das mache ich nie.

In den folgenden Fragen beziehen wir uns auf Patienten, die von sich aus über Gedächtnisprobleme berichten (Sie als Hausarzt bisher aber nichts bemerkt haben)!

3. Ein Patient berichtet Ihnen von Gedächtnisproblemen: Wie gehen Sie üblicherweise vor? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwiegend	JA auf jeden Fall
Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiegen Sie ein solches Gespräch übers Gedächtnis ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie gezielt Nachfragen zur genauen Art der berichteten Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie gezielt Nachfragen zur Dauer der berichteten Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen Sie den Patienten nach möglichen Auslösern der Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie einen Gedächtnistest an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warten Sie erstmal ab und beobachten den Patienten im weiteren Verlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie Labordiagnostik an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie an, den Patienten zu einem Neurologen/Psychiater zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen Sie den Patienten nach Belastungen und Stressoren, die mit den berichteten Gedächtnisproblemen in Zusammenhang stehen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie Vorschläge zur Erhaltung der geistigen Fitness (z.B. zu Gedächtnistraining)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie die Angehörigen ein, um deren Einschätzung zu erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen Sie die berichteten Gedächtnisprobleme als Anlass, um mit dem Patienten über Patientenverfügung und Vorlagevollmacht zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

4. Aus Ihrer Erfahrung: Berichtet ein Patient Ihnen erstma- lig von Gedächtnisproblemen ... (1 Kreuz pro Zeile!)	wider- spricht voll meiner Er- fahrung	deckt sich eher weniger mit meiner Er- fahrung	deckt sich vorwiegend schon mit meiner Er- fahrung	entspricht absolut meiner Er- fahrung
... ist dies Zeichen einer noch nicht greifbaren Demenzvorstufe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dies meist ein Grund zur Sorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist oft das Gedächtnis auch wirklich beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dies Zeichen einer Depression oder belastenden Lebenskrise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dies Zeichen einer beginnenden Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dies ein Risikofaktor für eine später auftretende Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann man sowieso nichts machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Aus Ihrer Erfahrung: Patienten, die über Gedächtnisprobleme berichten ... (1 Kreuz pro Zeile!)	wider- spricht voll meiner Er- fahrung	deckt sich eher weniger mit meiner Er- fahrung	deckt sich vorwiegend schon mit meiner Er- fahrung	entspricht absolut meiner Er- fahrung
... sind in der Praxis zeitaufwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind eher „schwierige“ Persönlichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind durch die Medien aufgeschreckt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verspüren große Not?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Diagnostik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Beschwichtigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

6. Wie schätzen Sie Ihre Patienten ein? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwiegend	JA auf jeden Fall
Wollen Ihre Patienten mit Ihnen übers Gedächtnis sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihre Patienten Ihrer Erfahrung nach Hemmungen, Sie als Hausarzt auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es den Patienten unangenehm, mit Ihnen übers Gedächtnis zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Patienten auf deren Gedächtnis ansprechen (würden), blocken diese das Gespräch ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Patienten auf deren Gedächtnis ansprechen (würden), fühlen diese sich gekränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Was löst es bei Ihnen aus, wenn ein Patient Ihnen über Gedächtnisprobleme berichtet? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN empfinde ich überhaupt nicht so	NEIN empfinde ich tendenziell nicht so	JA empfinde ich überwie- gend so	JA empfinde ich genau so
„... das ist störend/nervig ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... das macht mich hilflos ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... da fühle ich mich kompetent ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... da bin ich der richtige Ansprechpartner ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... da weiß ich direkt, was ich anbieten kann ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... da will ich am liebsten die Verantwortung teilen ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... das überfordert mich?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... das macht mich traurig ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... das berührt mich persönlich?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... das macht mich wütend ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... das ist mir unangenehm ?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„... das erzeugt einen Druck , dass ich irgendetwas machen soll (diagnostisch/therapeutisch)?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

In den folgenden Fragen geht es um die Rolle Dritter (Angehörige und MFA).

8. Wenn Angehörige zu Ihnen kommen und von Gedächtnisproblemen eines Ihrer Patienten berichten... (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN empfinde ich überhaupt nicht so	NEIN empfinde ich tendenziell nicht so	JA empfinde ich überwiegend so	JA empfinde ich genau so
... empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... empfinden Sie einen Druck, dass Sie irgend etwas machen sollen (diagnostisch/therapeutisch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... empfinden Sie es als entlastend, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erhöht das für Sie das Konfliktpotenzial zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht das für Sie die Behandlung komplexer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie bewerten Sie für sich folgende mögliche nächste Schritte? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwiegend schon	JA auf jeden Fall
Bitten Sie den Angehörigen, zunächst mit dem Patienten <u>gemeinsam</u> in die Praxis zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie den Patienten zunächst <u>alleine</u> ein, um ihn selbst zu seiner Sicht auf sein Gedächtnis zu befragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie den Patienten zunächst <u>alleine</u> ein, um einen Gedächtnistest mit ihm durchzuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie den Patienten zunächst <u>alleine</u> ein, um mit ihm über die Aussage des Angehörigen zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warten Sie zunächst ab und <u>beobachten</u> den Patienten im Verlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Rolle der MFA	keine Rolle	geringe Rolle	relevante Rolle	zentrale Rolle
Welche Rolle spielt Ihre Medizinische Fachangestellte (MFA) bei der frühen Wahrnehmung möglicher Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

11. Wer führt in Ihrer Praxis Gedächtnistests durch?

(*Mehrere Kreuze erlaubt!*)

- Sie selbst
- Ein ärztlicher Kollege
- Eine medizinische Fachangestellte (MFA)
- Sonstige:
- Niemand – in Ihrer Praxis wird nicht getestet.

12. Welche Gedächtnistests werden in Ihrer Hausarztpraxis durchgeführt?

(*Mehrere Kreuze erlaubt!*)

- DemTect
- MMST bzw. MMSE (Mini-Mental-Status-Test)
- Uhrzeichen-Test (Clock Drawing Test)
- VAT (Visueller Assoziationstest)
- MoCA (Montreal Cognitive Assessment)
- TFDD (Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung)
- Sonstige
- Keine

13. Aus Ihrer Sicht: Was beabsichtigen Sie persönlich mit Gedächtnistests? (1 Kreuz pro Zeile!)

	kein Ziel / allenfalls neben-sächlich	ehler nach-geordnetes Ziel	bedeutsa-mes Ziel	oberstes Ziel
--	---------------------------------------	----------------------------	-------------------	---------------

Objektivierung möglicher Gedächtnisstörungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dokumentation, dass Sie das Gedächtnis überprüft haben?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Den Patienten überhaupt etwas anbieten können?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Beruhigung besorgter Patienten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Diagnostik im Verlauf (mehrere Tests in zeitlichem Abstand)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Entscheiden, ob Sie überweisen sollen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

14. Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige Aussagen von Hausärzten zum Thema Gedächtnistests: Inwieweit stimmen Sie zu? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN stimme überhaupt nicht zu	NEIN stimme eher nicht zu	JA stimme vorwiegend zu	JA stimme voll und ganz zu
„Gedächtnistests können meiner Erfahrung nach nur die schon stärker ausgeprägten Defizite aufdecken.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Meiner Erfahrung nach kann ich mit einem Gedächtnistest schon leichte Gedächtnisdefizite gut erkennen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Seitdem man Gedächtnistests abrechnen kann, führen wir sie öfter durch.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich als Hausarzt kann Veränderungen im Gedächtnis der Patienten intuitiv früher erkennen als ein Test.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lehne Gedächtnistests ab, weil man keine Konsequenzen ableiten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Durchführung von Gedächtnistests gelingt in meiner Hausarztpraxis gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die Durchführung von Gedächtnistests ist mir unangenehm.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Gedächtnistests stören die übliche Arzt-Patient-Kommunikation.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was meinen Sie zu Patienten, die Sie schon lange und/oder sehr gut kennen im Vergleich zu weniger gut bekannten Patienten?

15. „Wenn solche **gut bekannten** Patienten mich aufs Gedächtnis ansprechen wollen...“

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fällt denen das <u>viel schwerer</u> ."	-weder noch-				...fällt denen das <u>viel leichter</u> ."		

16. „Wenn ich als Hausarzt solche **gut bekannten** Patienten aufs Gedächtnis ansprechen will...“

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...fällt mir das <u>viel schwerer</u> ."	-weder noch-				...fällt mir das <u>viel leichter</u> ."		



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Nun geht es um die Überweisung von Patienten mit Gedächtnisproblemen zu Neurologen/Psychiatern:

17. Was wären für Sie Gründe für eine Überweisung von Patienten mit Gedächtnisproblemen zu Neurologen/Psychiatern? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwiegend schon	JA auf jeden Fall
Herausfinden der Ursachen der Gedächtnisprobleme mittels weitergehender Diagnostik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Patient und Angehörige sich uneinig über Gedächtnisprobleme sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um besorgte Patienten mit einer Zweitmeinung zu beruhigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Patienten Ihnen nicht glauben, dass Gedächtnisprobleme vorliegen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damit das Thema nicht Ihre Arzt-Patient-Beziehung belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil Sie sich unsicher fühlen bei diesem Thema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil Sie sich mit einer Zweitmeinung absichern möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um dem Patienten überhaupt etwas anbieten zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil Sie die Verantwortung abgeben möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil das Thema Gedächtnisprobleme für die Hausarztpрактиk zu zeitaufwändig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Sie sehen im folgenden sinngemäß einige Aussagen von Hausärzten zum Thema Gedächtnis.

18. Geben Sie bitte an, inwieweit Sie diesen Aussagen zustimmen oder nicht. (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN stimme überhaupt nicht zu	NEIN stimme eher nicht zu	JA stimme vorwie- gend zu	JA stimme voll und ganz zu
„Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich persönlich sehe mich in Sachen Gedächtnis als Vermittler zwischen Patient und dessen Angehörigen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich persönlich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnisprobleme.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Gedächtnisprobleme gehören für mich persönlich genauso zu meiner hausärztlichen Arbeit wie andere Probleme auch.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär eine Aufgabe von Neurologen/Psychiatern .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die Versorgung von Menschen mit Gedächtnisproblemen gehört in hausärztliche Hand .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Welche Gründe sprechen für Sie persönlich **DAGEGEN**, als Hausarzt einen Patienten aktiv auf sein Gedächtnis anzusprechen? (Mehrere Kreuze erlaubt!)

- Weil lieber die **Patienten selbst** das Thema bei Ihnen ansprechen sollten.
- Weil lieber **Angehörige/Bekannte** das Thema bei Ihnen ansprechen sollten.
- Weil Sie keine „**schlafenden Hunde**“ wecken wollen (das Thema vermeiden).
- Weil Sie niemanden **beleidigen** oder stigmatisieren möchten.
- Weil
- Es gibt **keine** Gründe dagegen.



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

20. Gibt es Patientengruppen, bei denen Sie das Thema Gedächtnis eher vermeiden? (Mehrere Kreuze erlaubt!)

- Ja, bei **sehr alten** Patienten
- Ja, bei **Heimbewohnern**
- Ja, bei Patienten mit **psychischen Erkrankungen** (z.B. Depression)
- Ja, bei Patienten mit **Multimorbidität**
- Ja, bei Patienten in **guter sozialer Einbettung** (z.B. Familie)
Ja, bei **folgenden** Patienten vermeiden Sie das Thema Gedächtnis eher:
-
.....
- Nein, Sie vermeiden es bei **keiner** bestimmten Patientengruppe.

21. Sprechen Sie Patienten aktiv aufs Gedächtnis an? (Mehrere Kreuze erlaubt!)

- Ja, wenn Sie als Hausarzt bereits Gedächtnisauffälligkeiten beim Patienten vermuten?
- Ja, wenn Angehörige/Bekannte Ihnen von Gedächtnisauffälligkeiten eines Patienten berichten?
- Ja, wenn Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie auf Gedächtnisauffälligkeiten eines Patienten hinweisen?
- Ja, sprechen Sie fast alle ab einem gewissen Alter routinemäßig aufs Gedächtnis an?
Ja, besonders folgende Patientengruppen sprechen Sie aktiv aufs Gedächtnis an:

.....
- Nein, Sie sprechen das Thema nie an.

22. Wie greifen Sie üblicherweise das Thema Gedächtnis mit Ihren Patienten auf? (nur 1 Kreuz!)

- indirekt**, z.B. über das Ansprechen möglicher Nebenwirkungen der Medikation
- mit offenen Fragen**, wie es allgemein mit dem Denken o. dem Gedächtnis klappt
- direkt**, mit Hinweis auf die Früherkennung einer möglichen Demenz

23. Ansprache	gar nicht unangenehm	etwas unangenehm	ziemlich unangenehm	äußerst unangenehm
Ist es Ihnen persönlich unangenehm , einen Patienten aufs Gedächtnis anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Trifft nicht zu: Ich spreche Patienten nie darauf an.				



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

10

24. Bei Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten: Wie bewerten Sie die folgenden möglichen Arbeitshilfen? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN, brauche ich nicht für meine Hausarztpraxis	Nutze ich bereits in meiner Hausarztpraxis	JA, wünsche ich mir für meine Hausarztpraxis
Ein Algorithmus mit klaren Handlungsempfehlungen zum weiteren Vorgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühzeitige Einbindung von Spezialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegiale Fallbesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Netzwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Instrument (Test oder Fragebogen), um unterscheiden zu können, ob Patienten sich unbegründet sorgen oder tatsächlich Gedächtnisdefizite bestehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Instrument (Test oder Fragebogen) zur wiederholten Erfassung von Gedächtnisproblemen (Verlaufsdiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorgehen

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zurück

Einfach den Fragebogen in den beiliegenden **vorbereiteten Umschlag** per Post an uns senden.



Universitätsklinik Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin
Rücksendung XXX Verena Leucht
Postfach 10 50 42

Um eine Pseudonymisierung zu gewährleisten, bitten wir Sie, den Fragebogen nicht mit Ihrem Namen zu versehen.

Ansprechpartner

Verena Leucht



Doktorandin
☎ (0) 211 / 81- 1 68 17
☎ (0)157/ 32622047

Verena.Leucht@med.uni-duesseldorf.de

PD Dr. Michael Pentzek



Projektleitung
☎ (0)173 / 567 7725
☎ (0) 211 / 81- 1 68 18

Pentzek@med.uni-duesseldorf.de

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)



Medizinische Fakultät
Heinrich-Heine-Universität
Fax: (0)211 / 81- 1 87 55
Werdener Str. 4 | 4. OG | 40227 Düsseldorf



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

C.4 Leitfaden des kognitiven Interviews

**Entwicklung eines Instruments zur Erfassung
von Konzepten und Vorgehensweisen in der Hausarztpraxis
bei Gedächtnissorgen und möglichen Gedächtnisstörungen**

Kognitives Interview

ein Forschungsprojekt
des Universitätsklinikums Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin



INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

ID:	
Interviewer:	
Datum:	
Dauer:	
Ort:	

Begrüßung und Aufklärung:

Guten Tag, mein Name ist Verena Leucht / oder Michael Pentzek, ich bin Mitarbeiter/in des Institutes für Allgemeinmedizin und forsche zum Thema Gedächtnis (und möchte meine Dissertation zu diesem Vorhaben verfassen).

Zuerst möchte ich mich bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben, uns bei unserer Arbeit zu unterstützen.

Wie Sie wissen, möchten wir einen Fragebogen entwickeln, der erfasst, wie Hausärzte vorgehen und was Sie denken, wenn ein Patient über Gedächtnissorgen klagt oder mögliche Gedächtnisstörungen vorliegen können.

Wir haben in einem ersten Schritt schon einen vorläufigen Fragebogen entwickelt. Wir wissen aber noch nicht, ob dieser Fragebogen wirklich so funktioniert. Diesen Bogen möchten wir mit Ihrer Hilfe und der Hilfe anderer niedergelassenen Hausärzte/innen gerne verbessern.

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Nicht Sie sollen getestet werden, sondern der Fragebogen. Alles was sie sagen, kann uns helfen, den Bogen zu verbessern. Das Ganze wird ca.60- 90 Minuten dauern.

Das Interview wird mit einem Tonband aufgezeichnet, aber ohne Angabe Ihres Namens. Das ist wichtig, da ich vielleicht in manchen Situationen nicht alles mitschreiben kann und dann später nochmal „reinhören“ kann, wenn es zu schnell ging.

- Was ich Ihnen gerade erklärt habe, geben ich Ihnen nun schriftlich als Studieninformation
- Des Weiteren benötige ich die Einverständniserklärung von Ihnen

Haben Sie noch Fragen zum Vorgehen?

Item 1: Information Retrieval Probing zu Item 1

(Nachfragen zur Informationsbeschaffung/-gewinnung)

Wie haben Sie sich daran erinnert, wie sind Sie vorgegangen?

Item 1 (a-d)

Item 1: General Probing zu Item 1

Gibt es etwas, was an diesen Fragen nicht gut zu verstehen oder uneindeutig war?

Item 1 (a-d)

Item 2: Comprehension Probing zu Item 2

Nachfragen zum Verständnis

Wie haben Sie das Wort „Gedächtnis“ verstanden?

Item 2

Nun möchte ich Sie bitten, die Anleitung vor den Frageblock drei aufmerksam durchzulesen

Item 3 Instruktion: Paraphrasing

Bitte erklären Sie in eigenen Worten was gemeint ist

Item 3 (Vortext)

In den folgenden Fragen beziehen wir uns auf Patienten, die von sich aus über Gedächtnisprobleme berichten (Sie als Hausarzt bisher aber nichts bemerkt haben)!

Item 3: Think Aloud zu Item 3 a bis n

Ich gebe Ihnen jetzt ein kleines Beispiel:

Stellen Sie sich bitte Ihre Hausarztpraxis vor. Wie viele Fenster gibt es (im Wartebereich und in den Behandlungsräumen) dort?

Bitte sagen Sie mir, was Sie sehen oder denken während Sie die Fenster zählen. Details beschreiben und Umgang mit Unklarheiten)

Wir möchten Sie nun bitten, dass Sie alle (relevante) Überlegungen, die zur Beantwortung der Frage führen, verbalisieren (lautes denken/ wie beim vorherigen Beispiel)

Item 3 a bis n

Item 4: Information Retrieval Probing zu Item 4

(Nachfragen zur Informationsbeschaffung/-gewinnung)

Wie haben Sie sich daran erinnert, wie sind Sie vorgegangen?

Retrieval Probing zu

Item 4

Item 7: Category Selection Probing

Nachfragen zur Wahl der Antwortkategorie/des Skalenwertes

2–3 Items rausnehmen

- Antwort ganz links
- wo ganz viele Antworten in der Mitte sind
- Antwort ganz recht

Erklären lassen, „Warum haben Sie den Skalenwert „X“ gewählt?“

Weshalb haben Sie den Skalenwert „X“ gewählt?

Item 7

Dann möchte ich Sie nun bitten, die Frageblöcke 5 bis 7 aufmerksam durchzulesen und zu beantworten. Sie können sich gerne wieder Randnotizen aufschreiben. Sagen Sie bitte Bescheid, wenn Sie den 7. Frageblock beantwortet haben.

Item 8 Instruktion: Paraphrasieren

Bitte erklären Sie in eigenen Worten was gemeint ist!

Item 8

Item 9b und e: Paraphrasieren Item 9b Item 9e <hr/>	Bitte erklären Sie in eigenen Worten was gemeint ist!
---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Dann möchte ich Sie nun bitten, die Fragblöcke 10–13 aufmerksam durchzulesen und zu beantworten. Sie können sich gerne Randnotizen aufschreiben. Sagen Sie bitte Bescheid, wenn Sie den 13. Fragblock beantwortet haben.

Item 13: Category Selection Probing Weshalb haben Sie den Skalenwert “X” gewählt? Item 13 <hr/>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Dann möchte ich Sie nun bitten, die Fragblöcke 14–15 aufmerksam durchzulesen und zu beantworten. Sie können sich gerne Randnotizen aufschreiben. Sagen Sie bitte Bescheid, wenn Sie den 15. Fragblock beantwortet haben.

Item 15: Category Selection Probing und Confidence Rating zu Item 15 Technik zur Bewertung der <u>Verlässlichkeit</u> einer Antwort (bei Rückerinnerungsfragen) <i>Warum haben Sie Ihr Kreuz an dieser Stelle gesetzt?</i> <i>Wie sicher sind Sie sich bei dieser Antwort?</i>	
Item 15 <hr/>	

Dann möchte ich Sie nun bitten, die Fragblöcke 16–18 aufmerksam durchzulesen und zu beantworten. Sie können sich gerne Randnotizen aufschreiben. Sagen Sie bitte Bescheid, wenn Sie den 18. Fragblock beantwortet haben.

Item 18: Category Selection Probing zu Item 18 Nachfragen zur Wahl der Antwortkategorie/des Skalenwertes	
2–3 Items rausnehmen <ul style="list-style-type: none"> • Antwort ganz links • wo ganz viele Antworten in der Mitte sind • Antwort ganz recht 	
Erklären lassen, „Warum haben Sie den Skalenwert “X” gewählt?“	
Weshalb haben Sie den Skalenwert “X” gewählt? Item 18 <hr/>	

Dann möchte ich Sie nun bitten, den Fragblocke 19. aufmerksam durchzulesen und zu beantworten. Sie können sich gerne Randnotizen aufschreiben. Sagen Sie bitte Bescheid, wenn Sie den 19. Fragblock beantwortet haben.

Think Aloud zu Item 20 und evtl. 24

Wir möchten Sie nun bitten, dass Sie alle (relevante) Überlegungen, die zur Beantwortung der Frage führen, verbalisieren (lautes denken/ wie beim vorherigen Beispiel)

Think Aloud zu Frage Item 20	
Think Aloud evtl. zu 24?	

Was fällt Ihnen spontan zum Fragebogen ein?	
Wie war der Fragebogen für Sie? Wie ist Ihr Gesamtein-druck?	
Was finden Sie verbesserungswürdig?	
Was finden Sie gut am Fragebogen?	
<u>Was finden Sie interessant?</u>	
Was finden Sie nicht interessant?	
Wie finden Sie den Einleitungs-text?	

Wenn Sie sich die Fragen nochmals anschauen, welche Fragen würden Sie weggelassen?	
Item -----	
Item -----	
Item -----	

C.5 Ergebnisse des kognitiven Interviews

 Ergebnisse zu Block 1				
1. Bitte schätzen Sie ein: Wie oft kommt es pro Quartal vor, ... (1 Kreuz pro Zeile!)	(fast) nie	nur wenige Male pro Quartal	mehrere Male pro Quartal	(fast) wöchent- lich
... dass Ihnen ein älterer Patient von sich aus erstmalig von Gedächtnisproblemen <u>berichtet</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie bei einem älteren Patienten erstmalig Gedächtnisdefizite <u>vermuten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass Sie einen älteren Patienten (direkt oder indirekt) erstmalig auf dessen Gedächtnis <u>ansprechen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass <u>Angehörige/Bekannte</u> eines Patienten zu Ihnen kommen und Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen des Patienten berichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass <u>Ihre Mitarbeiter (MFA, Kollegen)</u> Sie erstmalig auf mögliche Gedächtnisdefizite eines Patienten hinweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KI1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Was ist ein älterer Patient“? ▪ KI1 fehlt eine Altersangabe, er wünscht sich eine Spezifizierung ▪ Er sagt, „spontane Sorgen“ sind deshalb selten, weil er vorher systematisch Basisassessments durchführt und er damit den Sorgen zuvorkommt ▪ Er hätte lieber als Antwortoption Zahlen, z. B. fast nie, bis fünf Mal, bis zehn Mal, mehr als zehn Mal 			
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Anmerkung 			
KI3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenige und mehrere Male ist zu ungenau ▪ Wünscht lieber eine Anzahl/Mengenangabe 			
KI4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skalierung: wöchentlich (sehr extrem für sie, weil sie nur halbtags arbeitet) 			
K5	nichts			

Fazit:

1a) Eingrenzung „älterer Patient“. Vorschlag einer Altersangabe wie beim Geriatrischen Basisassessment oder wie bei der AgeCoDe-Studie.

Wunsch: Mengen-/Zahlenangabe, damit eine klare Zuordnung möglich ist. Da KI3 und KI1 es angemerkt haben, sollten dieser Wunsch berücksichtigt werden.

Bei der Anpassung des Antwortformats „eine feinere Angabe“ berücksichtigen, dass Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, auch eine adäquate Antwort geben können.

Ergebnisse zu Item 2

- 2.** Wenn Sie als Hausarzt einen älteren Patienten **auf sein Gedächtnis ansprechen, welchen ungefähren Wortlaut** verwenden Sie üblicherweise?
-
.....
....

Das mache ich nie.

KI1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nichts
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Ansprache sei sehr individuell, manchmal direkt, manchmal indirekt
KI3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wort Gedächtnis „gut verstanden“ ▪ Er kann keinen Wortlaut aufschreiben ▪ Weil er Patienten nach Gedächtnistests fragt ▪ Er spricht routinemäßig Patienten auf Gedächtnis an = direkt mit einem Testangebot
KI4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schreibt nichts hin ▪ Zählt aber viele Fragen auf zu Alltagsaktivitäten
KI5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weißes Textfeld (nicht farbig) für den Freitext

Das Wort „Gedächtnis“ haben alle Teilnehmer/innen des kognitiven Interviews verstanden. Alle Befragten haben es mit Merkfähigkeit in Verbindung gebracht.

Fazit: Es gibt Ärzte/innen, die einen direkten Wortlaut haben, wenn sie ihre Patienten auf das Gedächtnis ansprechen, aber auch einige Ärzte, die „keinen Wortlaut“ haben oder „keinen direkten Wortlaut“ haben. In der bundesweiten Befragung wird vermutlich ein Großteil dieses Item so nicht beantworten können. Es ist vermutlich sinnvoll, das Item 2 direkt in Kombination mit den Items 21–23 zu setzen. Diese Item-Abfolge (2 und 21–23) passt inhaltlich gut zusammen.



Ergebnisse zu Block 3

In den folgenden Fragen beziehen wir uns auf Patienten, die von sich aus über Gedächtnisprobleme berichten (Sie als Hausarzt bisher aber nichts bemerkt haben)!

3. Ein Patient berichtet Ihnen von Gedächtnisproblemen: Wie gehen Sie üblicherweise vor? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwiegend	JA auf jeden Fall
Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiegeln Sie ein solches Gespräch übers Gedächtnis ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie gezielt Nachfragen zur genauen Art der berichteten Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie gezielt Nachfragen zur Dauer der berichteten Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen Sie den Patienten nach möglichen Auslösern der Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie einen Gedächtnistest an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warten Sie erstmal ab und beobachten den Patienten im weiteren Verlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie Labordiagnostik an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie an, den Patienten zu einem Neurologen/Psychiater zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen Sie den Patienten nach <i>Belastungen und Stressoren</i> , die mit den berichteten Gedächtnisproblemen in Zusammenhang stehen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie <i>Vorschläge</i> zur Erhaltung der geistigen Fitness (z.B. zu Gedächtnistraining)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie die <i>Angehörigen</i> ein, um deren Einschätzung zu erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen Sie die berichteten Gedächtnisprobleme als Anlass, um mit dem Patienten über <i>Patientenverfügung</i> und Vorsorgevollmacht zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	<p>Item 3 c: „Stellen Sie gezielt Nachfragen zur genauen Art der berichteten Gedächtnisprobleme?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht nur Art, sondern auch wann das Defizit auftritt und die Situation
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es fehlt die Zeitkomponente ▪ Insgesamt werden der zeitliche Bezug und der Bezug zur Kognition nicht deutlich. Dies sollte deutlicher werden! <p>Item 3a) „Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beruhigen ja, aber nicht ohne weiteres Vorgehen ▪ Beruhigen als eigene Strategie fehlt <p>Item 3h) „Bieten Sie Labordiagnostik an?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Labordiagnostik wird sowieso gemacht und speziell wegen Kognition nur, wenn Verdacht auf eine körperliche Ursache besteht.

KI3	<p>Item 3a) „Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „ohne weiteres Vorgehen“ passt nicht <p>Item 3b) „Wiegen Sie ein solches Gespräch übers Gedächtnis ab?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abwiegen ist ein „unüblicher Begriff“. Ein besseres Synonym finden! <p>Item 3g) „Warten Sie erstmal ab und beobachten den Patienten im weiteren Verlauf?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ abwarten = unklar, verwirrend, zu passiv, doppelter Stimulus ▪ kein Unterschied zwischen abwarten und abwiegen erkennen = zu ähnlich <p>Item 3 „Bestellen Sie die Angehörigen ein, um deren Einschätzung zu erhalten?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestellen Sie die Angehörigen ein? Hier müsste das Einverständnis vorausgesetzt sein, sonst würde es kein Arzt so machen. ▪ Es fehlt die Zeitkomponente! Ist es erstmalig? Oder nach der Diagnose Demenz?
KI4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieser Frageblock war für KI4 nicht verständlich ▪ Es waren für KI4 viele einzelne Texte (oben Text, dann links Text, dann rechts antworten) <p>Teilnehmende Beobachtung von MP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KI4 wollte bei der Instruktion direkt auf der Skala antworten ▪ Sie wollte schon beim Einleitungstext/Instruktion antworten ▪ Ein Item hat sie ausgelassen <p>Item 3e) „Fragen Sie den Patienten nach möglichen Auslösern der Gedächtnisprobleme?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfand KI4 als nicht sinnvoll. Unklar warum nach Auslösern gefragt werden soll? <p>Item 3e) „Fragen Sie den Patienten nach möglichen Auslösern der Gedächtnisprobleme?“</p> <p>Item 3k) „Fragen Sie den Patienten nach Belastungen und Stressoren, die mit den berichteten Gedächtnisproblemen in Zusammenhang stehen könnten?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Item 3e) und Item 3k) sind sich zu ähnlich ▪ 3k) gehört für Sie zur Anamnese
KI5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ –Es fählt der Zusatz „älterer Patient“ → bei der Instruktion <p>Item 3a) „Beruhigen Sie diesen Patienten ohne weiteres Vorgehen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beruhigen ja, aber nicht ohne weiteres Vorgehen → stimmt nicht <p>Item 3g) „Warten Sie erstmal ab und beobachten den Patienten im weiteren Verlauf?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Schwierig zu beantworten → „Überdiagnostik erstmal nicht“

Fazit: Die teilnehmende Beobachtung verdeutlicht, dass die Richtung der Anordnung deutlicher werden sollte. Der Einleitungstext muss sich klarer von den Frage-Items abheben. Es muss deutlich werden, welcher Teil zur Instruktion gehört und ab wo Antworten gewünscht sind. Layout und Antwortrichtung sind deutlicher zu kennzeichnen und voneinander abzusetzen.

Die Anmerkung zur Zeitkomponente sollte berücksichtigt werden, damit alle Befragten vom gleichen Setting ausgehen.

Die Items a), b), g) und h) sollten nochmal im Studententeam besprochen werden; eventuell sollten andere Synonyme verwendet werden.

4. Aus Ihrer Erfahrung: Berichtet ein Patient Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen ... (1 Kreuz pro Zeile!)	Wider- spricht voll meiner Erfahrung	deckt sich eher weniger mit meiner Er- fahrung	deckt sich vorwie- gend schon mit meiner Erfahrung	entspricht absolut meiner Er- fahrung
... ist dies Zeichen einer noch nicht greifbaren Demenzvorstufe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dies meist ein Grund zur Sorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist oft das Gedächtnis auch wirklich beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dies Zeichen einer Depression oder belastenden Lebenskrise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dies Zeichen einer beginnenden Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist dies ein Risikofaktor für eine später auftretende Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann man sowieso nichts machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	<p>Item 4a) ... ist dies das Zeichen einer noch nicht greifbaren Demenzvorstufe? Item 4c) ... ist oft das Gedächtnis auch wirklich beeinträchtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Item 4a) und 4c) hängen zusammen ▪ Item 4d) „... ist dies Zeichen einer Depression oder belastenden Lebenskrise?“ ▪ Depression und Lebenskrise „findet er zu stark“ als Ausdruck Eher Stress, belastende Lebenssituation ▪ Besser eine Häufigkeit ▪ Oder den Grad der Zustimmung <p>Teilnehmende Beobachtung vom Interview</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertauscht bei der Beantwortung die Poole
KI2	<p>Konzept: fehlt Überlastung und äußere Stressoren Konzept: Angst fehle</p> <p>Item 4c) „... ist oft das Gedächtnis auch wirklich beeinträchtigt?“ Item 4e) „... ist dies Zeichen einer beginnenden Demenz?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Item 4c) und 4e) empfindet er als sehr ähnlich <p>Teilnehmende Beobachtung vom Interviewer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ auffällig = Antwortkreuz bei 4 g) falsch gesetzt ▪ Hier wurde die Skalierung vertauscht
KI3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nichts
KI4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist zu kompliziert (Aufbau = gilt auch für Item 15) ▪ Versteht Anordnung und Richtung nicht ▪ Sie wusste nicht, was wir wollen ▪ Hat den Frageblock nicht beantwortet ▪ Hat den Inhalt auch nicht verstanden ▪ kein Item beantwortet
KI5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fehlt das Konzept: „ist dies meist eine normale/harmlose Altersvergesslichkeit“

Fazit: SMI-GP-Team empfinden, dass Item 4c) und 4e) mehr zusammenhängen. Dies sieht KI2 ebenso. Vorschlag als ein Item abbilden. Die Ansicht 4a) und 4c) sei ähnlich; dies sieht das Studienteam nicht so. Nochmals im Studienteam überlegen, wie das Vertauschen der Poole ausgeschlossen werden könnte. Antwortformat ändern. Evtl. bei Häufigkeit oder Zustimmungsgrad das Antwortformat ändern. Deutlicher die Antwortpole, die Skalierung und Richtung der Frage-Items herausarbeiten. Das Konzept: „ist dies meist eine normale/harmlose Altersvergesslichkeit“ fehlt.

Teilnehmende Beobachtung: Die Pünktchen sorgen für Verwirrung. Es wird nicht verstanden, dass der Satz durch die Pünktchen vervollständigt wird. Damit es nicht zur Verwirrung kommt, werden die Pünktchen entfernt.

Ergebnisse zu Block 5

5. Aus Ihrer Erfahrung: Patienten, die über Gedächtnisprobleme berichten ... (1 Kreuz pro Zeile!)	wider-spricht voll meiner Erfahrung	deckt sich eher weniger mit meiner Erfahrung	deckt sich vorwiegend schon mit meiner Erfahrung	entspricht absolut meiner Erfahrung
... sind in der Praxis zeitaufwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind eher „schwierige“ Persönlichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind durch die Medien aufgeschreckt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verspüren große Not?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Diagnostik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Beschwichtigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erwarten von Ihnen als Hausarzt Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	<p>Item 5d) „... verspüren große Not?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „große“ Not streichen <p>Item 5g)... erwarten von Ihnen als Hausarzt Behandlung?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlung erwarten die Patienten eher nicht, sondern eine Behandlungsempfehlung <p>Was KI1 fehlt, ist folgendes Item:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Sind besorgt durch eigene Erfahrung im sozialen Umfeld mit Demenz“
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Item 5f) ... erwarten von Ihnen als Hausarzt Beschwichtigung? ▪ Empfindet den Begriff „Beruhigung“ besser als „Beschwichtigung“ ▪ Beschwichtigung empfindet er als zu negativ
KI3	nichts
KI4	nichts
KI5	nichts

Fazit: Anregung 5g) und 5f) sollten beachtet werden, diese Wortlaute decken sich auch eher mit den Interviews. Das Item 5d) könnte evtl. komplett gestrichen werden.

Insgesamt sollte dieser Block sprachlich nochmal überarbeitet werden, weil dieser Wortlaut nicht ganz zum Sprachwortschatz und Inhalt der Interviews (Einzelinterviews und Fokusgruppendiskussionen) passt.

		Ergebnisse zu Block 6			
6. Wie schätzen Sie Ihre Patienten ein? (1 Kreuz pro Zeile!)		NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwie- gend	JA auf jeden Fall
Wollen Ihre Patienten mit Ihnen übers Gedächtnis sprechen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihre Patienten Ihrer Erfahrung nach Hemmungen, Sie als Hausarzt auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es den Patienten unangenehm, mit Ihnen übers Gedächtnis zu sprechen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Patienten auf deren Gedächtnis ansprechen (würden), blocken diese das Gespräch ab?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Patienten auf deren Gedächtnis ansprechen (würden), fühlen diese sich gekränkt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KI1	Item 6a) „Wollen Ihre Patienten mit Ihnen übers Gedächtnis sprechen?“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unklar, ob alle Patientengruppen gemeint sind oder nur bestimmte Patienten. Insofern schlägt er für 5a) folgende Formulierung vor: ▪ „Wollen die Patienten, die sich Sorgen um das Gedächtnis machen, mit Ihnen darüber reden?“ ▪ 6d) „Wenn Sie Patienten auf deren Gedächtnis ansprechen (würden), blocken diese das Gespräch ab?“ ▪ „abblocken nicht“. Er bemerkt, dass es den Patienten dann unangenehm ist. 				
KI2	Item 6) „Wie schätzen Sie Ihre Patienten ein?“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruktion sei hier zu grob ▪ Impliziert „alle Patienten“ ▪ Meinen Sie jetzt alle Patienten? ▪ Besser wäre, ab einem bestimmten Alter Item 6a) „Wollen Ihre Patienten mit Ihnen übers Gedächtnis sprechen?“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieses Item sei zu allgemein ▪ welche Patienten/welche Patientengruppen? 				
KI3	Item 6a) „Wollen Ihre Patienten mit Ihnen übers Gedächtnis sprechen?“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Patienten? ▪ Welche Patienten sind gemeint? ▪ Item 6b) ist klarer ▪ Man muss unterscheiden, welche Patienten gemeint sind ▪ die mit Sorgen oder Demenz? ▪ Klarer herausstellen 				
KI4	nichts				
KI5	Item 6) „Wie schätzen Sie Ihre Patienten ein?“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ihr fehlte „ältere Patienten“! ▪ Es ist nicht klar, wer gemeint ist ▪ Ihr fehlte eine Antwortkategorie zwischen 2 und 3 				

Fazit: Es wird sehr deutlich, dass alle Teilnehmer/innen eine Spezifizierung/Eingrenzung wünschen. Die Instruktionen von 6 und Item 6a) müssen klarer beschrieben werden. Hier sollten die Anregungen berücksichtigt werden. Neben der Spezifizierung „älterer Patient“ sollte hier evtl. die Anregung von Item 1 „Altersangabe“ Berücksichtigung finden. Somit ist eine eindeutige und einheitliche Spezifizierung im gesamten Fragebogen gegeben. Die Anregung von KI4 „Antwortkategorie zwischen 2 und 3“ sollte nochmal im Studienteam überdacht werden. Durch die Streichung der Begriffe „Ja“ und „Nein“ könnte der Wunsch schon ausgeglichen sein.

		Ergebnisse zu Block 7			
7. Was löst es bei Ihnen aus, wenn ein Patient Ihnen über Gedächtnisprobleme berichtet? (1 Kreuz pro Zeile!)		NEIN empfinde ich überhaupt nicht so	NEIN empfinde ich tendenziell nicht so	JA empfinde ich überwie- gend so	JA empfinde ich genau so
„.... das ist störend/nervig ?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... das macht mich hilflos ?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... da fühle ich mich kompetent ?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... da bin ich der richtige Ansprechpartner ?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... da weiß ich direkt, was ich anbieten kann?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... da will ich am liebsten die Verantwortung teilen ?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... das überfordert mich?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... das macht mich traurig ?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... das berührt mich persönlich?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... das macht mich wütend ?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... das ist mir unangenehm ?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„.... das erzeugt einen Druck , dass ich irgend etwas machen soll (diagnostisch/therapeutisch)?“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KI1	<p>Item 7f) „... da will ich am liebsten die Verantwortung teilen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Verantwortung teilen“? welche Verantwortung? Mit wem? Ist eine paternalistische Haltung <p>Item 7h) „... das macht mich traurig?“</p> <p>„traurig“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das ist doch ganz am Anfang, da ist man ja nicht traurig ▪ Passt nicht, denn „traurig“ wäre KI1 bei einer fortgeschrittenen Gedächtnisstörung 				
KI2	<p>Item 7g) „... das überfordert mich?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Überfordert“ = emotional oder fachlich überfordert? <p>Item 7i) „... das berührt mich persönlich?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berührt KI2, wenn er die Familie und den Patienten schon lange kennt ▪ Nur mit Verknüpfung „Familie und Pat. lange kennen“ 				
KI3	<p>Item 7f) „... da will ich am liebsten die Verantwortung teilen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Verantwortung teilen“ = bezieht er direkt auf Demenz und nicht auf Gedächtnisprobleme 				
KI4	<p>Item 7e) „... da weiß ich direkt, was ich anbieten kann?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ unklar, was gemeint war ▪ Beobachtung: Item wurde nicht beantwortet. 				
KI5	<p>Zeitfaktor spielt eine wichtige Rolle.</p> <p>Item 7h) „... das macht mich traurig?“</p> <p>Traurig/berührt ist sie erst bei einer Demenz und nicht, wenn jemand nur am Anfang davon berichtet.</p>				

Fazit: Items reduzieren/kürzen. Traurig seien KI5 und KI1 erst bei einer Demenz, und hier geht es um Gedächtnisprobleme, deshalb können hier evtl. Items reduziert werden, weil „Demenz“ nicht direkt zum Forschungsthema gehört.



Ergebnisse zu Block 8

In den folgenden Fragen geht es um die Rolle Dritter (Angehörige und MFA).

8. Wenn Angehörige zu Ihnen kommen und von Gedächtnisproblemen eines Ihrer Patienten berichten... (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN empfinde ich über- haupt nicht so	NEIN empfinde ich tenden- ziell nicht so	JA empfinde ich über- wiegend so	JA empfinde ich genau so
... empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... empfinden Sie einen Druck, dass Sie irgendetwas machen sollen (diagnostisch/therapeutisch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... empfinden Sie es als entlastend, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erhöht das für Sie das Konfliktpotenzial zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht das für Sie die Behandlung komplexer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	<p>Item 8b) „... empfinden Sie einen Druck, dass Sie irgendetwas machen sollen (diagnostisch/therapeutisch)?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ = „Druck zu negativ“ = er empfindet eine Erwartungshaltung <p>Item 8c) „... empfinden Sie es als entlastend, das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „entlastend“ impliziert, dass man eine Last empfunden hat. Er findet das Wort „hilfreich“ besser <p>Item 8e) „... macht das für Sie die Behandlung komplexer?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Behandlung in Bezug auf was? ▪ Nur Patient? Oder die Triade Arzt, Patient und Angehörige?
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Er empfindet die vierstufige Skalierung als zu grob ▪ Er wünscht sich (auch bei anderen Items) eine feinere Skalierung <p>Item 8d) „... erhöht das für Sie das Konfliktpotenzial zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stört sich etwas an dem Wort „Konfliktpotenzial“ ▪ Es erhöht das Potenzial, aber es ist eine Entschärfung möglich (es kommt eigentlich immer zur vorherigen Lösung)
KI3	<p>Item 8d) „... erhöht das für Sie das Konfliktpotenzial zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konfliktpotenzial besteht, aber es wird ja gelöst und dies ist nicht abgebildet. ▪ Konfliktpotenzial besteht, aber es wird ja gelöst (evtl. Umformulierung VL)
KI4	<p>Instruktion fand sie gut verständlich</p> <p>Item 8d) „... erhöht das für Sie das Konfliktpotenzial zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konfliktpotenzial = ja, aber erst später ▪ Formulierungsvorschlag: Befürchten Sie einen Konflikt? <p>Item 8e) „... macht das für Sie die Behandlung komplexer?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Wort „komplexer“ sei uneindeutig
Ki5	nichts

Fazit: Das Wort „Druck“ sollte durch „Erwartungshaltung“ ausgetauscht werden. Das Wort „Erwartungshaltung“ deckt sich auch mit den Interviews.

Mehrfach wurde ein Änderungswunsch bei Item 8d) angemerkt, deshalb sollte auch hier ein Item gestrichen werden oder eine Umformulierung erfolgen. Konfliktpotenzial sei erst bei einer Demenz gegeben, und somit muss im Studienteam überlegt werden, ob dieses Item nicht komplett rausgenommen wird.

 Ergebnisse zu Block 9				
9. Wie bewerten Sie für sich folgende mögliche nächste Schritte? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwiegend schon	JA auf jeden Fall
Bitten Sie den Angehörigen, zunächst mit dem Patienten <u>gemeinsam</u> in die Praxis zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie den Patienten zunächst <u>alleine</u> ein, um ihn selbst zu seiner Sicht auf sein Gedächtnis zu befragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie den Patienten zunächst <u>alleine</u> ein, um einen Gedächtnistest mit ihm durchzuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie den Patienten zunächst <u>alleine</u> ein, um mit ihm über die Aussage des Angehörigen zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warten Sie zunächst ab und <u>beobachten</u> den Patienten im Verlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	<p>Item 9c Zeitaspekt „<i>Bestellen Sie den Patienten zunächst alleine ein, um einen Gedächtnistest mit ihm durchzuführen?</i>“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fehlt gemeinsam Gedächtnistest durchzuführen (mit Angehörigen)
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nichts
KI3	<p>Item 9e) „<i>Warten Sie zunächst ab und beobachten den Patienten im Verlauf?</i>“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abwarten im Verlauf: Es hängt vom Druck der Angehörigen ab, ob abgewartet oder getestet wird
KI4	<p>Item 9c Zeitaspekt = „<i>Bestellen Sie den Patienten zunächst alleine ein, um einen Gedächtnistest mit ihm durchzuführen?</i>“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Den Zeitaspekt fehlt KI4 ▪ Test ja = erst nur anbieten, anstelle durchzuführen (Durchführen erst später) <p>Item 9e) „<i>Warten Sie zunächst ab und beobachten den Patienten im Verlauf?</i>“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beobachten ist ihr zu passiv ▪ Zusätzlicher Vorschlag ▪ Zusatz zum Thema Test: Sie macht keine expliziten Tests <p>Sie lässt in die Anamnese eine kleine Aufgabe einfließen, die KI4 sich selbst ausgedacht hat: „Schauen Sie hier mal auf dem Tisch die fünf Dinge an“ = später fragt KI4, welche Dinge er sich gemerkt hat.</p> <p>Anmerkung auch für den dritten Item-Block wichtig = selbst entwickelte Fragen könnten in Item drei auch integriert werden)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Item-Vorschlag vom Studienteam: Lassen Sie eine kleine Aufgabe in die Anamnese einfließen
KI5	<p>Item 9</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruktion: Wortlaut von Item 8 wiederholen. ▪ Ihr war nicht klar, dass es sich wieder um Angehörige handelt bzw. darauf bezieht ▪ Hinter „Sonstiges“ müsste ein Fragezeichen stehen. Hier war nicht klar, dass hier etwas geschrieben wird. ▪ Anmerkung: Es ist nicht der Fall abgedeckt, dass Patienten direkt zusammenkommen

		Ergebnisse zu 13			
13. Aus Ihrer Sicht: Was beabsichtigen Sie persönlich mit Gedächtnistests? (1 Kreuz pro Zeile!)		kein Ziel / allenfalls nebensächlich	eher nachgeordnetes Ziel	bedeutsames Ziel	oberstes Ziel
Objektivierung möglicher Gedächtnisstörungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation, dass Sie das Gedächtnis überprüft haben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Patienten überhaupt etwas anbieten können?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigung besorgter Patienten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostik im Verlauf (mehrere Tests in zeitlichem Abstand)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheiden, ob Sie überweisen sollen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	Grundsätzlich: ▪ die Skalierung = „oberstes Ziel ist zu ausschließlich/ zu extrem“ Besser: Wichtig ansteigend abfragen
KI2	▪ Oberstes Ziel ist zu extrem ▪ Die Wichtigkeit sollte abgebildet werden
KI3	▪ Skalenpunkt = oberstes Ziel, sei zu extrem Item 13c) „Entscheiden, ob Sie überweisen sollen?“ ▪ Formulierungsvorschlag von KI3 → Mit dem Testergebnis entscheiden
KI4	Item 13c) „Den Patienten überhaupt etwas anbieten können?“ ▪ Anbieten fand sie komisch Teilnehmende Beobachtung: Item 13c) hat sie auch nicht beantwortet Schwierigkeiten, in der Skala die richtige Antwort zu finden
KI5	nichts

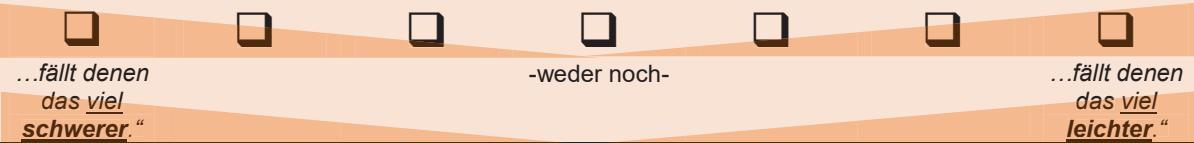
		Ergebnisse zu 14			
14. Sie sehen im folgenden sinngemäß einige Aussagen von Hausärzten zum Thema Gedächtnistests: Inwieweit stimmen Sie zu? (1 Kreuz pro Zeile!)		NEIN stimme überhaupt nicht zu	NEIN stimme eher nicht zu	JA stimme vorwiegend zu	JA stimme voll und ganz zu
„Gedächtnistests können meiner Erfahrung nach nur die schon stärker ausgeprägten Defizite aufdecken.“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Meiner Erfahrung nach kann ich mit einem Gedächtnistest schon leichte Gedächtnisdefizite gut erkennen.“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Seitdem man Gedächtnistests abrechnen kann, führen wir sie öfter durch.“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich als Hausarzt kann Veränderungen im Gedächtnis der Patienten intuitiv früher erkennen als ein Test.“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lehne Gedächtnistests ab, weil man keine Konsequenzen ableiten kann.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Durchführung von Gedächtnistests gelingt in meiner Hausarztpraxis gut.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die Durchführung von Gedächtnistests ist mir unangenehm.“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Gedächtnistests stören die übliche Arzt-Patient-Kommunikation.“		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	<p>Item 14f „Die Durchführung von Gedächtnistests gelingt in meiner Hausarztpraxis gut.“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ praktische Durchführung schreiben oder Praktikabilität ▪ Es ist nicht eindeutig wer damit gemeint ist! ▪ MFA, das eigene Können... <p>Vorschlag von MP für Item 14 (f und g) „das Durchführen“ als Begrifflichkeit verwenden anstelle Durchführung</p>
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skalierung ist zu grob ▪ Es fehlt etwas zwischen zwei und drei = einen Skalenmittelpunkt ▪ Bei Item 14 e und f fehlen Anführungszeichen
KI3	<p>Item 14d „Ich als Hausarzt kann Veränderungen im Gedächtnis der Patienten intuitiv früher erkennen als ein Test.“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nur bei Pat. mit langer Arzt-Patientenbeziehung und die er gut kennt <p>Anmerkung vom Interviewer → kann die MFA es besser? Zusatzitem</p>
KI4	nichts
KI5	nichts



meinen Sie zu Patienten, die Sie schon lange und/oder sehr gut kennen im Vergleich zu weniger gut bekannten Patienten?

15. „Wenn solche gut bekannten Patienten mich aufs Gedächtnis ansprechen wollen...:



16. „Wenn ich als Hausarzt solche gut bekannten Patienten aufs Gedächtnis ansprechen will...:



KI1	<p>Item 15</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wichtiges Item <p>Item 16</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wenn Sie als Hausarzt“ wäre KI1 lieber als „ich als Hausarzt“
KI2	<p>Item 15, 16</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Den Mittelpunkt/Skalierung deutlicher hervorheben ▪ Die Schriftgröße der Antwortskala wünscht er sich größer
KI3	<p>Item 15 und 16</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrifflichkeit = besser „langjährig“ „als „gut bekannt“ verwenden ▪ Grafik = Okay, weil es KI3 an die Schmerzskala erinnert
KI4	<p>Item 15 und 16</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Da werden von ihr nur die extremen beachtet. ▪ Entweder ist es „schwerer oder leichter“ ▪ Eine Abstufung wäre aus ihrer Sicht nicht notwendig, evtl. ein Mittelpunkt.
KI5	<p>Item 15</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfand sie als eine gute Skalierung bzgl. der Abstufung


Ergebnisse zu 17
Nun geht es um die Überweisung von Patienten mit Gedächtnisproblemen zu Neurologen/Psychiatern:

17. Was wären für Sie Gründe für eine Überweisung von Patienten mit Gedächtnisproblemen zu Neurologen/Psychiatern? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN sicherlich nicht	NEIN tendenziell eher nicht	JA vorwiegend schon	JA auf jeden Fall
Herausfinden der Ursachen der Gedächtnisprobleme mittels weitergehender Diagnostik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Patient und Angehörige sich uneinig über Gedächtnisprobleme sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um besorgte Patienten mit einer Zweitmeinung zu beruhigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Patienten Ihnen nicht glauben, dass Gedächtnisprobleme vorliegen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damit das Thema nicht Ihre Arzt-Patient-Beziehung belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil Sie sich unsicher fühlen bei diesem Thema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil Sie sich mit einer Zweitmeinung absichern möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um dem Patienten überhaupt etwas anbieten zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil Sie die Verantwortung abgeben möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil das Thema Gedächtnisprobleme für die Hausarztpaxis zu zeitaufwändig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	<p>Item 17 a „Herausfinden der Ursachen der Gedächtnisprobleme mittels weitergehender Diagnostik?“</p> <p>Formulierungsvorschlag</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „weil Sie als Hausarzt eine Begründung für die Gedächtnisprobleme suchen“ <p>Es fehlt KI1 das Item:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „weil Patienten/Angehörige es wünschen“
KI2	<p>Item 17</p> <p>Skalierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Er hat öfters beim zweiten Skalenpunkt angekreuzt und dabei folgendes gesagt: „Ja, ein bisschen“ Beobachtung vom Interviewer (entgegen der Skala)
KI3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nichts
KI4	<p>Item 17 h „Um dem Patienten überhaupt etwas anbieten zu können?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ komisch/passt nicht ▪ zum Thema Überweisen passt es nicht.
KI5	<p>Item 17 h „Um dem Patienten überhaupt etwas anbieten zu können?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ stößt auf ▪ minimiert andere Items, ▪ klingt nach Vorwurf ▪ Der Part „Verantwortung abgeben“ ist zu hart



Ergebnisse zu 18

Sie sehen im folgenden sinngemäß einige Aussagen von Hausärzten zum Thema Gedächtnis.

18. Geben Sie bitte an, inwieweit Sie diesen Aussagen zustimmen oder nicht. (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN stimme überhaupt nicht zu	NEIN stimme eher nicht zu	JA stimme vorwiegen d zu	JA stimme voll und ganz zu
„Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich persönlich sehe mich in Sachen Gedächtnis als Vermittler zwischen Patient und dessen Angehörigen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich persönlich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnisprobleme.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Gedächtnisprobleme gehören für mich persönlich genauso zu meiner hausärztlichen Arbeit wie andere Probleme auch.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär eine Aufgabe von Neurologen/ Psychiatern .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die Versorgung von Menschen mit Gedächtnisproblemen gehört in hausärztliche Hand .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	nichts
KI2	nichts
KI3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grau hinterlegter Text wurde übersehen (Vortext) ▪ Abklärung und Versorgung kommen jeweils in einem Subitem vor ▪ Wünscht eine bessere Abgrenzung voneinander
KI4	nichts
KI5	nichts



Ergebnisse zu 19

19. Patienten aktiv auf sein Gedächtnis anzusprechen? (Mehrere Kreuze erlaubt!)

- Weil lieber die **Patienten selbst** das Thema bei Ihnen ansprechen sollten.
- Weil lieber **Angehörige/Bekannte** das Thema bei Ihnen ansprechen sollten.
- Weil Sie keine „**schlafenden Hunde**“ wecken wollen (das Thema vermeiden).
- Weil Sie niemanden **beleidigen** oder stigmatisieren möchten.
- Weil
- Es gibt **keine** Gründe dagegen.

KI1	nichts
KI2	nichts
KI3	nichts
KI4	Welche Gründe sprechen für Sie dagegen „Patienten aktiv auf sein Gedächtnis anzusprechen“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ weil es mir als Arzt bei bestimmten Patienten besonders unangenehm ist, sie darauf anzusprechen.
KI5	nichts

Fazit: Evtl. das Item ergänzen „weil es mir als Arzt besonders unangenehm ist Patienten auf sein Gedächtnis anzusprechen“



Ergebnisse zu 20

20. Patienten aktiv auf sein Gedächtnis anzusprechen? (Mehrere Kreuze erlaubt!)

- Weil lieber die **Patienten selbst** das Thema bei Ihnen ansprechen sollten.
- Weil lieber **Angehörige/Bekannte** das Thema bei Ihnen ansprechen sollten.
- Weil Sie keine „**schlafenden Hunde**“ wecken wollen (das Thema vermeiden).
- Weil Sie niemanden **beleidigen** oder stigmatisieren möchten.
- Weil
- Es gibt **keine** Gründe dagegen.

KI1	Item 20 Idee: Er würde jeweils „Ja, <u>eher</u> bei... ▪ alles mit „eher“ ergänzen
KI2	▪ nichts
KI3	▪ nichts
KI4	Item 20 Bei Punkt sonstiges hat sie einiges hingeschrieben: ▪ Depressive ▪ Hochintelligente ▪ Berufstätige ▪ Dies sind Gruppen bei denen sie es eher vermeiden würde
KI5	Item 20 ▪ Hier fehlt Ihr die Patientengruppe „der gut bekannten“ Patienten

Item 19, gilt auch für Item 20,21

Die letzte Option jeweils nach oben setzen z.B. Es gibt keine Gründe dagegen“ direkt am Anfang setzen.



Ergebnisse zu 21

21. Sprechen Sie Patienten aktiv aufs Gedächtnis an? (Mehrere Kreuze erlaubt!)

- Ja, wenn Sie als Hausarzt bereits Gedächtnisauffälligkeiten beim Patienten vermuten?
- Ja, wenn Angehörige/Bekannte Ihnen von Gedächtnisauffälligkeiten eines Patienten berichten?
- Ja, wenn Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie auf Gedächtnisauffälligkeiten eines Patienten hinweisen?
- Ja, sprechen Sie fast alle ab einem gewissen Alter routinemäßig aufs Gedächtnis an?
- Ja, besonders folgende Patientengruppen sprechen Sie aktiv aufs Gedächtnis an:

- Nein, Sie sprechen das Thema nie an.

KI1	
KI2	Item 21,23 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beide wirken doppelt abgefragt ▪ Das ist vorher in anderen Items vorgekommen
KI3	
KI4	Item 21 Patientengruppe: Bei Vorliegen einer familiären Häufung spricht sie aktiv auf das Gedächtnis an <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederholt sich irgendwie (Gefühl)
KI5	



Ergebnisse zu 22

**22. Wie greifen Sie üblicherweise das Thema Gedächtnis mit Ihren Patienten auf?
(nur 1 Kreuz!)**

indirekt, z.B. über das Ansprechen möglicher Nebenwirkungen der Medikation

mit offenen Fragen, wie es allgemein mit dem Denken o. dem Gedächtnis klappt

direkt, mit Hinweis auf die Früherkennung einer möglichen Demenz

KI1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehlt die direkte Frage = „Ich würde gerne Mal ihr Gedächtnis testen“
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nichts
KI3	Anmerkung MP = viertes Item = „direkt mit einem Fragebogen oder Test“
KI4	nichts
KI5	aufpassen = weil man im Modus von 20/21 ist (wo mehrere Kreuze erlaubt waren) und bei 22 nicht <ul style="list-style-type: none"> ▪ deutlicher darstellen, dass nur ein Kreuz erlaubt ist



Ergebnisse zu Item-Block 24

24. Bei Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten: Wie bewerten Sie die folgenden möglichen Arbeitshilfen? (1 Kreuz pro Zeile!)	NEIN, <u>brauche ich nicht</u> für meine Hausarztpraxis	<u>Nutze ich bereits</u> in meiner Hausarztpraxis	JA, <u>wünsche ich mir</u> für meine Hausarztpraxis
Ein Algorithmus mit klaren Handlungsempfehlungen zum weiteren Vorgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühzeitige Einbindung von Spezialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegiale Fallbesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Netzwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Instrument (Test oder Fragebogen), um unterscheiden zu können, ob Patienten sich unbegründet sorgen oder tatsächlich Gedächtnisdefizite bestehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Instrument (Test oder Fragebogen) zur wiederholten Erfassung von Gedächtnisproblemen (Verlaufsdiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KI1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nichts
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Nutze ich bereits“ = muss deutlicher kenntlich gemacht werden (Beobachtung MP)
KI3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kollegiale Fallbesprechung =deutlicher machen was eine „kollegiale Fallbesprechung“ ist. ▪ Regelmäßige Fallbesprechung im Rahmen eines QZ ▪ Oder Option = „Das Gedächtnis bei Bedarf ansprechen zu können“
KI4	Hier fehlt Ihr den Zusatz „für die Praxis“ = Sie hat sich gefragt für wen?
KI5	<p>Wunsch Abstufung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Nutze ich bereits“ mit „Nutze ich teilweise“



Was finden Sie gut am Fragebogen / was nicht so gut?

KI1	Anmerkung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thema ist interessant ▪ Kontrastierung ist insgesamt zu bunt = weniger Farbe bzgl. Layout ▪ Einige Fragen sind erklärungsbedürftig ▪ X fehlen Fragen zur Strategie, um Pat. differentialdiagnostisch einzuordnen
	<p>Interessante Items</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 15, 18, 3, 4
	nicht interessant
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Häufigkeitsschätzungen 1
KI2	<p>allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gut ▪ Einiges wiederholt sich <p>verbesserungswürdig</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ am Ende des Fragebogens Freitextfeld einfügen <p>interessant</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionale Aspekte = (wie Item 7) ▪ Freitextoptionen findet er gut und wichtig ▪ Einleitungstext = schön kurz ▪ Ansprechpartner und Fotos sehr gut ▪ Man macht es für die Person und nicht für eine anonyme Firma ▪ Foto und Name evtl. auf Deckblatt
KI3	<p>Gesamteindruck</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gute Fragen und interessant ▪ Praktikabel (Formulierung) ▪ Fragebogen ist zu lang
KI4	<p>Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wiederholt sich einiges (z.B. 20, 21) ▪ Es fehlen Ihr Fragen „zum weiteren Führen des Patienten“ = Wie geht's weiter.... ▪ Item 4 fand Sie ganz schlecht ▪ Was ihr fehlt, sind Angebote für besorgte Patienten = Strategien (Ergotherapie, Logopädie usw.) <p>Hinweis MP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstände, Schriftgröße, Kontraste etc. beachten wegen älterer Patienten = optimieren ▪ Skalierung abändern =“nicht zweimal ja“ und „zweimal nein“ (Item 3, 6, 7, 8, 9, 14, 17, 18)
KI5	<p>gut</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Titelblatt: Köpfe und Wortwolke ▪ Fotos <p>Was finden Sie verbesserungswürdig?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Titelblatt: Titel enthält kein Hinweis auf Gedächtnis oder Demenz!

Welche Items fanden Sie gut?

KI1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15, 18, 3, 4
KI2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionale Aspekte = (wie Item 7) ▪ Freitextoptionen findet er gut und wichtig ▪ Einleitungstext = schön kurz ▪ Ansprechpartner und Fotos sehr gut ▪ Man macht es für die Person und nicht für eine anonyme Firma ▪ Foto und Name evtl. auf Deckblatt
KI3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Item 7, 24
KI4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Item 7 ▪ Item 3 ▪ Item 8, 9 (weil es dort um Angehörige ging)
KI5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Item 1 ▪ Item 14 ▪ Item 18 ▪ Item 24 ▪ (immer Items mit Aussagen = unser Rückschluss)

C.6 Appendix Survey Design Checklist (Gehlbach und Artino, 2018)

For formulating items: Does your survey

	Yes (1 point)	No (0 points)
Avoid formatting items as statements with agree/disagree response options...	X	(X)
And use questions with construct-specific response options instead	konstruktionsspezifisch	(X)
Ask one item at a time (thereby avoiding multibarreled items)		X
Use positive language (i.e., avoid un-, in-, anti-, etc.) to ease cognitive processing	positiv formulierte Items	
Avoid “reverse-scored” items	X	
Use item formats that answer your research questions of interest	X Speziell für SMI und die Forschungsfragen konstruiert	
Formulating items subscore = / 6	3	

For crafting response options: Does your survey

	Yes (1 point)	No (0 points)
Use an appropriate number of response options		(vierstufig) Sollte einfach und schnell sein für Hausärzte → wenig Zeitressourcen
Include labels for all response options	(X)	
Use only verbal labels	(X) außer Item-Block → Wunsch TN der KI	
Balance the visual, numeric, and conceptual midpoint of the response options	X	
Visually separate nonsubstantive choices from the other response options	X	
Provide response options in only one row or only one column	X erfolgt	
Response options subscore = / 6	5	

For formatting and organizing the whole survey: Does your survey

	Yes (1 point)	No (0 points)
Ask the more important items earlier	X SMI (Fall I am Anfang) und Items, welche TN aus den kognitiven Interviews als interessant eingestuft haben → wurden an den Anfang gesetzt	
Include only items that apply to every respondent (or employ branching items)		X weil explorativ
Use scales—not single items—when possible (especially for complex topics)	X Keine Einzel-Items	
Use a consistent visual layout	X einheitliches visuelles Layout ist erfolgt	
Place sensitive items, such as demographic questions, later	X z. B. wurden die Fragen zu den Praxisdaten am Ende platziert	
Formatting/organizing subscore = / 5	4	

Total score	a = / 17 a 12
-------------	------------------

Although there is no absolute target score, a quick tally of the number of “yes” check marks should allow for the comparison of different survey instruments.

C.7 Items des Fragebogens mit Zitaten, Theorie des geplanten Verhaltens (TPB) und Hauptcodes

Einteilungsmaßstäbe der Städte nach Faktor

Aus Datenschutzgründen werden die Städte nicht genannt. Damit ersichtlich ist, dass unterschiedliche Regionen berücksichtigt worden sind, werden die Regionsfaktoren bei den Zitaten angegeben.

Bezeichnung	Einwohner	Funktion	Regionsfaktor
Große Großstädte	um 500.000 und mehr	oberzentrale Funktion oder mindestens jedoch mittelzentrale Funktion	1
Kleinere Großstädte	unter 500.000 bis 100.000		2
Größere Mittelstädte	mit Zentrum unter 100.000 bis 50.000	überwiegend haben diese Städte mittelzentrale Funktion	3
Kleinere Mittelstädte	mit Zentrum unter 50.000 bis 20.000		4
Größere Kleinstädte	mit Zentrum 20.000 bis 10.000 Einwohner	oder mindestens grundzentraler Funktion	5
Kleinere Kleinstädte	mit Zentrum 10.000 bis mindestens 5.000		6

Einteilungsmaßstäbe der Städte nach Regionsfaktor

In Anlehnung an BBSR Homepage – Forschungsfelder – Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen.

wichtige Hinweise vorab:

Alle Fragen beziehen sich auf ältere Patienten (> 65) ohne manifeste Demenzerkrankung.
Bitte beantworten Sie alle Fragen, denn nur vollständige Fragebögen kann ich auswerten.

a = vierstufige Skala → nein, eher weniger, eher schon, ja

1) Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige generelle Aussagen von Hausärzten zum Thema Gedächtnis. Geben Sie bitte an, inwieweit diese für Sie als Hausarzt zutreffen			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
„Ich sehe mich beim Thema „Gedächtnisprobleme“ als Vermittler zwischen Patient und Angehörigen.“	NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 110 Es ist ja da jetzt nicht, nicht nur da, sondern auch in vielen Fällen, aber da eben auch natürlich schon so, dass man da oft so ein bisschen so auch als Mediator vielleicht eingesetzt wird, dass man, gibt natürlich auch die Situation, wo die Angehörigen, denen es vielleicht unangenehm ist anzusprechen, also soll der Arzt das mal sagen.	Attitudes towards behavior Instrumental	HA Emotionen/ Einstellungen
„Ich habe das Gefühl, beim Thema „Gedächtnis-probleme“ fehlt mir ein richtiges Konzept.“	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 99 Wenn ich merke, und ich merke, der kommt gut zurecht und ich merke, da gibt es keine Probleme und dann spreche ich es auch nicht an. Weil das führt zu nichts. Wir haben keine Therapie und ich - wüsste auch nicht, was ich machen sollte dann. Und wenn das Umfeld, wenn das funktioniert, wenn das irgendwie stabil ist -	Perceived Control self-efficacy	HA Emotionen/ Einstellungen
„Beim Thema „Gedächtnis-probleme“ ist man machtlos.“	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 99 Weil das führt zu nichts. Wir haben keine Therapie und ich – wüsste auch nicht, was ich machen sollte dann.	Perceived Control self-efficacy	HA Emotionen/ Einstellungen Therapeutischer Nihilismus
„Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn die Angehörigen kommen und klagen.“	NI 08, Regionsfaktor 2, Zeile 26 Entweder ist es dem Patient eher peinlich, er nimmt es auch, glaube ich, nicht so schnell wahr. Bei mir gehen eher die Lampen an, zu denken, hier ist wirklich ein Problem hinsichtlich Alzheimer oder so, wenn ich von den Angehörigen angesprochen werde.	Attitudes towards behavior Instrumental?	Konzept/ Differenzierung SMI/ Gedächtnisst./ Demenz/ Angehörige Emotionen
„Ich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnis-probleme.“	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 201 Meine Aufgabe sehe ich eigentlich darin, die Patienten darin zu begleiten – vielleicht auch irgendwann das anzunehmen.	Attitudes towards behavior Instrumental	HA als Begleiter, Unterstützer, Mediator
„Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner.“	FG03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 143 das ist nicht mein Metier, ich muss sagen, da halt ich mich auch raus, diese Dinge zu bewerten und die werden aber dann letzten Endes von diesen Fachkräften einfach durchgeführt, von diesen, die einfach damit vertraut sind. Da möchte ich auch in keiner Weisestellung dazu nehmen einfach und es gehören solche Patienten auch in die Behandlung von Neurologen,	Attitudes towards behavior Instrumental	Überweisung & weiterführende Diagnostik

„Die Medizinische Fachangestellte (MFA) spielt bei der frühen Wahrnehmung möglicher Gedächtnisprobleme eine wichtige Rolle.“	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 103 oder in der Tat, weil wir da unsere Helferinnen sehr animiert haben, dass sie eben darauf achten, das als Verdacht ist und die merken das häufig sehr viel früher noch, da geht es um Termine, die eben nicht eingehalten werden oder die sind so ein bisschen verstrubbelt, wenn die da zur Blutentnahme kommen oder so was.	Attitudes towards behavior Instrumental? oder Perceived Control controllability	Anzeichen/ Hinweise\über MFA
„Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten.“	FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 108 Wichtig ist ja eigentlich erst mal der, die so an die Hand zu nehmen (.....) ich sehe, Sie haben Sorgen. Wir haben jetzt einen Teil ausgeschlossen und dann irgendwo Richtungswise zu geben, was er alternativ machen kann	Attitudes towards behavior Instrumental	Einstellungen Gedächtnisstörungen/

In den Fragen 2 bis 6 geht es um den Fall, dass ein älterer Patient Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet, Sie als Hausarzt aber bislang keine Defizite bemerken:

2) Was machen Sie dann üblicherweise (direkt und in den nächsten 2–5 Konsultationen)?			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme im Verlauf gezielt wieder auf?	NI 06, Regionsfaktor 1, Zeile 79 Dann – kläre ich schon mal so ein paar Stoffwechselgeschichten ab. Dass man einfach sagt, kommen Sie mal zur Blutabnahme und dann besprechen wir uns im Folgetermin und dann habe ich für mich so eine Notiz im Praxissystem, dass ich sage, noch mal auf – Demenz ansprechen oder auf, auf – auf Vergesslichkeit, auf wie kommt der Mensch zurecht, dass ich mir das einfach so – hinterlege.	Behavior	aktive Strategien\Kommunikation (Gespräche)\Recall/ routinemäßiges Nachfrage
Beruhigen Sie diesen Patienten in einem entsprechenden Arzt-Patienten-Gespräch?	FG 02, Regionsfaktor 3 bis 5, Zeile 183 Aber das sind dann ja eigentlich Patienten, von mir jedenfalls, <u>die fühlbar ein echtes Problem haben, egal was (.....) jetzt, ob das jetzt der Sohn, die Tochter ist. Da nehme ich mir die Zeit auch, weil ich das Gefühl habe, entweder kann man das jetzt ad hoc durch ein Gespräch kann auch von mir aus eine Viertelstunde,</u>	Behavior	aktive Strategien Konzept/ Differenzierung SMI → Gespräch kann helfen
Bieten Sie an, den Patienten zu einem Neurologen/Psychiater zu überweisen?	FG03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 246 doch mal zum Neurologen schicke, weil ich da die Hoffnung habe, dass der das eher rausfiltern kann NI 07, Regionsfaktor 4, Zeile 27 Die haben natürlich Sorge, und viele haben Sorge, weil das ist ja in der Öffentlichkeit ein großes Thema auch, was man so sieht und hört und dann kommt die auch an und sagen, könnte das bei mir zutreffen. Muss dann oft ein bisschen hinterfragen und die ganzen Einzelheiten, und müssen sagen, hören Sie mal, nee, das glaube ich nicht so ganz, aber ich schicke Sie dann lieber auch mal zum Facharzt. Die Neurologen und Psychiater, die dann beides abchecken.	Behavior	aktive Strategien\Kommunikation (Gespräche)\Fragen zur Differenzierung + Überweisung anbieten
Gleichen Sie die berichteten Probleme gezielt mit Ihrem Eindruck von mögl. Veränderungen des Patienten ab?	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 58 <u>Patienten angucken, anhören, manchmal fällt es ja selber, wenn ein Patient jetzt immer pünktlich kommt und auf einmal ständig Termine vergisst, dann - ist das ja schon so ein Alarmzeichen, dass es mir dann als Arzt auffällt, aber das ist ja dann weniger die Angst des Patienten, sondern halt, dass mir dann halt auffällt, der verändert sich.</u>	Behavior	aktive Strategien Anzeichen/Hinweise: Durch anschauen (Erscheinungsbild), Auffälligkeiten im Gespräch, Termine vergessen
Schlagen Sie dem Patienten vor, die Angehörigen einzubestellen, um auch deren Einschätzung zu erfahren?	NI 02/03, Regionsfaktor 2, Zeile 38 Ich frage, meistens frage ich, ob es jemanden gibt, der sie zu Hause unterstützt, ob sie das Unterstützung haben, wer das denn ist und ob wir die dann auch im Zweifelsfall mal ansprechend dürfen, ob wir denen Auskunft geben, häufig ist das ja so, da gibt es schon jemanden, der immer die Rezepte abholt ...	Behavior	aktive Strategien Angehörige\Einbeziehung von Angehörigen in der ges. ärztlichen Behandlung

Sprechen Sie mit Ihrer <u>Medizinischen Fachangestellten</u> (MFA) über die vom Patienten berichteten Probleme?	FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 301 Also, ich hatte auch einen Patienten, wo die Kompetenz meiner Helferinnen sehr – wegweisend war. Also das denen aufgefallen ist. Die geben ein Rezept, Patient fragt zum siebten Mal, wie muss ich die Tabletten nehmen. So, und wenn er dann bei mir sitzt, hat er unten siebenmal gefragt und sich vielleicht aufschreiben lassen und ich komme da nicht mehr drauf. Dann kriege ich manchmal eine E-Mail nach oben, fragt dauernd, oder fällt uns auf, behält nichts mehr oder so. Da bin ich dann auch dankbar. Kann ich mich an einige Male erinnern. Und ja. – Das passiert ja häufiger, dass die auch einfach, ja, weil sie mehr auf deren Ebene sind, traut man sich da auch ruhig, siebenmal zu fragen und bei uns vielleicht nicht so, ne.	Behavior	Anzeichen/ Hinweise\über MFA
Dokumentieren Sie die berichteten Gedächtnisprobleme in der Patientenakte?	NI 01, Regionsfaktor 3, Zeile 147 Es ist, es ist eine Dokumentation. Wir sind da drauf gedrillt, wir müssen dokumentieren.	Behavior oder auch Normative Überzeugungen	Konzept/ Differenzierung SMI/ Gedächtnisst./ Demenz/Einstellungen/Vorgehen
Fragen Sie den Patienten nach mögl. Gründen/Auslösern für die Gedächtnisprobleme?	NI 02/03, Regionsfaktor 2, Zeile 6 Muss ich erst mal überlegen, jemand Konkretes. Genau, also wenn die Patienten jetzt <u>selber mit diesen Sorgen kommen</u> , dann frage ich zunächst mal, <u>wie lange sie das Gefühl schon haben</u> , dass da Probleme bestehen, <u>in welchen Situationen das auftritt, wie sich's genau bemerkbar macht</u> und - - ja, genau, <u>und dann kommen wir eigentlich relativ schnell dazu, dass ich dann meistens vorschlage, mit ihnen einen Test zu machen</u> , einen Demenztest zu machen. Wenn die Patienten das wünschen - ja, und dann vereinbaren wir einen neuen Termin, wo wir das dann durchführen. Und danach entscheidet sich ja dann das weitere Vorgehen.	Behavior	Konzept/ Differenzierung SMI/ Gedächtnisst./ Demenz/Einstellungen (Charakteristika bei SMI) SMI Konstrukt wird differenziert nach Dauer, Symptome Testergebnisse
Stellen Sie gezielt Nachfragen, seit wann die berichteten Gedächtnisprobleme bestehen?	FG 02, Regionsfaktor 3 bis 5, Zeile 209 wie er darauf kommt und <u>was für Symptome er denn merkt und vielleicht ob er angesprochen wird oder ob das, die Umgebung es gemerkt hat</u> , und wenn ich dann bei diesem Anamnesegespräch das Gefühl habe, <u>der hat echt ein Problem, wie gesagt, dann machen wir erst unseren Test</u> , und wenn der dann in Ordnung ist, sag ich: Nein, der Test ist in Ordnung, Sie haben keine Demenz. Und dann ist gut.	Behavior	Konzept/ Differenzierung SMI/ Gedächtnisstörung/ Demenz/Einstellungen (Charakteristika bei SMI) Konstrukt wird differenziert nach Dauer, Symptomen Testergebnis.
Stellen Sie gezielt Nachfragen, in welchen Situationen sich die Gedächtnisprobleme äußern?	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 85 Die kam eben wegen dieser Magen-Darm-Problematik und alles ganz akut und ganz schlimm und der Ehemann rief da auch an und dann wurde das erst mal diagnost., ab-, also abgeklärt und dann – dann macht, macht man ja eine, <u>eine Gesamtanamnese</u> , auch von Erkrankungen, die früher mal waren und da ist sie eben sehr anstrengend und sehr schwierig, weil sie sehr weit ausholt und sie ist dann sehr speziell, sage ich mal, und dann kam eben unter anderem bei diesen ganz vielen Dingen, die sie erzählt, kam unter anderem, ja, und dann habe ich noch, wenn ich so auf dem Markt bin und einkaufen will, dann fällt mir das Wort nicht ein für das, was ich kaufen will.	Behavior	Einstellungen/Emotionen Strategien Strukturen

Bieten Sie einen Gedächtnistest an?	FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 8 Das gibt es ja auch. Also – (...) von mir, einer ist zu mir gekommen, sagt, ich habe das Gefühl, mein Gedächtnis wird schlechter. Dann biete ich, wenn er 75 ist, das geriatrische Basis-Assessment an. Das kann man prima abrechnen, ist natürlich nett, aber es ist ja so, man muss auch Geld verdienen. Und wir bieten, wir machen dann auch Gedächtnistests. Wir machen den MMST, MMST und den DemTect und wir machen den Uhrentest und (Barthel? 1:12)-Index. So. Und damit ist das erst mal bearbeitet. Kommt etwas Pathologisches raus, biete ich dann an, die Neurologie einzuschalten. Genau.	Behavior	Tests & Tools Screeningverfahren in der HA bei SMI/ Gedächtnisstörungen
Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an?	NI 06, Regionsfaktor 1, Zeile 21 mit ihm jetzt als nächste Schritte planen würde, dass man eine (räuspert sich) eine Schädel-CT machen würde, eben um zu schauen, ist irgendwo organisch irgendwas	Behavior	Überweisung & weiterführende Diagnostik zu Spezialisten und Kliniken\CT- oder MRT-Untersuchung Differenzierung
Prüfen Sie im Gespräch grob das Gedächtnis mit individuellen Fragen (z.B. nach der letzten Mahlzeit, dem Wochentag, Namen etc.)?	NI 10, Regionsfaktor 3, Zeile 73 Also entweder es gibt aus der Situation, dass ich irgendwas Detailliertes nachfragen kann, weil es muss ja zu den Patienten passen, also es nutzt ja nichts, irgendwas Allgemeines zu fragen, oder bei einigen vom Typ her kann man dann wirklich fragen, wie klappt es mit dem Gedächtnis. Und - ansonsten - nein, also keine Standardfragen.	Behavior	aktive Strategien\Kommunikation (Gespräche)\Fragen zur Differenzierung
Nutzen Sie die Gedächtnisprobleme als Anlass, um mit dem Patienten über Patientenverfügung und/oder der Vorsorgevollmacht zu sprechen?	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 38 (...)Ich finde zwei Dinge noch interessant, einmal was in der Hausarztpraxis, was wir hier machen könnten, ist, dass, wenn wir so milde Formen sehen oder vermuten, dass man den Patienten vielleicht <u>wirklich auch zu so Patientenverfügungen rät</u> , zu Vollmachten, weil wenn sie erst mal dement sind, dann kann man ja nicht mehr ernsthaft eine Vollmacht aussstellen. Keine Patientenverfügung, keine Vollmacht, nichts mehr. Wo, wo sagt man dann, jetzt darf er noch und jetzt kann er nicht mehr, jetzt ist es zu spät. Und wenn er selber sich Sorgen macht, dann wäre das ein Anlass, finde ich, zu sagen, mach dir doch Gedanken, wie über ein Testament auch über eine Patientenverfügung, ne, über eine Vorsorgevollmacht.	Behavior	aktive Strategien\Präventive Maßnahmen/ Vorsorge\SMI/Gedächtnisst. als Anlass zur Patientenverfügung
Bieten Sie gezielt Labordiagnostik zur Abklärung körperlicher Ursachen an?	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 309 Und dann biete ich zunächst mal wahrscheinlich schon, glaube ich, viel erst mal was Somatisches an, dass ich dann (...) 58:26) checke oder die Laboruntersuchung oder so etwas dann und – bekomme dann in der Regel heraus da bei den Ergebnissen in den meisten Fällen, dass da nichts ist oder nicht das, was wir nicht ohnehin schon von vorher wüssten	Behavior	Differentialdiagnostik

Machen Sie Vorschläge zur Erhaltung der geistigen Fitness (z.B. Gedächtnistraining)?	NI 08, Regionsfaktor 2 Zeile 69 oder so und vor allen Dingen irgendwas machen, was man gerne macht und Gedächtnistraining. Zum Beispiel Memory spielen mit einem Enkelkind, was man gerne mag, ne, also Emotionen gehören ja auch bei, bei Gedächtnissorgen viel dazu. Ja. Also ich versuche dann, so praktische Tipps zu geben.	Behavior	aktive Strategien\Präventive Maßnahmen/Vorsorge\Sport, Ernährung, Gedächtnistraining als Angebot
Lenken Sie das Gespräch gezielt auf ein anderes Thema , weg vom Gedächtnis?	FG 02, Regionsfaktor 3 bis 5, Zeile 197 „Riesengeschichte, das dauert ja schon eben. Ist ja schon, wenn man darauf eingeht, und – das kostet irrsinnig Zeit, und da ist da auch ein bisschen immer so die Frage: Habe ich die Zeit heute, hab ich die Nerven heute? Was bringt dem Patienten das, wenn ich mir da jetzt diesen (...) da muss ich schon mich selber managen, wie das geht.“	Behavior	Einstellungen Barrieren

a = vierstufige Skala → nein, eher weniger, eher schon, ja

3) Was steckt aus Ihrer Erfahrung dahinter, wenn ein Patient von Gedächtnisproblemen berichtet?			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
<u>Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression?</u>	FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 239 Also Sorgen, Sorgen, Sorgen ist ja Sorgen, die haben wir dann hoffentlich irgendwann aus der Welt geschafft, oder wir haben sie, ne, in Therapie gebracht. So.	Attitudes towards behavior Instrumental	HA Emotionen/Einstellungen Gedächtnisstörungen haben mit Gefühlen des HA zu tun(SMI) Sorgen machen Arzt genervt Konzept
Eine normale Alters-vergesslichkeit?	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 188 also wenn ich, wenn ich meine, also wenn ich den Eindruck habe, mein Gott, das ist eben, werden alle älter und so schlimm ist es nicht, ja. FG 05, Regionsfaktor 01 Zeile 394 Dass wir alle älter werden und älter selbstständig bleiben müssen und die Gedächtnisleistung wird abfallen. Da können wir machen, was wir wollen, wie unsere Herzleistung abfällt ...	Attitudes towards behavior Instrumental	Konzept/ Differenzierung SMI/ Gedächtnisst./ Demenz\Alterskonzept Aktive Strategien\Vorgehen/Handlungsstrategien/ Trösten, Bestärken, Objektivierung, Relativierung
Eine ansonsten noch nicht greifbare Vor-stufe einer Demenz?	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 9 Und dann bei dieser Patientin, wo ich daran denke, da haben wir das auch alles so gemacht und dann war das alles unauffällig und dann sagte die immer, was kann ich denn machen und ich merke das dann doch. Und irgendwann hat sich das dann so stark verschlechtert, also das ging dann irgendwann ganz rapide, dass ich kaum noch dazwischengekommen bin, die praktisch zum Neurologen zu schicken und es objektivieren zu lassen – und das vergisst man dann eben nicht.	Attitudes towards behavior Instrumental	Test (vorhandene Tests greifen nicht Vorstufe Hausarzt spürt eine Veränderung
Eine sich bereits ent-wickelnde Demenz?	NI 09, Regionsfaktor 4, Zeile 5 Es funktioniert nicht mehr so mit dem Gedächtnis und ja, wie gesagt, meistens wird es dann bestätigt von dem Angehörigen oder der Angehörigen und – dann liegt der Fall ja dann damit auf dem Tisch. Gedächtnisstörungen liegen in irgendeiner bestätigten Form dann wohl vor, sodass dem dann nachgegangen werden soll und nachgegangen werden muss auch.	Attitudes towards behavior Instrumental	Konzept/ Differenzierung SMI/ Gedächtnisstörung Demenz
Angst vor Demenz aufgrund von Medien-berichten oder eigenen Erfahrungen im sozia- len Umfeld?	FG 01, Regionsfaktor 4, Zeile 10 aber ja, ich finde es ein schwieriges Thema, weil die Sorge ist da und ich denke, dadurch, dass so viel über Alzheimer-Demenz gesprochen wird, kriegen die Leute immer mehr Angst, dass sie davon betroffen sind und das finde ich so sehr zweischneidiges Schwert, das, das so offen immer wieder zu diskutieren, ne	Attitudes towards behavior Instrumental?	Test (vorhandene Tests greifen nicht Vorstufe Hausarzt spürt eine Veränderung

Der Wunsch der <u>Angehörigen</u> (Patient kommt auf Anraten/Drängen der Angehörigen)?	NI 09, Regionsfaktor 4, Zeile 13 sondern das ist dann immer etwas, was anderen drum herum auffällt, dass da was nicht stimmt. Das wird dann davon bestätigt, von den anderen und die sind eigentlich die, die halt auch dann – ja, die Initiatoren der Vorstellung beim Arzt sind, ja.	Attitudes towards behavior Instrumental	Anzeichen/Hinweise von Angehörigen = Konzept
Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz (=Risikofaktor)?	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 9 Und dann bei dieser Patientin, wo ich daran denke, da haben wir das auch alles so gemacht und dann war das alles unauffällig und dann sagte die immer, was kann ich denn machen und ich merke das dann doch. Und irgendwann hat sich das dann so stark verschlechtert, also das ging dann irgendwann ganz rapide, dass ich kaum noch dazwischen gekommen bin, die praktisch zum Neurologen zu schicken und es objektivieren zu lassen – und das vergiss man dann eben nicht.	Attitudes towards behavior Instrumental	Einstellungen Konzept
Besorgte oder ängstliche Patienten, jedoch mit aus Ihrer Sicht eher intaktem Gedächtnis?	NI 08, Regionsfaktor 2, Zeile 67 Es klagen natürlich, aber das ist selten, dass es für mich dann irgendwie eine Demenz ist, eher irgendwie, eher so eine Angst davor.	Attitudes towards behavior Instrumental	Einstellungen Konzept

a = vierstufige Skala → nein, eher weniger, eher schon, ja

4) Jetzt geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen von Patienten, die bei sich selbst Gedächtnisprobleme wahrnehmen. Es geht nach wie vor um ÄLTERE Patienten (> 65 Jahre) OHNE manifepte Demenz!			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik/ Hauptcode
Ist es <u>diesen Patienten unangenehm</u> , Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 90 Aber das ist schon das Gefühl, dass es ihnen schwerer fällt, über so was zu sprechen, Gedächt-, über nachlassende Gedächtnisleistung, Gedächtnisprobleme, dass es ihnen schwerer fällt, das anzusprechen.	subjective Norm: induktive Norm	Einstellungen → Patientenangst (Kommunikationsbarrieren)
Fällt es <u>langjährigen / sehr gut bekannten Patienten schwerer</u> , Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 26 Und ich traue mich aber dann, eben weil ich die Leute schon lange kenne, gar nicht so, die damit zu konfrontieren	subjective Norm: induktive Norm	Einfluss der Arzt-Patientenbeziehung
Fällt es <u>langjährigen / sehr gut bekannten Patienten leichter</u> , Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 72 Finde ich schon, ja, auch das ist, man merkt das ja auch hier ganz gut im Vergleich eigentlich, dass es vielen Patienten <u>auch leichter fällt, solche Sachen zum Beispiel bei meinem Vater anzusprechen</u> , weil sie ihn einfach viel länger kennen. Und natürlich da - fällt natürlich schon auch auf, auch gerade hier mit dem Übergang, dass viele Patienten, das ist relativ egal, ob die jetzt bei mir oder bei meinem Vater sind, dass schon einige auch gerade so mit seelischen Beschwerden, dass die schon natürlich da das Vertrauensverhältnis zu meinem Vater anders haben, weil sie den seit, na meinewegen seit 30 Jahren sind die wenigsten, aber wenn die jetzt seit zehn Jahren meinewegen hierhin kommen, ein anderes Vertrauen natürlich zu haben, auch solche Sachen, die sie belasten, anzusprechen, ne, auch gerade seelische Sachen (... 26:44) Stress verarbeitest, fällt ihnen da oft leichter, das offen auszusprechen als bei mir zum Beispiel, weil ich noch nicht so lange dabei. Da gibt es einige. Manchen scheint das nichts auszumachen, ne, manchen scheint es leichter zu fallen, je besser das oder je länger das Arzt-Patienten-Verhältnis gewachsen ist, ja.	subjective Norm: induktive Norm	Patienten(angst) → Ansprache abhängig vom Vertrauen/ Arzt-Pat. Beziehung
Erwarten Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten, <u>diagnostische Maßnahmen</u> ?	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 179 bis 183 Ich möchte mein Gedächtnis behalten. F: Mhm. A: Machen Sie was, geben Sie mir eine Pille, dass es aufhört. F: Mhm, okay. A: Also das ist mein Empfinden.	subjective Norm: normative Überzeugungen	Patienten(angst) → Erwartungshaltung bzgl. Diagnostik/ Therapie
Erwarten diese Patienten ein <u>ausführliches Gespräch</u> übers Gedächtnis?	FG 02, Regionsfaktor 3 bis 5, Zeile 241 Och ja, ich muss mal einmal kurz mit dem Doktor sprechen, und dann kommen die mit so einer Liste. Und dann kommt ganz zum Schluss noch das Gedächtnisproblem (lacht kurz).	subjective Norm: normative Überzeugungen	Aktive Strategien → Gespräch und Erwartungshaltung

Erwarten diese Patienten eine <u>Behandlungs-empfehlung</u> ?	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 179–183 „A: Ich möchte mein Gedächtnis behalten: F: Mhm. A: Machen Sie was, geben Sie mir eine Pille, dass es aufhört. F: Mhm, okay. A: Also das ist mein Empfinden.“	subjective Norm: normative Überzeugungen	Einstellungen/ Erwartungsdruck
Verspüren Patienten einen <u>Leidensdruck</u> aufgrund der berichteten Gedächtnisprobleme?	NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 90 ff „Aber das ist schon das Gefühl, dass es ihnen schwerer fällt, über so was zu sprechen, Gedächtnis-, über nachlassende Gedächtnisleistung, Gedächtnisprobleme, dass es ihnen schwerer fällt, das anzusprechen.“ (NI 04 Dortmund (2), Zeile 90)	subjective Norm: inductive Norm	Einstellungen/ Erwartungsdruck → Leidensdruck
Wollen diese Patienten lieber mit einer <u>Medizinischen Fachangestellten</u> (MFA) darüber reden?	FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 301 ff Kann ich mich an einige Male erinnern. Und ja. – Das passiert ja häufiger, dass die auch einfach, ja, weil sie mehr auf deren Ebene sind, traut man sich da auch ruhig, siebenmal zu fragen und bei uns vielleicht nicht so, ne.	subjective Norm: induktive Norm	MFA sind näher dran → Fragen die MFA evtl. schnell

5) Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige Aussagen von Hausärzten. Treffen diese Aussagen für Sie persönlich zu?			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
„Bei diesen Patienten spüre ich einen Erwartungsdruck, dass ich irgendetwas tun soll.“	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 501 Also, was ich, ich habe nicht verstanden, wie ich ihr helfen sollte. Es geht immer darum, haben Sie nicht was, Sie wollen die Pille haben, die nicht da ist.	Attitudes towards behavior Instrumental	Einstellungen/ Erwartungsdruck
„Diese Patienten berühren mich emotional.“	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 384 „Gedächtnissorgen zu haben, wohinter möglicherweise sich eine Demenz verbirgt [...], für all die ist das für mich schwerwiegender, oder mindestens genauso schwerwiegend wie eine Tumorerkrankung. Und deshalb hat das für mich eine immense Bedeutung.“	Attitudes towards behavior Instrumental	Einstellungen/Emotionen
„Ich gerate unter Zeitdruck, weil das Thema Gedächtnis von Patienten oft nebenbei / im Rausgehen angesprochen wird.“	FG 02, Regionsfaktor 3 bis 5, Zeile „Riesengeschichte, das dauert ja schon eben. Ist ja schon, wenn man darauf eingehet, und – das kostet irrsinnig Zeit, und da ist da auch ein bisschen immer so die Frage: Habe ich die Zeit heute, hab ich die Nerven heute? Was bringt dem Patienten das, wenn ich mir da jetzt diesen (...) da muss ich schon mich selber managen, wie das geht.“	Verhaltensüberzeugungen	Einstellungen/ Emotionen/ Zeitmangel störend
„Solche Gespräche übers Gedächtnis würde ich am liebsten abwiegen.“		Verhaltensüberzeugungen	
„Diese berichteten Gedächtnisprobleme sind störend/nervig.“		Überzeugungen und Emotionen Attitudes towards behavior Instrumental	

6) Bewerten Sie folgende Arbeitshilfen für die Praxis, wenn Patienten Gedächtnisprobleme berichten:			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Ein <u>Instrument zur Unterscheidung</u> , ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 66 „Und da ist nur unser Problem, die bisherigen, uns so zur Verfügung stehenden Testverfahren, die wir wüssten, da würde immer bei rauskommen, der hat nichts. W: Ja genau. M: Und da stehe ich dann damit wieder. (Getränk wird eingeschenkt)	Intention Verhaltensabsicht aber auch Verhalten (Behavior) → Wenn er es bereits aus seiner Sicht bereits nutzt	Wünsche / Tests
Ein <u>Instrument zur strukturierten Dokumentation</u> und Verlaufsmessung der berichteten Gedächtnisprobleme	FG 04, Regionsfaktor 1, Zeile 57-61 Nein, ich meine jetzt hier die nicht-geriatrische, das ist ja, das ist ja jetzt, sagen wir mal, nicht Ihre, Ihre Fragestellung. Deshalb, von dem Geriatrischen Basisassessment jetzt hier, ja, Gedächtnisstörung, Demenzverdacht - kann man natürlich QM-mäßig auch ein Flussdiagramm draus machen, was man wann wo wie abklärt. Wahrscheinlich gibt es das auch schon, kenne ich jetzt nicht, nicht wirklich so genau, aber Regeln ist gut. Also sagen wir mal, Flowcharts und - Vorgehensweisen, aber - das kann man so, so noch ins Expertensystem reinbringen, aber sonst?	Intention Verhaltensabsicht aber auch Verhalten (Behavior) → Wenn er es bereits aus seiner Sicht bereits nutzt	Wünsche Instrument → Flussdiagramm zur Abklärung
Frühzeitige Einbindung von <u>Spezialisten</u>	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 207 ff. Also mir würde erst mal helfen gute fachärztliche Anbindung, um erst mal eine Diagnostik schnell zu haben, die objektiv ist, die also ich nicht nur alleine machen muss, sondern wirklich einen fachkompetenten Kollegen zu haben, der erst mal, ich sage mal, Parkinson, was weiß ich, ne, der, der, der mich da begleitet, das einmalig – versucht, zügig zu objektivieren (...).	Intention Verhaltensabsicht aber auch Verhalten (Behavior) → Wenn er es bereits aus seiner Sicht bereits nutzt	Wünsche Kollegiale Unterstützung
schriftliche <u>Handlungsempfehlung</u> zum weiteren Vorgehen	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 64 Da finde ich die Sache von, von Thomas, von dir noch mal sehr spannend. Wenn, wenn es sozusagen wie so ein Algorithmus ist, so habe ich das verstanden bei euch in der Praxis, wenn der Patient Sorge um sein Gedächtnis äußert, habt ihr sozusagen ein Programm	Intention Verhaltensabsicht aber auch Verhalten (Behavior) → Wenn er es bereits aus seiner Sicht bereits nutzt	Wünsche Algorithmus zum Vorgehen/ Programm Leitfaden
Kollegiale <u>Fallbesprechung</u> bei Bedarf zum Thema Gedächtnis	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 207 Also mir würde erst mal helfen gute fachärztliche Anbindung, um erst mal eine Diagnostik schnell zu haben, die objektiv ist, die also ich nicht nur alleine machen muss, sondern wirklich einen fachkompetenten Kollegen zu haben , der erst mal, ich sage mal, Parkinson, was weiß ich, ne, der, der, der mich da begleitet, das einmalig – versucht, zügig zu objektivieren, dann kann ich den Patienten gut wieder übernehmen und fühle mich da auch auf einer sichereren Seite in meiner Begleitung, die ich angesprochen habe, und dann fände ich natürlich schön, also auch	Intention Verhaltensabsicht aber auch Verhalten (Behavior) → Wenn er es bereits aus seiner Sicht bereits nutzt	Wünsche Kollegiale Unterstützung

Zusammenarbeit in einem interdisziplinären <u>Netzwerk</u>	gerade so hier im ländlichen Bezirk – ja, wie soll ich sagen, schon solche Netzwerke zu haben , die man ja auch manchmal so hat, also es gibt ja bei uns Gott sei Dank noch, es bröckelt alles, aber es gibt noch soziale Einrichtungen wie ein Seniorencafé, wie, Seniorencafé gibt es jetzt hier, was weiß ich, in Wesel gibt es sogar so Seniorentanzschule und – auch so für Angehörige vielleicht schon so Gesprächskreise, also ich meine, da gibt es eigentlich schon einiges, finde ich. Ich kann jetzt gar nicht so richtig sagen, dass mir da so ganz viel fehlt, aber im Grunde finde ich schon, dass da so eine Anbindung sowohl für Angehörige als auch Patienten ist, dass dieses Leben auch gut weitergelebt werden kann.	Intention Verhaltensabsicht aber auch Verhalten (Behavior) → Wenn er es bereits aus seiner Sicht bereits nutzt	Wünsche Kollegialer Austausch, Stamm-tisch, Netzwerke, fachkompetente Kollegen Verantwortung teilen
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B = Nein, brauche ich nicht, NUTZE ICH bereits, Ja, wünsche ich mir

7) Wie greifen Sie üblicherweise das Thema <u>Gedächtnis</u> mit Ihren Patienten auf? (bitte nur 1 Kreuz bei der für Sie „üblichsten“ Vorgehensweise!)			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
überhaupt nicht	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 99 spreche ich es auch nicht an. Weil das führt zu nichts.	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	passive Strategien / Therapeutischer Nihilismus
indirekt, z.B. über das Ansprechen möglicher Nebenwirkungen der Medikation	NI 10, Regionsfaktor 3, Zeile 67 „Wenn es ein, wenn sie in kleines bisschen auffällig sind, versucht man das schon mal, sagen wir mal, hintenrum, ja.“	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	aktive Strategien Kommunikation
mit offenen Fragen, z.B. wie es allgemein mit dem Denken oder dem Gedächtnis klappert	NI 01, Regionsfaktor 3, Zeile 127 Kann es sein, dass Sie schlechter denken.	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	Aktive Strategien Kommunikation
direkt , indem ich das Thema Demenz anspreche	FG 01, Regionsfaktor 4, Zeile 158 Aber ich finde, das kann man meistens konkret ansprechen. Also, was heißt, die kommen ja mit meinetwegen Husten, Schnupfen, Heiserkeit oder zum (DMP? 43:10) oder irgendwas und wenn ich das im Hinterkopf habe, dann mache ich zuerst das Aktuelle und dann sage ich halt, ach übrigens, mir ist aufgefallen, hier ist noch ein Thema, das wollte ich mal mit Ihnen in Ruhe besprechen. Mir ist aufgefallen, dass Sie, dass wir Sie für die letzten drei Termine immer noch ein zweites Mal haben anrufen lassen oder dies und jenes und kann es sein, dass die Konzentration nachgelassen hat, ne, ist Ihnen da was aufgefallen ist, oder ist irgendwem was aufgefallen. Also das ist, denke ich, nichts, wo man ein Blatt vor den Mund nehmen muss, ne, oder drumrum reden muss, also das darf man als Hausarzt.	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	aktive Strategien Kommunikation
direkt , indem ich einen Gedächtnistest anbiete/durchführe	FG 04, Regionsfaktor 2, Zeile 36 und Hinweis kognitives Interview Ja, das muss man auch schon – frage ich ihn – Sie kommen mir vor, vergesslich zu sein. Ja? Dann sagt er, nein, nein, nein, nein, das ist, dann habe ich ihm gesagt manchmal, ja, Sie sind – im Gedächtnis (toll gestört? 16:09), aber nicht im alten Gedächtnis. Sie vergessen gleich, was ich Ihnen erklärt habe. Und dann, vielleicht akzeptiert er, dass wir auch schon DemTec machen können und wenn das grenzwertig ist, muss ich ihn überweisen.	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	Aktive Strategien Kommunikation Test
Welchen ungefähren Wortlaut verwenden Sie? Bitte eine Ihrer gängigen Formulierungen nennen:	Kein Item	Behavior	Kommunikation

8) Welche Patienten sprechen Sie aktiv aufs Gedächtnis an?			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Patienten, bei denen Ihre Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie auf Gedächtnisprobleme hingewiesen haben?	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 205 Nicht, also ich würde sagen, liebe, es gibt Menschen, die sich Sorgen um Sie machen. Wir haben das auch hier in der Praxis besprochen. Sie haben neulich, also das macht ja überhaupt nichts, aber Sie haben mal einen Termin vergessen und, und, und. Wir machen uns Sorgen um Ihre – Versorgung. Zum Beispiel, nicht. Und dürfen wir ...	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	aktive Strategien/Kommunikation (Gespräche)\Ansprache bei Aufälligkeiten
Patienten, bei denen Sie bereits erste Gedächtnisdefizite vermuten?	NI 10, Regionsfaktor 3, Zeile 79 Was das für Typen sind. Also nicht jeden. Also wer, wer völlig geordnet ist also und auch das rüberbringt, das ist nicht nur Fassade, oder sagen wir mal so, rüberbringt, dass es nicht nur wie eine Fassade scheint, halte ich es, spreche ich es nicht von mir aus an.	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	passive Strategien / (Non)-Kommunikation\
Patienten, bei denen Demenzfälle in der Familie bereits aufgetreten sind?	Kein Zitat → Wissen zu Demenz Demenz bei Verwandten ersten Grades (Vollmar et al, 2008)		
Patienten, deren Angehörige Ihnen schon von Gedächtnisproblemen berichtet haben?	NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 108 Ja schon, wie gesagt, also wenn das halt die Angehörigen ansprechen, dann ist schon so die Erwartungshaltung auch da, ne, du bist doch der Arzt. Mach mal was. (lacht)	Behavior	Angehörige/Erwartungshaltung
Routinemäßig alle Patienten ab einem gewissen Alter?	NI 02/03 Regionsfaktor 2, Zeile 9–13 Ohne dass jetzt jetzt ein Verdacht besteht? F: Mhm, wo, die älter sind ... W: Einfach ältere Patienten? F: Genau, genau. Ob sie sich Sorgen machen, ob sie ... W: Also, wenn jetzt gar kein Anlass dafür besteht, wir kennen die Patienten ja meistens sehr gut. Und wenn mir selber auch nichts dergleichen auffällt, dann würde ich das jetzt nicht von mir aus ...	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	passive Strategien / (Non)-Kommunikation
Patienten, bei denen Ihre Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie auf Gedächtnisprobleme hingewiesen haben?	FG 06, Regionsfaktor 2, Zeile 420 ff Also, ich hatte auch einen Patienten, wo die Kompetenz meiner Helferinnen sehr – wegweisend war. Also das denen aufgefallen ist. Die geben ein Rezept, Patient fragt zum siebten Mal, wie muss ich die Tabletten nehmen. So, und wenn er dann bei mir sitzt, hat er unten siebenmal gefragt und sich vielleicht aufschreiben lassen und ich komme da nicht mehr drauf. Dann kriege ich manchmal eine E-Mail nach oben, fragt dauernd, oder fällt uns auf, behält nichts mehr oder so. Da bin ich dann auch dankbar. Kann ich mich an einige Male erinnern. Und ja. – Das passiert ja häufiger, dass die auch einfach, ja, weil sie mehr auf deren Ebene sind, traut man sich da auch ruhig, siebenmal zu fragen und bei uns vielleicht nicht so, ne.	Behavior oder Verhaltensüberzeugung	

9) Schätzen Sie bitte Ihr Empfinden ein:			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Ist es Ihnen als Hausarzt unangenehm, Ihre Patienten aktiv aufs Gedächtnis anzusprechen?	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 87 Aber ich glaube, grundsätzlich den Patienten selber drauf anzusprechen, wenn man den Eindruck hat, dass er eine Gedächtnisstörung hat, das ist schwierig	Attitudes towards behavior Experiental:	Emotionen
Fällt es Ihnen bei langjährigen / sehr gut bekannten Patienten schwerer , diese aufs Gedächtnis anzusprechen?	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 26 Und ich traue mich aber dann, eben weil ich die Leute schon lange kenne, gar nicht so, die damit zu konfrontieren	Perceived Control: Wahrgenommene Kontrolle	Emotionen
Fällt es Ihnen bei langjährigen / sehr gut bekannten Patienten leichter , diese aufs Gedächtnis anzusprechen?		Perceived Control: Wahrgenommene Kontrolle	Emotinen
Was meinen Sie: Ist es Ihren Patienten unangenehm , wenn sie von Ihnen auf ihr Gedächtnis angesprochen werden?	NI 02/03 Regionsfaktor 2, Zeile 7 Und dann – gibt es die, wo ich selbst das Gefühl habe, ich müsste das mal ansprechen und da ist es dann wirklich sehr unterschiedlich, wie die Patienten, oder wie, wie ich vermute, dass die Patienten reagieren oder auch, wie die Patienten reagieren, wenn ich es mal vorsichtig anspreche	Subjektive Norm Induktive Norm Verhaltensüberzeugung	aktive Strategien/Kommunikation (Gespräche)
Erwarten Ihre älteren Patienten von Ihnen als Hausarzt, dass Sie sie aktiv aufs Gedächtnis ansprechen?	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 373 Viele Ältere wollen es wissen, die Angehörigen wollen es wissen, ob was ist	Subjektive Norm Induktive Norm	Einstellungen Erwartungshaltung Patientenangst

10) Gibt es für Sie als Hausarzt bestimmte <u>Patientengruppen</u> , bei denen Sie das Thema Gedächtnis eher <u>vermeiden</u> ? (Zutreffendes ankreuzen: mehrere Kreuze erlaubt!)			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Nein, <u>keine</u> bestimmte Patientengruppe, bei der ich es vermeide.	NI 04, Regionsfaktor 1, Zeile 54 Das ist doch sehr am Einzelfall orientiert, wie man die auch so hier kennengelernt hat, ne. Ja, dass es doch in den meisten Fällen doch eben Patienten sind, gut, bei mir auch natürlich manchmal, da ich noch nicht so lange hier in der Praxis bin, manchmal auch Patienten auch, die man zum ersten Mal sieht, ne, wenn das gehe ich schon anders vor, als wenn die Patienten auch selbst hier waren	Attitudes towards behavior Instrumental	HA Emotionen/ Unsicherheiten\Beziehungsebene
bei <u>sehr alten</u> Patienten	Items wurde aus wissenschaftlicher Expertise konstruiert (damit verschiedene Fassetten abgebildet sind)	Attitudes towards behavior Instrumental	keine
bei <u>multimorbidem / gebrechlichen</u> Patienten	NI 08, Regionsfaktor 1, Zeile 34 ²⁸ Auch, ja, aber wir eigentlich häufig bei älteren Leuten, haben wir eigentlich oft Kontakt-daten, ob die jetzt hier Patient sind oder nicht, aber einfach so, dass wir, wenn man weiß, Frau XY wohnt alleine und kommt immer jetzt sehr umständlich hierhin und wird langsam gebrechlicher und so.	Attitudes towards behavior Instrumental	Strategien Angehörige
bei <u>alleinlebenden</u> Patienten			
bei Patienten mit <u>psychischen Erkrankungen</u> (z.B. Depression)	Items wurde aus wissenschaftlicher Expertise konstruiert (damit verschiedene Fassetten abgebildet sind)	Attitudes towards behavior Instrumental	keine
bei <u>langjährigen / sehr gut bekannten</u> Patienten	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 26 Und ich traue mich aber dann, eben weil ich die Leute schon lange kenne, gar nicht so, die damit zu konfrontieren	Attitudes towards behavior Instrumental	Einstellungen / Emotionen
bei <u>hoch gebildeten</u> Patienten	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 501 Das ist eine Frau, die ich 40 Jahre kenne, schon bevor ich Ärztin war, die immer in einer <u>hervorragenden Stellung in der, in der Gemeinde gestanden hat, die sich immer sehr dargestellt hat</u> , die sich immer sehr dargestellt hat und – die von sich extrem überzeugt wird, ist, dass sie eigentlich alles richtig macht. Sie hat eine Krebserkrankung durchgemacht, sie hat – ihren Mann lange gepflegt und verloren, sie hat – einige andere familiäre Geschichten hinter sich gebracht, die schwierig sind, sie hat alles gemeistert. Sie wird eben mehr und mehr dement. Ein Kollege hat mich drauf angesprochen und die Tochter hat mich drauf angesprochen.	Attitudes towards behavior Instrumental	Kommunikation Besonderheiten in der Hausarztpraxis

²⁸ Umgedrehte Formulierung zur Vereinheitlichung → Im Interview wurde berichtet, dass bei dieser Patientengruppe eher eine Ansprache erfolgt.

	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 506 ... man würde ja einen mächtigen Politiker nicht auf eine Demenz ansprechen.		
bei Patienten in guter sozialer Einbettung	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 99 Wenn ich merke, und ich merke, der kommt gut zurecht und ich merke, da gibt es keine Probleme und dann spreche ich es auch nicht an. Weil das führt zu nichts. Wir haben keine Therapie und ich - wüsste auch nicht, was ich machen sollte dann. <u>Und wenn das Umfeld, wenn das funktioniert, wenn das irgendwie stabil ist.</u>	Attitudes towards behavior Instrumental	Passive Strategien (Non-)Kommunikation Kein ärztliches Gespräch bei Alltagsfunkt. und geg. soz. Umfeld
bei Heimbewohnern	NI 01, Regionsfaktor 3 Zeile 134 F: Okay. Also wenn Sie keine Zeit haben. Und gibt es auch Patientengruppen, wo Sie denken, die wollen das gar nicht wissen und dass Sie deswegen vielleicht gar nicht ansprechen? Zeile 135 A: Die im Altenheim.	Attitudes towards behavior Instrumental	(Non-) Kommunikation Bestimmte Patientengruppen Passive Strategien
Sonstige Patienten? (bitte eintragen)			

11) Gibt es für Sie als Hausarzt bestimmte Gründe , Patienten NICHT auf ihr Gedächtnis anzusprechen? (Zutreffendes ankreuzen: mehrere Kreuze erlaubt!)			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Nein, es gibt keine bestimmten Gründe gegen das Ansprechen.	NI 01, Regionsfaktor 3, Zeile 157 Doch, wenn ich, wenn ich keine Zeit habe.	Attitudes towards behavior Instrumental	
Ich will niemanden kränken / stigmatisieren	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 87 bis 89 Aber ich glaube, grundsätzlich den Patienten selber drauf anzusprechen, wenn man den Eindruck hat, dass er eine Gedächtnisstörung hat, das ist schwierig. W: Ist schwierig, ja. M: Das ist ganz schwierig. Kann gutgehen, aber muss auch nicht. Und dann	Attitudes towards behavior Instrumental	Emotionen Unsicherheit (Non-) Kommunikation
<u>Angehörige</u> sollten es am besten ansprechen, nicht ich.	NI 06, Regionsfaktor 1, Zeile 7 sagte, dass er von seiner Tochter, von der Familie, ja, ein bisschen in die Richtung gedrängt worden sei, sich doch mal wegen dieses Problems vorzustellen, weil er halt häufiger – Dinge vergessen hat, Verabredungen vergessen hat, Dinge nicht wiedergefunden hat,	Attitudes towards behavior Instrumental	Einstellung Angehörige Erwartungshaltung
Der Patient selbst sollte es ansprechen, nicht ich.	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 182 Ja, die sprechen mich ja an. Ne, also zunächst mal, also dann kann ich da auch gut drauf eingehen und dann beleidige ich auch keinen oder kränke eben keinen,	Attitudes towards behavior Experiential	HA Emotionen\ Einstellungen\"schlimme Diagnose" vorsichtige Herangehensweise/ Stigma/ Kommunikation
Ich will keine schlafenden Hunde wecken .	FG 05, Regionsfaktor 1, Zeile 31 Also und, und – und auch aus dem Empfinden raus, also wenn man jemanden, der, der das Gedächtnis verliert oder der die, der sich Sorgen macht, wenn man dem auch noch nachweist, du hast Lücken, dann reagiert der so verschreckt, dass seine Lücken – noch viel größer sind. Also nach dem Motto, <u>bloß keine schlafenden Hunde wecken, nichts aufmischen. Das – schadet den Leuten nur.</u>	Attitudes towards behavior Instrumental	passive Strategien\Vermeidungsstrategien Emotionen/Einstellungen
Sonstiger Grund? (bitte eintragen)			

Nun geht es um den Fall, dass Angehörige Ihnen kommen und von Gedächtnisproblemen eines Ihrer Patienten berichten.

12) Wie bewerten Sie es, wenn <u>Angehörige</u> Ihnen von mögl. Gedächtnisproblemen eines Patienten berichten?			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen <u>Hinweis</u> ?	NI 09, Regionsfaktor 4, Zeile 5 Es funktioniert nicht mehr so mit dem Gedächtnis und ja, wie gesagt, meistens wird es dann bestätigt von dem Angehörigen oder der Angehörigen und – dann liegt der Fall ja dann damit auf dem Tisch. Gedächtnisstörungen liegen in irgendeiner bestätigten Form dann wohl vor, sodass dem dann nachgegangen werden soll und nachgegangen werden muss auch.	Wahrgenommene Verhaltenskontrolle	Konzept/ Differenzierung/ Angehörige
Empfinden Sie es als <u>hilfreich</u> , das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?	FG 03, Regionsfaktor 3 und 4, Zeile 70 Und seine Frau war dann beim letzten Mal mit dabei, haben wir dann gedacht, aber - der ist so störrisch, der will nicht zum Neurologen.	Verhaltensüberzeugung	Einstellungen Patientenangst
Nehmen Sie die <u>Erwartungshaltung</u> wahr, dass Sie irgendetwas machen sollen?	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 187 Und dann sage ich – da habe ich sogar den Mann eben mal einbestellt, damit er mitbekommt, wie das ist, dass sie das auch gar nicht nehmen will. Da habe ich ihn eben, da hatte ich den ja mit dazu einbestellt und dann – habe ich ihn jetzt beruhigt und gesagt, also so schlimm wäre es jetzt auch nicht, wenn sie es nicht nähme, weil es nicht viel – bewirken würde. Also für die hängt es an dem Medikament, für die Angehörigen, ob es weiter fortschreitet oder nicht, wobei die Diagnose gar nicht klar ist. Also eigentlich	Subjektive Norm induktive Norm	aktive Strategien/Vorgehen Angehörige mit einbestellen Erwartungshaltung
Verkompliziert das für Sie die <u>Kommunikation</u> zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?	NI 09, Regionsfaktor 4, Zeile 37 ff. Also ich denke mir, auch in einer solchen Dreierkonstellation ist das nicht verkehrt. Allerdings muss man natürlich gut darüber nachdenken, welche Interessen sich unter Umständen mit einer solchen Unterstellung einer	Verhalten? Wahrgenommene Verhaltenskontrolle	HA Emotionen\Einstellungen"\schlimme Diagnose" vorsichtige Herangehensweise

13) Wie bewerten Sie für sich folgende mögliche nächste Schritte?			
Item	Zitat	Konstrukt TPB Ajzen (1991)	Rubrik Hauptcode
Bitten Sie den Angehörigen, mit dem Patienten <u>gemeinsam</u> in die Praxis zu kommen?	NI 12, Regionsfaktor 3, Zeile 57 Ich habe mir dann die Angehörigen sogar mal, den Ehemann mal mit einbestellt, damit ich dann aus seiner Sicht auch mal nehme, weil das bei ihr auch sehr schwierig ist, genau, mit ihr zusammen einbestellt, ja.	Behavior oder <u>Intention →</u> Verhaltensabsicht	Angehörige mit einbestellen
Bestellen Sie den Patienten <u>alleine</u> ein?	NI 10, Regionsfaktor 3, Zeile 105 Aber es gibt das auch so natürlich, wo dann sie erst mal alleine, ich, meistens sie, ne, erst mal ganz alleine was erzählen muss und er erst mal - später, wenn überhaupt, dazukommt oder einzeln oder getrennt davon reinkommen will oder darf, weil die sich sonst hacken, ja. Das, ja.	Behavior oder <u>Intention →</u> Verhaltensabsicht?	aktive Strategien\Kommunikation \Gespräch mit Angehörigen/
Beobachten Sie den Patienten im Verlauf, <u>ohne</u> ihn aufs Gedächtnis anzusprechen?	NI 05, Regionsfaktor 1, Zeile 13 Und wie gesagt, je nachdem, wie das ist, muss man, wenn es ganz diskret ist, sagt man, okay, vielleicht war es ein Zufall, bestellen wir den Patienten mal in zwei, drei Monate noch mal, mal gucken, wie es geht. FG 03, Regionsfaktor 1, Zeile 188 Ja, wenn, aber ich muss ja was Auffälliges finden sonst, also wenn ich, wenn ich meine, also wenn ich den Eindruck habe, mein Gott, das ist eben, werden alle älter und so schlimm ist es nicht, ja. Wir werden das mal wiederholen und können wir dann einfach den Verlauf beobachten. Also ich sehe im Moment, ich mache mir keine Sorgen und die sollten Sie sich auch nicht machen. Sehen Sie zu, ja, dass Sie sich gesund verhalten, ne, und ja.	Behavior oder <u>Intention →</u> Verhaltensabsicht?	aktive Strategien\Präventive Maßnahmen/ Vorsorge\Check-Up/\nVerlaufsdiagnostik

Nun einige Häufigkeitsangaben:

14) Schätzen Sie bitte grob folgende Häufigkeiten pro Quartal ein: (1 Kreuz pro Zeile!)	0–2 Mal	3–5 Mal	6–15 Mal	16–30 Mal	31–50 Mal	>50 Mal
Wie oft berichten <u>Angehörige/Bekannte</u> älterer Patienten Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen eines Patienten?						
Wie oft kommt es pro Quartal vor, dass Ihnen ein älterer <u>Patient</u> erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet?						
Wie oft <u>sprechen Sie selbst</u> als Hausarzt ältere Patienten erstmalig aktiv auf deren Gedächtnis an?						
Wie oft vermuten Sie selbst bei älteren Patienten erstmalig Gedächtnisprobleme?						
Wie oft weisen <u>Ihre Mitarbeiter</u> (MFA, Kollegen) Sie erstmalig auf mögliche Gedächtnisprobleme älterer Patienten hin?						
Hier geht es um Häufigkeitsabfragen zum Thema, damit die Bedeutung eingruppiert werden kann. Diese Konstruktion erfolgte nicht auf Basis des qualitativen Materials und wird keinem Konstrukt zugeordnet						

D. Quantitative Erhebung

D.1 Ausschluss PLZ „starker“ Allgemeinmedizinstandorte

Kriterien zum Ausschluß:

- 1) In TOP 5 laut Großmann et al. 2012
ODER
- 2) [b) ≥25 DEGAM-Abstracts in 2017 UND c) auf www.degam.de mit Forschungspraxen-
netz gelistet]

Ausschlussliste für Stichprobenziehung:

Heidelberg → 69115, 69117, 69118, 69120, 69121, 69123, 69124, 69126

Göttingen → 37073, 37075, 37077, 37079, 37081, 37083, 37085

Düsseldorf → 40210, 40211, 40212, 40213, 40215, 40217, 40219, 40221, 40223, 40225, 40227, 40229, 40231, 40233, 40235, 40237, 40239, 40468, 40470, 40472, 40474, 40476, 40477, 40479, 40489, 40545, 40547, 40549, 40589, 40591, 40593, 40595, 40597, 40599, 40625, 40627, 40629

Hamburg → 20095, 20097, 20099, 20144, 20146, 20148, 20149, 20249, 20251, 20253, 20255, 20257, 20259, 20354, 20355, 20357, 20359, 20457, 20457, 20459, 20535, 20537, 20539, 20539, 21029, 21031, 21033, 21035, 21037, 21039, 21073, 21075, 21077, 21079, 21107, 21109, 21129, 21147, 21149, 22041, 22043, 22045, 22047, 22049, 22081, 22083, 22085, 22087, 22089, 22111, 22113, 22115, 22117, 22119, 22143, 22145, 22147, 22149, 22159, 22175, 22177, 22179, 22297, 22299, 22301, 22303, 22305, 22307, 22309, 22335, 22337, 22339, 22359, 22391, 22393, 22395, 22397, 22399, 22415, 22417, 22419, 22453, 22455, 22457, 22459, 22523, 22525, 22527, 22529, 22547, 22549, 22559, 22587, 22589, 22605, 22607, 22609, 22761, 22763, 22765, 22767, 22769

Berlin → 10115, 10117, 10119, 10178, 10179, 10243, 10245, 10247, 10249, 10315, 10317, 10318, 10319, 10365, 10367, 10369, 10405, 10407, 10409, 10435, 10437, 10439, 10551, 10553, 10555, 10557, 10559, 10585, 10587, 10589, 10623, 10625, 10627, 10629, 10707, 10709, 10711, 10713, 10715, 10717, 10719, 10777, 10779, 10781, 10783, 10785, 10787, 10789, 10823, 10825, 10827, 10829, 10961, 10963, 10965, 10967, 10969, 10997, 10999, 12043, 12045, 12047, 12049, 12051, 12053, 12055, 12057, 12059, 12099, 12101, 12103, 12105, 12107, 12109, 12157, 12159, 12161, 12163, 12165, 12167, 12169, 12203, 12205, 12207, 12209, 12247, 12249, 12277, 12279, 12305, 12307, 12309, 12347, 12349, 12351, 12353, 12355, 12357, 12359, 12435, 12437, 12439, 12459, 12487, 12489, 12524, 12526, 12527, 12529, 12555, 12557, 12559, 12587, 12589, 12619, 12621, 12623, 12627, 12629, 12679, 12681, 12683, 12685, 12687, 12689, 13051, 13053, 13055, 13057, 13059, 13086, 13088, 13089, 13125, 13127, 13129, 13156, 13158, 13159, 13187, 13189, 13347, 13349, 13351, 13353, 13355, 13357, 13359, 13403, 13405, 13407, 13409, 13435, 13437, 13439, 13465, 13467, 13469, 13503, 13505, 13507, 13509, 13581, 13583, 13585, 13587, 13589, 13591, 13593, 13595, 13597, 13599, 13627, 13629, 14050, 14052, 14053, 14055, 14057, 14059, 14089, 14109, 14129, 14163, 14165, 14167, 14169, 14193, 14195

Marburg → 35037, 35039, 35041, 35043

Witten → 58452, 58453, 58454, 58455, 58456

Frankfurt/Main → 60311, 60313, 60314, 60316, 60318, 60320, 60322, 60323, 60325, 60326, 60327, 60329, 60385, 60386, 60388, 60389, 60431, 60433, 60435, 60437, 60439, 60486, 60487, 60488, 60489, 60528, 60529, 60549, 60594, 60596, 60598, 60599, 65929, 65931, 65933, 65934, 65936

D.2 Fragebogen für die quantitative Erhebung (Endversion)

Vergessliche Patienten, besorgte Patienten?!

Ihre persönliche Meinung
zum Umgang in der Praxis ist gefragt



Exemplarisch Version a

Es gibt insgesamt 10 Versionen, um Rangfolgeeffekte zu vermeiden, hier erfolgte innerhalb eines Blocks eine unterschiedliche Item-Abfolge.



Liebe Hausärztin, lieber Hausarzt,
vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und wertvolle Unterstützung!
Ich weiß diesen Mehraufwand – gerade in Zeiten hohen Arbeitsaufkommens in
der Praxis – sehr zu schätzen.

Um in diesem Projekt die hausärztliche Sichtweise in ihrer ganzen Breite darstellen zu können, **zählt jede Rücksendung!** Nur so können wir vermitteln, welche Probleme und Arbeitsweisen in der Hausarztpraxis relevant sind.

Hausärztliches Denken und Handeln ist individuell am Patienten ausgerichtet.
Diese Individualität kann ein Fragebogen nicht gänzlich abbilden. Deshalb bitte
ich Sie, die Fragen im **Sinne Ihres üblichen, durchschnittlichen oder bevorzugten Denkens
und Handelns** zu beantworten. Bei Anmerkungen oder Fragen können Sie mich gerne anrufen unter ☎ 0157 / 32 62 20 47.

Verena Leutgeb

(Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)

Allgemeine Hinweise:

Gerne hätten wir jeweils die männlichen und weiblichen Sprachformen genannt. Wir haben uns letztendlich doch für die rein männliche Form entschieden, da der Fragebogen sonst sehr viel länger und v.a. unlesbar geworden wäre. Die Nummer unten auf dem Fragebogen dient nur der Rücklaufkontrolle, um bei Bedarf die entsprechenden Teilnehmer/-innen an die Rücksendung erinnern zu können (Pseudonymisierung); Ihre Angaben werden natürlich nicht mit Ihrem Namen verknüpft, sondern anonym ausgewertet. Deshalb bitten wir Sie, den Fragebogen/Briefumschlag **nicht mit Namen oder Stempel zu versehen**.

Wichtige Hinweise vorab:

Alle Fragen beziehen sich auf **ältere Patienten (> 65) ohne manifeste Demenzerkrankung**.
Bitte beantworten Sie **alle Fragen**, denn nur vollständige Fragebögen kann ich auswerten.

1) Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige generelle Aussagen von Hausärzten zum Thema Gedächtnis. Geben Sie bitte an, inwieweit diese für Sie als Hausarzt zutreffen:				
(1 Kreuz pro Zeile!)	nein	eher weniger	eher schon	ja
„Ich sehe mich beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ als Vermittler zwischen Patient und Angehörigen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich habe das Gefühl, beim Thema ‚Gedächtnis-probleme‘ fehlt mir ein richtiges Konzept.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ ist man machtlos.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn die Angehörigen kommen und klagen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär Aufgabe von Neurologen/Psychiatern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnisprobleme.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die Medizinische Fachangestellte (MFA) spielt bei der frühen Wahrnehmung möglicher Gedächtnis-probleme eine wichtige Rolle.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn es um manifeste Demenz geht.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vielen Dank – bitte weiter auf der nächsten Seite!

ID -Version-Verschickung

In den Fragen 2 bis 6 geht es um den Fall, dass ein älterer Patient Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet, Sie als Hausarzt aber bislang keine Defizite bemerken:

(1 Kreuz pro Zeile!)	nein	eher weniger	eher schon	ja
Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme im Verlauf gezielt wieder auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigen Sie diesen Patienten in einem entsprechenden <u>Arzt-Patienten-Gespräch</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie an, den Patienten zu einem <u>Neurologen/Psychiater</u> zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichen Sie die berichteten Probleme gezielt mit Ihrem Eindruck von mögl. Veränderungen des Patienten ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlagen Sie dem Patienten vor, die <u>Angehörigen</u> einzubestellen, um auch deren Einschätzung zu erfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen Sie mit Ihrer <u>Medizinischen Fachangestellten</u> (MFA) über die vom Patienten berichteten Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentieren Sie die berichteten Gedächtnisprobleme in der Patientenakte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen Sie den Patienten nach mögl. <u>Gründen/Auslösern</u> für die Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie gezielt Nachfragen, <u>seit wann</u> die berichteten Gedächtnisprobleme bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie gezielt Nachfragen, <u>in welchen Situationen</u> sich die Gedächtnisprobleme äußern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie einen <u>Gedächtnistest</u> an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie eine <u>bildgebende Diagnostik</u> an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfen Sie im Gespräch grob das Gedächtnis mit <u>individuellen Fragen</u> (z.B. nach der letzten Mahlzeit, dem Wochentag, Namen etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen Sie die Gedächtnisprobleme als Anlass, um mit dem Patienten über <u>Patientenverfügung</u> und/oder <u>Vorsorgevollmacht</u> zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieten Sie gezielt <u>Labordiagnostik</u> zur Abklärung körperlicher Ursachen an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie Vorschläge zur Erhaltung der <u>geistigen Fitness</u> (z.B. Gedächtnistraining)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenken Sie das Gespräch gezielt auf ein <u>anderes Thema</u> , weg vom Gedächtnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ID-Version-Verschickung

Vielen Dank – bitte weiter auf der nächsten Seite!

3

3) Was steckt aus Ihrer Erfahrung dahinter, wenn ein Patient von Gedächtnisproblemen berichtet?

(1 Kreuz pro Zeile!)

	nein	ehrer weniger	ehrer schon	ja
Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine normale Altersvergesslichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine ansonsten noch nicht greifbare Vorstufe einer Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine sich bereits entwickelnde Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor Demenz aufgrund von Medienberichten oder eigenen Erfahrungen im sozialen Umfeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Wunsch der Angehörigen (Patient kommt auf Anraten/Drängen der Angehörigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz (=Risikofaktor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besorgte oder ängstliche Patienten, jedoch mit aus Ihrer Sicht eher intaktem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Jetzt geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen von Patienten, die bei sich selbst Gedächtnisprobleme wahrnehmen.

Es geht nach wie vor um ÄLTERE Patienten (> 65 Jahre) OHNE manifeste Demenz!

(1 Kreuz pro Zeile!)

	nein	ehrer weniger	ehrer schon	ja
Ist es diesen Patienten unangenehm, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten schwerer, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten leichter, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwarten Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten, diagnostische Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwarten diese Patienten ein ausführliches Gespräch über Gedächtnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwarten diese Patienten eine Behandlungsempfehlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspüren Patienten einen Leidensdruck aufgrund der berichteten Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wollen diese Patienten lieber mit einer Medizinischen Fachangestellten (MFA) darüber reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vielen Dank – bitte weiter auf der nächsten Seite!

ID -Version-Verschickung

5) Sie sehen im Folgenden sinngemäß einige Aussagen von Hausärzten.

Treffen diese Aussagen für Sie persönlich zu?

(1 Kreuz pro Zeile!)

	nein	eher weniger	eher schon	ja
„Bei diesen Patienten spüre ich einen <u>Erwartungsdruck</u> , dass ich irgendetwas tun soll.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Diese Patienten <u>berühren</u> mich emotional.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich gerate unter Zeitdruck, weil das Thema Gedächtnis von Patienten oft <u>nebenbei / im Rausgehen angesprochen wird</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Solche Gespräche übers Gedächtnis würde ich am liebsten <u>abwieglegen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Diese berichteten Gedächtnisprobleme sind <u>störend/nervig</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Bewerten Sie folgende **Arbeitshilfen für die Praxis, wenn Patienten Gedächtnisprobleme berichten:**

(1 Kreuz pro Zeile!)

	Nein, brauche ich nicht	NUTZE ICH bereits	Ja, wünsche ich mir
Ein <u>Instrument zur Unterscheidung</u> , ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein <u>Instrument zur strukturierten Dokumentation</u> und Verlaufsmessung der berichteten Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühzeitige Einbindung von <u>Spezialisten</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche <u>Handlungsempfehlung</u> zum weiteren Vorgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegiale <u>Fallbesprechung</u> bei Bedarf zum Thema Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit in einem interdisziplinären <u>Netzwerk</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den Fragen 7 bis 11 geht es um den Fall, dass Sie als Hausarzt einen Patienten aufs Gedächtnis ansprechen (wollen):

**7) Wie greifen Sie üblicherweise das Thema Gedächtnis mit Ihren Patienten auf?
(bitte nur 1 Kreuz bei der für Sie „üblichsten“ Vorgehensweise!)**

- überhaupt nicht**
- indirekt**, z.B. über das Ansprechen möglicher Nebenwirkungen der Medikation
- mit offenen Fragen**, z.B. wie es allgemein mit dem Denken oder dem Gedächtnis klappt
- direkt**, indem ich das Thema Demenz anspreche
- direkt**, indem ich einen Gedächtnistest anbiete/durchführe

Welchen ungefähren Wortlaut verwenden Sie? Bitte eine Ihrer gängigen Formulierungen nennen:



ID-Version-Verschickung

Vielen Dank – bitte weiter auf der nächsten Seite!

5

8) Welche Patienten sprechen Sie aktiv aufs Gedächtnis an?

(1 Kreuz pro Zeile!)

	nein	eher weniger	eher schon	ja
Patienten, bei denen Ihre Mitarbeiter (MFA, Kollegen) Sie auf Gedächtnisprobleme hingewiesen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten, bei denen Sie bereits erste Gedächtnisdefizite vermuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten, bei denen Demenzfälle in der Familie bereits aufgetreten sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten, deren Angehörige Ihnen schon von Gedächtnisproblemen berichtet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routinemäßig alle Patienten ab einem gewissen Alter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Schätzen Sie bitte Ihr Empfinden ein:

(1 Kreuz pro Zeile!)

	nein	eher weniger	eher schon	ja
Ist es Ihnen als Hausarzt unangenehm, Ihre Patienten aktiv aufs Gedächtnis anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihnen bei langjährigen / sehr gut bekannten Patienten schwerer, diese aufs Gedächtnis anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihnen bei langjährigen / sehr gut bekannten Patienten leichter, diese aufs Gedächtnis anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was meinen Sie: Ist es Ihren Patienten unangenehm, wenn sie von Ihnen auf ihr Gedächtnis angesprochen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwarten Ihre älteren Patienten von Ihnen als Hausarzt, dass Sie sie aktiv aufs Gedächtnis ansprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Gibt es für Sie als Hausarzt bestimmte Patientengruppen, bei denen Sie das Thema Gedächtnis eher vermeiden? (Zutreffendes ankreuzen: mehrere Kreuze erlaubt!)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nein, keine bestimmte Patientengruppe, bei der ich es vermeide. | <input type="radio"/> bei langjährigen / sehr gut bekannten Patienten |
| <input type="radio"/> bei sehr alten Patienten | <input type="radio"/> bei hoch gebildeten Patienten |
| <input type="radio"/> bei multimorbidien / gebrechlichen Patienten | <input type="radio"/> bei Patienten in guter sozialer Einbettung |
| <input type="radio"/> bei alleinlebenden Patienten | <input type="radio"/> bei Heimbewohnern |
| <input type="radio"/> bei Patienten mit psychischen Erkrankungen (z.B. Depression) | <input type="radio"/> Sonstige Patienten? (bitte eintragen)
..... |

11) Gibt es für Sie als Hausarzt bestimmte Gründe, Patienten NICHT auf ihr Gedächtnis anzusprechen? (Zutreffendes ankreuzen: mehrere Kreuze erlaubt!)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nein, es gibt keine bestimmten Gründe gegen das Ansprechen. | <input type="radio"/> Der Patient selbst sollte es ansprechen, nicht ich. |
| <input type="radio"/> Ich will niemanden kränken / stigmatisieren. | <input type="radio"/> Ich will keine schlafenden Hunde wecken. |
| <input type="radio"/> Angehörige sollten es am besten ansprechen, nicht ich. | <input type="radio"/> Sonstiger Grund? (bitte eintragen)
..... |



Vielen Dank – bitte weiter auf der nächsten Seite!

ID -Version-Verschickung

Nun geht es um den Fall, dass Angehörige zu Ihnen kommen und von Gedächtnisproblemen eines Ihrer Patienten berichten.

12) Wie bewerten Sie es, wenn Angehörige Ihnen von mögl. Gedächtnisproblemen eines Patienten berichten?

(1 Kreuz pro Zeile!)

	nein	eher weniger	eher schon	ja
Empfinden Sie dies als bedeutsamen diagnostischen Hinweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie es als <u>hilfreich</u> , das Thema nicht selbst aufgreifen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die <u>Erwartungshaltung</u> wahr, dass Sie irgendetwas machen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkompliziert das für Sie die <u>Kommunikation</u> zwischen Ihnen, Patient und Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Wie bewerten Sie für sich folgende mögliche nächste Schritte?

(1 Kreuz pro Zeile!)

	nein	eher weniger	eher schon	ja
Bitten Sie den Angehörigen, mit dem Patienten <u>gemeinsam</u> in die Praxis zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestellen Sie den Patienten <u>alleine</u> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie den Patienten im Verlauf, <u>ohne</u> ihn aufs Gedächtnis anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun einige Häufigkeitsangaben:

14) Schätzen Sie bitte grob folgende Häufigkeiten pro Quartal ein:

(1 Kreuz pro Zeile!)

	0-2 Mal	3-5 Mal	6-15 Mal	16-30 Mal	31-50 Mal	>50 Mal
Wie oft berichten <u>Angehörige/Bekannte</u> älterer Patienten Ihnen erstmalig von Gedächtnisproblemen eines Patienten?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft kommt es pro Quartal vor, dass Ihnen ein älterer <u>Patient</u> erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft <u>sprechen Sie selbst</u> als Hausarzt ältere Patienten erstmalig aktiv auf deren Gedächtnis an?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft <u>vermuten Sie selbst</u> bei älteren Patienten erstmalig Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft weisen <u>Ihre Mitarbeiter</u> (MFA, Kollegen) Sie erstmalig auf mögliche Gedächtnisprobleme älterer Patienten hin?	<input type="checkbox"/>					

Nun bitte nur noch die Rückseite ausfüllen.



ID-Version-Verschickung

Vielen Dank – bitte weiter auf der nächsten Seite!

7



15) Zuletzt noch ein paar kurze Angaben zu Ihrer Person:

Ihr Alter: jünger als 36 36-50 51-65 älter als 65

Ihr Geschlecht: weiblich männlich anderes:

Ihr momentaner Beschäftigungs-umfang als Hausärztin/Hausarzt: Vollzeit Teilzeit mit 50% oder mehr Teilzeit mit weniger als 50%

Wie viele Jahre sind Sie bisher insgesamt hausärztlich tätig? seit Jahren

Wie viele Scheine hat Ihre Praxis pro Quartal
(also nicht Sie persönlich, sondern die ganze
Praxis)?

ca. Scheine pro Quartal

Haben Sie noch Ideen, Anmerkungen oder Kritik?

Haben Sie noch Ideen, Anmerkungen oder Kritik?

Prüfen Sie bitte noch einmal, ob Sie jede Frage beantwortet haben.

Dann einfach den Fragebogen im beiliegenden **Rückumschlag** in die Post geben.

Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden:

Verena Leucht (Doktorandin)



**0211 / 81 16 817
0157 / 32 62 20 4**

 Verena.Leucht@med.uni-duesseldorf.de

PD Dr. Michael Pentzek (Projektleitung)



**0173 / 56 77 72 5
0211 / 81 16 818**

 Pentzek@med.uni-duesseldorf.de



Institut für Allgemeinmedizin (ifam) | Heinrich-Heine-Universität | Medizinische Fakultät
Werdener Str. 4 | 4. OG | 40227 Düsseldorf | Fax: 0211 / 81-18755

Herzlichen Dank!

D.3 Deskriptive Statistiken für Fall I

(patientenseitig berichtete subjektive Gedächtnisprobleme), N = 596

Geschlecht laut KBV-Datenbank

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	291	48,8	48,8	48,8
	weiblich	305	51,2	51,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

15) Ihr momentaner Beschäftigungsumfang als Hausärztin/Hausarzt:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Vollzeit	473	79,4	79,4	79,4
	Teilzeit 50% oder mehr	78	13,1	13,1	92,4
	Teilzeit weniger als 50%	45	7,6	7,6	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

Kreistyp des Praxisstandortes laut KBV-Datenbank

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kreisfreie Großstädte	99	16,6	16,6	16,6
	städtische Kreise	204	34,2	34,2	50,8
	ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	155	26,0	26,0	76,8
	dünner besiedelte ländliche Kreise	138	23,2	23,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

Facharztbezeichnung laut KBV-Datenbank

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Allgemeinmediziner*in	398	66,8	66,8	66,8
	prakt. Arzt/Ärztin / Arzt/Ärztin ohne Weiterbildung	37	6,2	6,2	73,0
	hausärztlich tätige*r Internist*in	161	27,0	27,0	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

Art der Praxis laut KBV-Datenbank

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Einzelpraxis	301	50,5	50,5	50,5
	Gemeinschaftspraxis	270	45,3	45,3	95,8
	Einrichtung	25	4,2	4,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

15) Alter in 4 Kategorien

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	jünger als 36	4	,7	,7	,7
	36–50	162	27,2	27,2	27,9
	51–65	335	56,2	56,2	84,1
	älter als 65	95	15,9	15,9	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

MITTELWERTE:

		Alter_be_Ausfüllen berechnet	15) Wie viele Jahre sind Sie bisher insgesamt hausärztlich tätig?	15) Wie viele Scheine hat Ihre Praxis pro Quartal (also nicht Sie persönlich, sondern die ganze Praxis)?	Anzahl der Hausärzte*innen in der Praxis/Einrichtung (inkl. angestellter Ärzte*innen) laut KBV-Datenbank	Anzahl der Ärzte*innen aller Fachrichtungen in der Praxis/Einrichtung (inkl. angestellter Ärzte*innen) laut KBV-Datenbank
N	Gültig	596	596	596	596	596
	Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		55,8926	20,0251	1701,9669	2,12	2,34
Median		56,0000	20,0000	1500,0000	2,00	2,00
Modus		57,00	20,00	1000,00	1	1
Std.-Abweichung		9,21208	10,58246	913,33431	1,793	2,402
Minimum		34,00	2,00	99,00	1	1
Maximum		82,00	50,00	7000,00	32	39

Quantitative Ergebnisse aus SPSS

Item 1:

	1) „Ich sehe mich beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ als Vermittler zwischen Patient und Angehörigen.“	1) „Ich habe das Gefühl, beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ fehlt mir ein richtiges Konzept.“	1) „Beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ ist man machtlos.“	1) „Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn die Angehörigen kommen und klagen.“	1) „Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär Aufgabe von Neurologen/Psychiatern.“	1) „Ich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnisprobleme.“	1) „Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner.“	1) „Die Medizinische Fachangestellte (MFA) spielt bei der frühen Wahrnehmung möglicher Gedächtnisprobleme eine wichtige Rolle.“	1) „Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten.“	1) „Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn es um manifeste Demenz geht.“	1) „Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab.“
N	Gültig	596	596	596	596	596	596	596	596	596	596
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert		3,34	2,04	1,80	1,52	2,22	3,42	1,37	3,26	3,45	1,34
Median		3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	4,00	1,00	3,00	4,00	1,00
Modus		4	2	1	1	3	4	1	4	4	1
Std.-Abweichung		,764	,911	,882	,741	,998	,751	,670	,884	,744	,649
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

1) „Ich sehe mich beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ als Vermittler zwischen Patient und Angehörigen.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	21	3,5	3,5	3,5
	eher weniger	44	7,4	7,4	10,9
	eher schon	245	41,1	41,1	52,0
	ja	286	48,0	48,0	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Ich habe das Gefühl, beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ fehlt mir ein richtiges Konzept.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	201	33,7	33,7	33,7
	eher weniger	209	35,1	35,1	68,8
	eher schon	150	25,2	25,2	94,0
	ja	36	6,0	6,0	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Beim Thema ‚Gedächtnisprobleme‘ ist man machtlos.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	292	49,0	49,0	49,0
	eher weniger	145	24,3	24,3	73,3
	eher schon	147	24,7	24,7	98,0
	ja	12	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn die Angehörigen kommen und klagen.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	362	60,7	60,7	60,7
	eher weniger	169	28,4	28,4	89,1
	eher schon	53	8,9	8,9	98,0
	ja	12	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Die Abklärung von Gedächtnisproblemen ist primär Aufgabe von Neurologen/Psychiatern.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	185	31,0	31,0	31,0
	eher weniger	155	26,0	26,0	57,0
	eher schon	196	32,9	32,9	89,9
	ja	60	10,1	10,1	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Ich sehe mich als Begleiter in Bezug auf Gedächtnisprobleme.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	18	3,0	3,0	3,0
	eher weniger	41	6,9	6,9	9,9
	eher schon	209	35,1	35,1	45,0
	ja	328	55,0	55,0	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Beim Thema Gedächtnis empfinde ich mich als falscher Ansprechpartner.“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	429	72,0	72,0	72,0
	eher weniger	121	20,3	20,3	92,3
	eher schon	37	6,2	6,2	98,5
	ja	9	1,5	1,5	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Die Medizinische Fachangestellte (MFA) spielt bei der frühen Wahrnehmung möglicher Gedächtnisprobleme eine wichtige Rolle.“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	32	5,4	5,4	5,4
	eher weniger	80	13,4	13,4	18,8
	eher schon	188	31,5	31,5	50,3
	ja	296	49,7	49,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Ein frühes Aufgreifen möglicher Gedächtnisprobleme durch mich als Hausarzt nutzt den Patienten.“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	11	1,8	1,8	1,8
	eher weniger	58	9,7	9,7	11,6
	eher schon	177	29,7	29,7	41,3
	ja	350	58,7	58,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Gedächtnisprobleme werden für mich erst relevant, wenn es um manifeste Demenz geht.“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	439	73,7	73,7	73,7
	eher weniger	119	20,0	20,0	93,6
	eher schon	28	4,7	4,7	98,3
	ja	10	1,7	1,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

1) „Ich persönlich gebe die Verantwortung für solche Gedächtnisprobleme ab.“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	325	54,5	54,5	54,5
	eher weniger	187	31,4	31,4	85,9
	eher schon	67	11,2	11,2	97,1
	ja	17	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

Item 2:

		2) Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme im Verlauf gezielt wieder auf?	2) Beruhigen Sie diesen Patienten in einem entsprechenden Arzt-Patienten-Gespräch?	2) Bieten Sie an, den Patienten zu einem Neurologen / Psychiater zu überweisen?	2) Gleichen Sie die berichteten Probleme gezielt mit Ihrem Eindruck von mögl. Veränderungen des Patienten ab?	2) Schlagen Sie dem Patienten vor, die Angehörigen ein-zubestellen, um auch deren Einschätzung zu erfahren?	2) Sprechen Sie mit Ihrer Medizinischen Fachangestellten (MFA) über die vom Patienten berichteten Probleme?	2) Dokumentieren Sie die berichteten Gedächtnisprobleme in der Patientenakte?	2) Fragen Sie den Patienten nach mögl. Gründen / Auslösern für die Gedächtnisprobleme?	2) Stellen Sie gezielt Nachfragen, seit wann die berichteten Gedächtnisprobleme bestehen?	2) Stellen Sie gezielt Nachfragen, in welchen Situationen sich die Gedächtnisprobleme äußern?
N	Gültig	596	596	596	596	596	596	596	596	596	596
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert		2,36	3,38	3,56	3,59	2,97	3,15	3,83	3,50	3,79	3,69
Median		2,00	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Modus		2	4	4	4	3	4	4	4	4	4
Std.-Abweichung		,933	,694	,727	,638	,898	,965	,478	,783	,521	,567
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

		2) Bieten Sie ei- nen Gedächtnis- test an?	2) Bieten Sie eine bildgebende Di- agnostik an?	2) Prüfen Sie im Gespräch grob das Gedächtnis mit individuellen Fragen (z.B. nach der letzten Mahl- zeit, dem Wo- chentag, Namen etc.)?	2) Nutzen Sie die Gedächtnispro- bleme als Anlass, um mit dem Pati- enten über Pati- entenverfügung und/oder Vorsor- gevollmacht zu sprechen?	2) Bieten Sie ge- zielt Labordiag- nostik zur Abklä- rung körperlicher Ursachen an?	2) Machen Sie Vorschläge zur Erhaltung der geistigen Fitness (z.B. Gedächtnis- training)?	2) Lenken Sie das Gespräch ge- zielt auf ein ande- res Thema, weg vom Gedächtnis?
N	Gültig	596	596	596	596	596	596	596
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert		3,38	2,68	3,56	2,75	3,44	3,56	1,31
Median		4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	1,00
Modus		4	4	4	3	4	4	1
Std.-Abweichung		1,044	1,091	,702	,981	,899	,709	,626
Minimum		1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4

2) Warten Sie erstmal ab und greifen die Gedächtnisprobleme im Verlauf gezielt wieder auf?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	119	20,0	20,0	20,0
	eher weniger	212	35,6	35,6	55,5
	eher schon	194	32,6	32,6	88,1
	ja	71	11,9	11,9	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Beruhigen Sie diesen Patienten in einem entsprechen-den Arzt-Patienten-Gespräch?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	14	2,3	2,3	2,3
	eher weniger	31	5,2	5,2	7,6
	eher schon	264	44,3	44,3	51,8
	ja	287	48,2	48,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Bieten Sie an, den Patienten zu einem Neurologen / Psychiater zu überweisen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	10	1,7	1,7	1,7
	eher weniger	54	9,1	9,1	10,7
	eher schon	123	20,6	20,6	31,4
	ja	409	68,6	68,6	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Gleichen Sie die berichteten Probleme gezielt mit Ihrem Eindruck von mögl. Veränderungen des Patienten ab?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	8	1,3	1,3	1,3
	eher weniger	25	4,2	4,2	5,5
	eher schon	171	28,7	28,7	34,2
	ja	392	65,8	65,8	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Schlagen Sie dem Patienten vor, die Angehörigen ein-zubestellen, um auch deren Einschätzung zu erfahren?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	38	6,4	6,4	6,4
	eher weniger	136	22,8	22,8	29,2
	eher schon	230	38,6	38,6	67,8
	ja	192	32,2	32,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Sprechen Sie mit Ihrer Medizinischen Fachangestellten (MFA) über die vom Patienten berichteten Probleme?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	44	7,4	7,4	7,4
	eher weniger	108	18,1	18,1	25,5
	eher schon	161	27,0	27,0	52,5
	ja	283	47,5	47,5	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Dokumentieren Sie die berichteten Gedächtnisprobleme in der Patientenakte?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	3	,5	,5	,5
	eher weniger	16	2,7	2,7	3,2
	eher schon	63	10,6	10,6	13,8
	ja	514	86,2	86,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Fragen Sie den Patienten nach mögl. Gründen / Auslösern für die Gedächtnisprobleme?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	14	2,3	2,3	2,3
	eher weniger	66	11,1	11,1	13,4
	eher schon	125	21,0	21,0	34,4
	ja	391	65,6	65,6	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Stellen Sie gezielt Nachfragen, seit wann die berichteten Gedächtnisprobleme bestehen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	5	,8	,8	,8
	eher weniger	16	2,7	2,7	3,5
	eher schon	79	13,3	13,3	16,8
	ja	496	83,2	83,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Stellen Sie gezielt Nachfragen, in welchen Situationen sich die Gedächtnisprobleme äußern?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	2	,3	,3	,3
	eher weniger	26	4,4	4,4	4,7
	eher schon	126	21,1	21,1	25,8
	ja	442	74,2	74,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Bieten Sie einen Gedächtnistest an?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	70	11,7	11,7	11,7
	eher weniger	44	7,4	7,4	19,1
	eher schon	72	12,1	12,1	31,2
	ja	410	68,8	68,8	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Bieten Sie eine bildgebende Diagnostik an?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	100	16,8	16,8	16,8
	eher weniger	181	30,4	30,4	47,1
	eher schon	126	21,1	21,1	68,3
	ja	189	31,7	31,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Prüfen Sie im Gespräch grob das Gedächtnis mit individuellen Fragen (z.B. nach der letzten Mahlzeit, dem Wochentag, Namen etc.)?

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	10	1,7	1,7	1,7
	eher weniger	43	7,2	7,2	8,9
	eher schon	148	24,8	24,8	33,7
	ja	395	66,3	66,3	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Nutzen Sie die Gedächtnisprobleme als Anlass, um mit dem Patienten über Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht zu sprechen?

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	72	12,1	12,1	12,1
	eher weniger	162	27,2	27,2	39,3
	eher schon	203	34,1	34,1	73,3
	ja	159	26,7	26,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Bieten Sie gezielt Labordiagnostik zur Abklärung körperlicher Ursachen an?

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	34	5,7	5,7	5,7
	eher weniger	65	10,9	10,9	16,6
	eher schon	101	16,9	16,9	33,6
	ja	396	66,4	66,4	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Machen Sie Vorschläge zur Erhaltung der geistigen Fitness (z.B. Gedächtnistraining)?

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	9	1,5	1,5	1,5
	eher weniger	49	8,2	8,2	9,7
	eher schon	138	23,2	23,2	32,9
	ja	400	67,1	67,1	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

2) Lenken Sie das Gespräch gezielt auf ein anderes Thema, weg vom Gedächtnis?

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	453	76,0	76,0	76,0
	eher weniger	116	19,5	19,5	95,5
	eher schon	14	2,3	2,3	97,8
	ja	13	2,2	2,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

Item 3:

		3) Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression?	3) Eine normale Altersvergesslichkeit?	3) Eine ansonsten noch nicht greifbare Vorstufe einer Demenz?	3) Eine sich bereits entwickelnde Demenz?	3) Angst vor Demenz aufgrund von Medienberichten oder eigenen Erfahrungen im sozialen Umfeld?	3) Der Wunsch der Angehörigen (Patient kommt auf Anraten/Drängen der Angehörigen)?	3) Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz (=Risikofaktor)?	3) Besorgte oder ängstliche Patienten, jedoch mit aus Ihrer Sicht eher intaktem Gedächtnis?
N	Gültig	596	596	596	596	596	596	596	596
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert		2,95	2,92	2,64	2,61	3,08	2,72	2,68	2,80
Median		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Modus		3	3	3	2	3	3	3	3
Std.-Abweichung		,697	,655	,733	,742	,767	,723	,760	,724
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4	4

3) Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	12	2,0	2,0	2,0
	eher weniger	123	20,6	20,6	22,7
	eher schon	342	57,4	57,4	80,0
	ja	119	20,0	20,0	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

3) Eine normale Altersvergesslichkeit?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	11	1,8	1,8	1,8
	eher weniger	121	20,3	20,3	22,1
	eher schon	370	62,1	62,1	84,2
	ja	94	15,8	15,8	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

3) Eine ansonsten noch nicht greifbare Vorstufe einer Demenz?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	21	3,5	3,5	3,5
	eher weniger	244	40,9	40,9	44,5
	eher schon	261	43,8	43,8	88,3
	ja	70	11,7	11,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

3) Eine sich bereits entwickelnde Demenz?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	15	2,5	2,5	2,5
	eher weniger	279	46,8	46,8	49,3
	eher schon	224	37,6	37,6	86,9
	ja	78	13,1	13,1	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

3) Angst vor Demenz aufgrund von Medienberichten oder eigenen Erfahrungen im sozialen Umfeld?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	18	3,0	3,0	3,0
	eher weniger	99	16,6	16,6	19,6
	eher schon	296	49,7	49,7	69,3
	ja	183	30,7	30,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

3) Der Wunsch der Angehörigen (Patient kommt auf Anraten/Drängen der Angehörigen)?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	16	2,7	2,7	2,7
	eher weniger	215	36,1	36,1	38,8
	eher schon	286	48,0	48,0	86,7
	ja	79	13,3	13,3	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

**3) Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz
(=Risikofaktor)?**

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	nein	26	4,4	4,4	4,4
	eher weniger	219	36,7	36,7	41,1
	eher schon	270	45,3	45,3	86,4
	ja	81	13,6	13,6	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

3) Besorgte oder ängstliche Patienten, jedoch mit aus Ihrer Sicht eher intaktem Gedächtnis?

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	nein	16	2,7	2,7	2,7
	eher weniger	178	29,9	29,9	32,6
	eher schon	309	51,8	51,8	84,4
	ja	93	15,6	15,6	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

Item 4:

		4) Ist es diesen Patienten unangenehm, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	4) Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten schwerer, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	4) Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten leichter, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?	4) Erwarten Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten, diagnostische Maßnahmen?	4) Erwarten diese Patienten ein ausführliches Gespräch übers Gedächtnis?	4) Erwarten diese Patienten eine Behandlungs-empfehlung?	4) Verspüren Patienten einen Leidensdruck aufgrund der berichteten Gedächtnisprobleme?	4) Wollen diese Patienten lieber mit einer Medizinischen Fachangestellten (MFA) darüber reden?
N	Gültig	596	596	596	596	596	596	596	596
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert		2,63	1,86	3,10	3,19	3,25	3,37	3,57	1,62
Median		3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	2,00
Modus		3	2	3	3	4	4	4	2
Std.-Abweichung		,911	,817	,872	,729	,770	,668	,583	,583
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4	4

4) Ist es diesen Patienten unangenehm, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	81	13,6	13,6	13,6
	ehrer weniger	156	26,2	26,2	39,8
	ehrer schon	263	44,1	44,1	83,9
	ja	96	16,1	16,1	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

4) Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten schwerer, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	214	35,9	35,9	35,9
	ehrer weniger	281	47,1	47,1	83,1
	ehrer schon	70	11,7	11,7	94,8
	ja	31	5,2	5,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

4) Fällt es langjährigen / sehr gut bekannten Patienten leichter, Sie auf Gedächtnisprobleme anzusprechen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	43	7,2	7,2	7,2
	ehrer weniger	70	11,7	11,7	19,0
	ehrer schon	266	44,6	44,6	63,6
	ja	217	36,4	36,4	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

4) Erwarten Patienten, die Ihnen von Gedächtnisproblemen berichten, diagnostische Maßnahmen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	5	,8	,8	,8
	ehrer weniger	98	16,4	16,4	17,3
	ehrer schon	274	46,0	46,0	63,3
	ja	219	36,7	36,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

4) Erwarten diese Patienten ein ausführliches Gespräch übers Gedächtnis?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	11	1,8	1,8	1,8
	ehrer weniger	87	14,6	14,6	16,4
	ehrer schon	238	39,9	39,9	56,4
	ja	260	43,6	43,6	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

4) Erwarten diese Patienten eine Behandlungs- empfehlung?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1	,2	,2	,2
	ehrer weniger	60	10,1	10,1	10,2
	ehrer schon	251	42,1	42,1	52,3
	ja	284	47,7	47,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

4) Verspüren Patienten einen Leidensdruck aufgrund der berichteten Gedächtnisprobleme?

Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	2	,3	,3	,3
eher weniger	22	3,7	3,7	4,0
eher schon	208	34,9	34,9	38,9
ja	364	61,1	61,1	100,0
Gesamt	596	100,0	100,0	

4) Wollen diese Patienten lieber mit einer Medizinischen Fachangestellten (MFA) darüber reden?

Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	252	42,3	42,3	42,3
eher weniger	323	54,2	54,2	96,5
eher schon	16	2,7	2,7	99,2
ja	5	,8	,8	100,0
Gesamt	596	100,0	100,0	

Item 5:

		5) „Bei diesen Patienten spüre ich einen Erwartungsdruck, dass ich irgendetwas tun soll.“	5) „Diese Patienten berühren mich emotional.“	5) „Ich gerate unter Zeitdruck, weil das Thema Gedächtnis von Patienten oft nebenbei / im Rausgehen angesprochen wird.“	5) „Solche Gespräche übers Gedächtnis würde ich am liebsten abwiegeln.“	5) „Diese berichteten Gedächtnisprobleme sind störend/nervig.“
N	Gültig	596	596	596	596	596
	Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		2,90	2,80	2,33	1,40	1,54
Median		3,00	3,00	2,00	1,00	1,00
Modus		3	3	2	1	1
Std.-Abweichung		,808	,835	,937	,650	,722
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4

5) „Bei diesen Patienten spüre ich einen Erwartungsdruck, dass ich irgendetwas tun soll.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	34	5,7	5,7	5,7
	eher weniger	124	20,8	20,8	26,5
	eher schon	304	51,0	51,0	77,5
	ja	134	22,5	22,5	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

5) „Diese Patienten berühren mich emotional.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	42	7,0	7,0	7,0
	eher weniger	152	25,5	25,5	32,6
	eher schon	284	47,7	47,7	80,2
	ja	118	19,8	19,8	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

5) „Ich gerate unter Zeitdruck, weil das Thema Gedächtnis von Patienten oft nebenbei / im Rausgehen angesprochen wird.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	124	20,8	20,8	20,8
	eher weniger	220	36,9	36,9	57,7
	eher schon	181	30,4	30,4	88,1
	ja	71	11,9	11,9	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

5) „Solche Gespräche übers Gedächtnis würde ich am liebsten abwiegeln.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	403	67,6	67,6	67,6
	eher weniger	151	25,3	25,3	93,0
	eher schon	36	6,0	6,0	99,0
	ja	6	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

5) „Diese berichteten Gedächtnisprobleme sind störend/nervig.“

Gültig		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	348	58,4	58,4	58,4
	eher weniger	187	31,4	31,4	89,8
	eher schon	51	8,6	8,6	98,3
	ja	10	1,7	1,7	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

Item 6:

	6) Ein Instrument zur Unterscheidung, ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben	6) Ein Instrument zur strukturierten Dokumentation und Verlaufsmessung der berichteten Gedächtnisprobleme	6) Frühzeitige Einbindung von Spezialisten	6) Schriftliche Handlungsempfehlung zum weiteren Vorgehen	6) Kollegiale Fallbesprechung bei Bedarf zum Thema Gedächtnis	6) Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Netzwerk
N	Gültig	596	596	596	596	596
	Fehlend	0	0	0	0	0
Median		2,00	2,00	2,00	3,00	2,00
Modus		3	3	2	3	3
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		3	3	3	3	3

6) Ein Instrument zur Unterscheidung, ob Patienten sich „nur Sorgen“ ums Gedächtnis machen oder objektiv Defizite haben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		Gültig			
	Nein, brauche ich nicht	46	7,7	7,7	7,7
	NUTZE ICH bereits	268	45,0	45,0	52,7
	Ja, wünsche ich mir	282	47,3	47,3	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

6) Ein Instrument zur strukturierten Dokumentation und Verlaufsmessung der berichteten Gedächtnisprobleme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		Gültig			
	Nein, brauche ich nicht	62	10,4	10,4	10,4
	NUTZE ICH bereits	255	42,8	42,8	53,2
	Ja, wünsche ich mir	279	46,8	46,8	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

6) Frühzeitige Einbindung von Spezialisten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		Gültig			
	Nein, brauche ich nicht	72	12,1	12,1	12,1
	NUTZE ICH bereits	320	53,7	53,7	65,8
	Ja, wünsche ich mir	204	34,2	34,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

6) Schriftliche Handlungsempfehlung zum weiteren Vorgehen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		Gültig			
	Nein, brauche ich nicht	161	27,0	27,0	27,0
	NUTZE ICH bereits	99	16,6	16,6	43,6
	Ja, wünsche ich mir	336	56,4	56,4	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

6) Kollegiale Fallbesprechung bei Bedarf zum Thema Gedächtnis

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, brauche ich nicht	197	33,1	33,1	33,1
	NUTZE ICH bereits	150	25,2	25,2	58,2
	Ja, wünsche ich mir	249	41,8	41,8	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

6) Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Netzwerk

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, brauche ich nicht	172	28,9	28,9	28,9
	NUTZE ICH bereits	85	14,3	14,3	43,1
	Ja, wünsche ich mir	339	56,9	56,9	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0	

Item 14 b:

		14) Wie oft kommt es pro Quartal vor, dass Ihnen ein älterer Patient erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet?
N	Gültig	596
	Fehlend	0
Mittelwert		2,18
Median		2,00
Modus		2
Std.-Abweichung		,877
Minimum		1
Maximum		6

14) Wie oft kommt es pro Quartal vor, dass Ihnen ein älterer Patient erstmalig von Gedächtnisproblemen berichtet?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte Prozente
			Prozente	
Gültig	0–2	123	20,6	20,6
	3–5	291	48,8	69,5
	6–15	140	23,5	93,0
	16–30	34	5,7	98,7
	31–50	7	1,2	99,8
	>50	1	,2	100,0
	Gesamt	596	100,0	100,0

D.4 Reporting guidelines for survey research (Bennett et al. 2010).

Reporting Item		SMI-GP
Background		
Justification of research method		X
Background literature review		X
Explicit research question		X
Clear study objectives		X
Methods		
Description of methods used for data analysis		X
Method of questionnaire administration		X
Location of data collection		X
Dates of data collection		X
Number and types of contact		X
Methods sufficiently described for replication		X
Evidence of reliability		(X)
Evidence of validity		(X)
Methods for verifying data entry		X
Use of a codebook		X
Sample selection		
Sample size calculation		(X)
Representativeness		X
Method of sample selection		X
Description of population and sample frame		X
Research tool		
Description of the research tool		X
Description - development of research tool		X
Instrument pretesting		(X)
Instrument reliability and validity		(X)
Scoring methods		-
Results		
Results of research presented		X
Results address objectives		X
Clear description - results based on part sample		X
Generalisability		X
Response rates		

Reporting Item		SMI-GP
Response rate stated		X
How response rate was calculated		X
Discussion of nonresponse bias		(X)
All respondents accounted for		(X)
Interpretation and discussion		
Interpret and discuss findings		X
Conclusions and recommendations		X
Limitations		(X)
Ethics and disclosure		
Consent		X
Sponsorship		-
Research ethics approval		X
Evidence of ethical treatment of human subjects		(X)

D.5 MAAT Checkliste (Hong et al., 2018)

PART I. MMAT criteria & one-page template (to be included in appraisal forms)

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria (see tutorial for definitions and examples)	Responses		
		Yes	No	Can't tell
Screening questions (for all types)	<ul style="list-style-type: none"> • Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*) or a clear mixed methods question (or objective*)? • Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). 			
	<i>Further appraisal may be not feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>			
1. Qualitative	1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)? 1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)? 1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting in which the data were collected? 1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?			
2. Quantitative randomized controlled (trials)	2.1. Is there a clear description of the randomization (or an appropriate sequence generation)? 2.2. Is there a clear description of the allocation concealment (or blinding when applicable)? 2.3. Are there complete outcome data (80% or above)? 2.4. Is there low withdrawal/drop-out (below 20%)?			
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias? 3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument) and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes? 3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed, with intervention vs. without, cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups? 3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?			
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)? 4.2. Is the sample representative of the population understudy? 4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)? 4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)?			
5. Mixed methods	5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)? 5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)? 5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design?			

Criteria for the qualitative component (1.1 to 1.4), and appropriate criteria for the quantitative component (2.1 to 2.4, or 3.1 to 3.4, or 4.1 to 4.4), must be also applied.

*These two items are not considered as double-barreled items since in mixed methods research, (1) there may be research questions (quantitative research) or research objectives (qualitative research), and (2) data may be integrated, and/or qualitative findings and quantitative results can be integrated.

PART I. MMAT criteria & one-page template (to be included in appraisal forms)

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria (see tutorial for definitions and examples)	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*)?	X			Es gibt klare Forschungsfragen und Ziele für: (1) den qualitativen Ansatz (2) die Integration (3) den quantitativen Ansatz
	Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). Further appraisal may be not feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.	X			Die gesammelten Daten erlauben die Beantwortung der Forschungsfrage
	1. Qualitative	X			Protokolle, Dokumente sind ersichtlich
	1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?	X			Der Prozess der Datenanalyse ist relevant für die Forschungsfrage
	1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)?	X			
	1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?	(X)			
	1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?			(X)	
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)?	X			
	4.2. Is the sample representative of the population understudy?	X			Abgleich mit der Grundgesamtheit
	4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)?	X			
	4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)?	X			Über 60%
5. Mixed methods	5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)?	X			
	5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)?	X			
	5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design?	X			u. a. Integration → Fragebogen

	Criteria for the qualitative component (1.1 to 1.4), and appropriate criteria for the quantitative component (2.1 to 2.4, or 3.1 to 3.4, or 4.1 to 4.4), must be also applied.			
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Grüne Umrandung → bezieht sich auf die SMI-GP-Studie

PART II. MMAT tutorial

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria
1. Qualitative Common types of qualitative research methodology include: A. Ethnography The aim of the study is to describe and interpret the shared cultural behaviour of a group of individuals.	1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)? E.g., consider whether (a) the selection of the participants is clear, and appropriate to collect relevant and rich data; and (b) reasons why certain potential participants chose not to participate are explained.
B. Phenomenology The study focuses on the subjective experiences and interpretations of a phenomenon encountered by individuals.	1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)? E.g., consider whether (a) the method of data collection is clear (in depth interviews and/or group interviews, and/or observations and/or documentary sources); (b) the form of the data is clear (tape recording, video material, and/or field notes for instance); (c) changes are explained when methods are altered during the study; and (d) the qualitative data analysis addresses the question.
C. Narrative The study analyzes life experiences of an individual or a group.	1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected? * E.g., consider whether the study context and how findings relate to the context or characteristics of the context are explained (how findings are influenced by or influence the context). "For example, a researcher wishing to observe care in an acute hospital around the clock may not be able to study more than one hospital. (...) Here, it is essential to take care to describe the context and particulars of the case [the hospital] and to flag up for the reader the similarities and differences between the case and other settings of the same type" (Mays & Pope, 1995). The notion of context may be conceived in different ways depending on the approach (methodology) tradition.
D. Grounded theory Generation of theory from data in the process of conducting research (data collection occurs first).	1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants? * E.g., consider whether (a) researchers critically explain how findings relate to their perspective, role, and interactions with participants (how the research process is influenced by or influences the researcher); (b) researcher's role is influential at all stages (formulation of a research question, data collection, data analysis and interpretation of findings); and (c) researchers explain their reaction to critical events that occurred during the study. The notion of reflexivity may be conceived in different ways depending on the approach (methodology) tradition. E.g., "at a minimum, researchers employing a generic approach [qualitative description] must explicitly identify their disciplinary affiliation, what brought them to the question, and the assumptions they make about the topic of interest" (Caeli, Ray & Mill, 2003, p. 5).

*See suggestion on the MMAT wiki homepage (under '2011 version'): Independent reviewers can establish a common understanding of these two items prior to beginning the critical appraisal.

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria
<p>4. Quantitative descriptive studies</p> <p>Common types of design include single-group studies:</p> <p>A. Incidence or prevalence study without comparison group In a defined population at one particular time, what is happening in a population, e.g., frequencies of factors (importance of problems), is described (portrayed).</p> <p>B. Case series A collection of individuals with similar characteristics are used to describe an outcome.</p> <p>C. Case report An individual or a group with a unique/unusual outcome is described in details.</p> <p>Key references: Critical Appraisal Skills Programme, 2009; Draugalis, Coons & Plaza, 2008.</p>	<p>4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)?</p> <p>E.g., consider whether (a) the source of sample is relevant to the population under study; (b) when appropriate, there is a standard procedure for sampling, and the sample size is justified (using power calculation for instance).</p> <p>4.2. Is the sample representative of the population understudy?</p> <p>E.g., consider whether (a) inclusion and exclusion criteria are explained; and (b) reasons why certain eligible individuals chose not to participate are explained.</p> <p>4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)?</p> <p>E.g., consider whether (a) the variables are clearly defined and accurately measured; (b) measurements are justified and appropriate for answering the research question; and (c) the measurements reflect what they are supposed to measure.</p> <p>4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)?</p> <p>The response rate is not pertinent for case series and case report. E.g., there is no expectation that a case series would include all patients in a similar situation.</p>

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria
<p>5. Mixed methods</p> <p>Common types of design include:</p> <p>A. Sequential explanatory design The quantitative component is followed by the qualitative. The purpose is to explain quantitative results using qualitative findings. E.g., the quantitative results guide the selection of qualitative data sources and data collection, and the qualitative findings contribute to the interpretation of quantitative results.</p> <p>B. Sequential exploratory design The qualitative component is followed by the quantitative. The purpose is to explore, develop and test an instrument (or taxonomy), or a conceptual framework (or theoretical model). E.g., the qualitative findings inform the quantitative data collection, and the quantitative results allow a generalization of the qualitative findings.</p> <p>C. Triangulation design The qualitative and quantitative components are concomitant. The purpose is to examine the same phenomena by interpreting qualitative and quantitative results (bringing data analysis together at the interpretation stage), or by integrating qualitative and quantitative datasets (e.g., data on same cases), or by transforming data (e.g., quantization of qualitative data).</p> <p>D. Embedded design The qualitative and quantitative components are concomitant. The purpose is to support a qualitative study with a quantitative sub-study (measures), or to better understand a specific issue of a quantitative study using a qualitative sub-study, e.g., the efficacy or the implementation of an intervention based on the views of participants.</p> <p>Key references: Creswell & Plano Clark, 2007; O'Cathain, 2010.</p>	<p>5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)? E.g., the rationale for integrating qualitative and quantitative methods to answer the research question is explained.</p> <p>5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results) relevant to address the research question (objective)? E.g., there is evidence that data gathered by both research methods was brought together to form a complete picture, and answer the research question; authors explain when integration occurred (during the data collection-analysis or during the interpretation of qualitative and quantitative results); they explain how integration occurred and who participated in this integration.</p> <p>5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results)?</p>

E. Danksagung

Für diese Dissertationsschrift war ich auf die Unterstützung vieler Personen angewiesen. Aus diesem Grund möchte ich allen beteiligten Personen dafür herzlich danken.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinem Projektleiter und Forschungsleiter PD Dr. nat. Michael Pentzek bedanken, der mich bei dieser Forschungsstudie und Dissertation stets unterstützt und begleitet hat, sowie die tolle Zusammenarbeit bei dieser Forschungsstudie. Ich danke meinen Betreuern Prof. Dr. med. Stefan Wilm und Prof. Dr. med. Peter Angerer, für die uneingeschränkte Unterstützung bei der Betreuung. Darüber hinaus möchte ich allen danken, die mich beim Erstellen dieser Arbeit unterstützt haben: insbesondere bei meiner Kollegin Alice Krahe für die sorgfältige Dokumentation und Sortierung der eingegangenen Fragebögen, bei den wissenschaftlichen Hilfskräften sowie weiteren Kolleginnen und Kollegen für die Zusammenarbeit und Unterstützung bei der Fragebogenversendung sowie bei der wissenschaftlichen Hilfskraft Georg Schäfer für die sorgfältige Dateneingabe. Mein Dank gilt auch allen Hausärzten, die an den Interviews, Auswertungssitzungen und der Fragebogenerhebung teilgenommen haben.

Meiner Familie, meinen Lebenspartner und meinen Freunden gebührt mein Dank für ihre Hilfe und moralische Unterstützung. Insbesondere möchte ich Hans-Anton Klingen und Maria Klingen, Rita Klingen, Lena Schwarz, Rüdiger Baumgart und meinen Freunden Ute Postertz und Tobias Ruhrmann danken, die mich unter anderem bei der Versendung des Fragebogens tatkräftig unterstützt haben.

F. Eidesstattliche Versicherung (gem. § 7 (2) PO)

Ich versichere an Eides Statt, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Titel „Subjektive Gedächtnisstörungen bei älteren Patienten in der Hausarztpraxis:eine Mixed-Methods-Studie zu Konzepten und Umgangsstrategien von Hausärzten“ von mir selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe unter Beachtung der Grundsätze zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf sowie der Richtlinien der Medizinischen Fakultät zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis erstellt worden ist.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Inhalte wurden als solche kenntlich gemacht. In der Abfassung der Arbeit habe ich keine anderen als die in der Dissertation angeführten erlaubten Hilfsmittel benutzt.

Ich bin mir darüber klar, dass der Bruch der obigen eidesstattlichen Versicherung in jedem Fall zum Nichtbestehen der betreffenden Promotionsleistung führt und die weitere Folge hat, dass die Fakultät über die Entziehung des Doktorgrades entscheidet (§ 16 Promotionsordnung). Die strafrechtlichen Konsequenzen einer falschen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt (§156 StGB). Des Weiteren kann gemäß § 63 Absatz 5 HG eine Zu widerhandlung mit einer Geldbuße geahndet werden.

Ich habe bisher weder an einer in- und/oder ausländischen Universität einen Versuch um Zulassung zur Dissertation im Bereich Public Health eingereicht, noch die vorliegende oder eine andere Dissertation vorgelegt. Ich habe bisher keinen erfolglosen Promotionsversuch unternommen.

Mönchengladbach, den 11.05.2020
Ort, Datum:

Unterschrift: 