

Abschlussbericht

Dementia-Care-Toolbox für Hausarztpraxen: Unterstützung der Behandlung von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund

Anna-Liesa Filbert, M.Sc. Epidemiologie

Sabine Jäger, M. Sc. Psychology

Univ.-Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA)

Institut für Hausarztmedizin

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Universitätsklinikum Bonn (AöR)

Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

Mai 2020

gefördert von

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	2
1. Einleitung	4
1.1 Hintergrund.....	4
1.2 Zielsetzung	6
2 Methodik.....	8
2.1 Querschnittstudie	8
2.1.1 Studiendesign.....	8
2.1.2 Studienpopulation.....	9
2.1.3 Erhebungsinstrument	10
2.1.4 Statistische Analysen	12
2.2 Interventionsstudie.....	12
2.2.1 Studiendesign.....	12
2.2.2 Studienpopulation.....	13
2.2.3 Erhebungsinstrument	14
2.2.4 Statistische Analysen	15
3 Ergebnisse	16
3.1 Querschnittstudie.....	16
3.1.1 Studienpopulation.....	16
3.1.2 Einstellungen und Erfahrungen zu Demenz und Demenzdiagnostik.....	18
3.1.3 Methoden in der Demenzdiagnostik	19
3.1.4 Herausforderungen in der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund.....	21
3.1.5 Unterstützungs- und Informationsbedarf.....	23
3.2 Interventionsstudie.....	23
3.2.1 Studienpopulation.....	23
3.2.2 Nutzung der Dementia-Care-Toolbox durch Hausärzte und MFA.....	26
3.2.3 Erfahrungen mit der Demenzdiagnostik.....	28
3.2.4 Herausforderungen in der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund.....	29
4 Dementia-Care-Toolbox: Zusammenfassung, Diskussion, Perspektiven	30
5 Publikationen.....	31
5.1 Originalarbeiten	31
5.2 Kongressbeiträge.....	31
6 Dank.....	32
Literatur.....	33

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten allerdings gleichwohl für beiderlei Geschlecht, obwohl im Text nur die männliche Form verwendet wird.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Fragebogenitems nach Berufsgruppe	15
Tabelle 2: Charakteristika der Studienteilnehmer und deren Praxen (n=339), Querschnittstudie	16
Tabelle 3: Einstellungen der Studienteilnehmer zu Demenz und dem Umgang mit Betroffenen und Angehörigen (n=339), Querschnittstudie	19
Tabelle 4: Charakteristika der Studienteilnehmer und deren Praxen (n=123)	24
Tabelle 5: Arten von Kontakt zu Demenzpatienten der Teilnehmer in ihrer Praxis.....	26
Tabelle 6: Wurden die einzelnen Tools der Toolbox als hilfreich empfunden?.....	27
Tabelle 7: Selbstberichtete Sicherheit in der Demenzdiagnostik (Interventionsgruppe)	28
Tabelle 8: Selbstberichtete Sicherheit in der Demenzdiagnostik (Kontrollgruppe)	29
Tabelle 9: Kam es im letzten Quartal vor, dass ein Patient mit Migrationshintergrund auf Grund von Hürden und Sprachproblemen in Bezug auf Demenz nicht optimal behandelt werden konnte (Arztangaben)	29

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswahlprozess der Studienteilnehmer für die Querschnittsstudie (40).....	10
Abbildung 2: Inhalte des Fragebogeninstruments: Querschnittstudie (41)	11
Abbildung 3: Auswahlprozess und Randomisierung der Studienteilnehmer in Interventions- und Kontroll-praxen	14
Abbildung 4: Angewandte Methoden und Diagnoseinstrumente in der Hausarztpraxis (n=339), Querschnittstudie.....	20
Abbildung 5: Art des Einsatzes des Uhrentests durch die Studienteilnehmer (n=339), Querschnittstudie.....	20
Abbildung 6: Probleme der Hausärzte/Innen in der Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Patienten insgesamt (n=337), Querschnittstudie (40).....	21
Abbildung 7: Art der Barrieren in der hausärztlichen Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund (n=337), Querschnittstudie	22
Abbildung 8: Informationsbedarf der Studienteilnehmer zum Umgang mit dementen Patienten mit Migrationshintergrund allgemein und zu spezifischen Themen (n=337), Querschnittstudie.....	23
Abbildung 9: Nutzung der Dementia-Care-Tool-Box durch Hausärzte und MFA.....	27

Ethikvotum und Studienregistrierung

Beide Abschnitte des Projekts wurden durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn (Lfd.Nr. 251/17 und 172/18) positiv beurteilt. Außerdem wurde das Projekt im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) (Nr. DRKS00012503 & DRKS00014632) sowie dem Studienregister des Universitätsklinikum Bonn (ID530) registriert.

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Epidemiologie der Demenz

Durch die weltweit steigende Lebenserwartung im Zuge des demografischen Wandels nimmt auch die Anzahl von Menschen mit Demenzerkrankungen zu. Es wird ein weltweiter Anstieg von 35,6 Mio. (2010) auf 42 Millionen Menschen bis 2040 prognostiziert (1, 2). Allein für Deutschland geht das Statistische Bundesamt (Destatis) von einer Verdopplung Erkrankter von derzeit 1,55 Mio. auf 3 Mio. Menschen bis zum Jahr 2050 aus (3).

Der Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen stellt eine medizinische und gesundheitspolitische Herausforderung dar. So kann sich z.B. insbesondere die frühe Diagnostik als schwierig gestalten: So ist diese häufig nur schwer von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung („mild cognitive impairment“) zu unterscheiden, Diagnoseinstrumente weisen teilweise eine geringe Spezifität und Sensitivität auf (7, 8). Hinzu kommt der hohe Zeitaufwand für die Diagnostik, der in der ambulanten Versorgung aufgrund zum Teil eng getakteter Beratungstermine meist nicht bedient werden kann (9). So geben in einer amerikanischen Studie unter 823 Ärzten 78% die fehlende Zeit für Demenzpatienten und 51% die fehlende Zeit für die Anwendung von Screening-Instrumenten als Barriere an (8). Dem Demenz-Syndrom wird außerdem auf Seiten der Patienten und Angehörigen teilweise mit schamhaftem Verhalten und Vorurteilen begegnet (10, 11). Zudem können Unsicherheiten in der sensiblen Kommunikation der Diagnose, mangelndes Wissen von Hausärzten über Demenz sowie Hilfsmöglichkeiten für Betroffene vorkommen (12). So geben in einer irischen Studie 90% der 300 befragten Allgemeinärzte an, noch nie ein speziell auf Demenz ausgerichtetes Training erhalten zu haben; 83% wünschen sich dies aber (7). Auch in weiteren Studien aus dem Ausland gaben 45,8% der Hausärzte an, mit der Demenzdiagnostik wenig oder gar nicht zufrieden zu sein (13). 52,6% geben an, keine Hilfestellen in ihrer Region für Patienten und 62,6% keine Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige zu kennen (13). Folglich forderten Hansen et al. (9) Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten und Informationen für Ärzte.

Besonderheiten an Demenz erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund

Aktuell haben 22,5% der Bevölkerung Deutschlands (18,56 Mio.) einen Migrationshintergrund und sind ebenso wie die einheimische Bevölkerung von dem demografischen Wandel und dem damit steigenden Demenzrisiko betroffen (3). Das Statistische Bundesamt definiert den Begriff „Migrationshintergrund“ folgendermaßen: Entweder wurde eine Person selber oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren (4). In Deutschland stellen die Türkei (15,1%), Polen (10,1%) und Russland (6,6%) die häufigsten Herkunftsländer dieser Menschen dar (3). 1,86 Mio. dieser Menschen mit Migrationshintergrund sind 65 Jahre alt oder älter und zählen somit zu der Altersgruppe, ab der das Risiko, an Demenz zu erkranken, stark ansteigt (3). Laut Prognosen wird in Deutschland bis 2030 jeder vierte Mensch über 60 Jahren einen

Migrationshintergrund haben (5). Das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte grenzt die Anzahl an Demenz erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland auf derzeit 108.000 Menschen ein (6).

Gerade aber die Diagnostik einer Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund kann mit weiteren Hürden einhergehen und daher eine besondere Herausforderung darstellen:

- **Gesundheitssystemzugang & -nutzung:** Oftmals haben Menschen mit Migrationshintergrund einen erschwerten, eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem; sowohl in internationalen als auch europäischen Studien wurde bereits die seltenere sowie verspätete Nutzung von Gesundheitsleistungen im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund beschrieben (14–17). So kann es vorkommen, dass diese Betroffenen erst verspätet nach Symptomeintritt einen Arzt konsultieren und somit bereits im fortgeschrittenen Stadium der Demenz sind (15, 18, 19). Zudem sind fremdsprachige und kultursensible Angebote noch nicht die Regel und nicht flächendeckend verfügbar.
- **Kommunikation:** Unzureichende Sprachkenntnisse oder das Vergessen der neu erlernten deutschen Sprache im Verlauf einer Demenz-Erkrankung können die Anwendung der sprachbasierten Diagnoseinstrumente wie kognitive Kurztests erschweren oder ganz verhindern (15, 20–22). Eine Rechtsgrundlage für die Übernahme von Dolmetscherkosten ist jedoch bisher nicht vorgesehen. Versicherte haben daher bei der ambulanten Behandlung keinen Anspruch auf die Übernahme von Dolmetscherkosten gegenüber den Krankenkassen (23). Dies führt zum häufigen Einsatz von Laiendolmetschern wie Familienmitgliedern oder Freunden (20, 24, 25). Übersetzungen durch diese nahestehenden Personen sollten jedoch kritisch betrachtet werden, da fehlerhafte Übersetzungen sowie das Auslassen von schambehafteten oder tabuisierten Themen wahrscheinlich ist (26, 27).
- **Kultur:** Das Verständnis von und der Umgang mit dem Demenz-Syndrom und speziell Erkrankungen, die die Psyche betreffen, kann kulturell geprägt sein. In manchen Kulturen sind diese Erkrankungen und Symptome tabuisiert und stark mit Scham behaftet (14, 16, 28–30). Ein Verschweigen von Symptomen ist daher wahrscheinlich. Damit einhergehend kann es vorkommen, dass Hilfe von „außen“, beispielsweise durch Pflegedienste oder -einrichtungen, nicht akzeptiert wird. Der Stellenwert der Familie bei der Pflege von Kranken ist in vielen Kulturen hoch und Pflegemaßnahmen durch professionelle Einrichtungen können abgelehnt werden (14, 16, 31).

- **Wissen & Verständnis:** Das Wissen über Demenz von Menschen mit Migrationshintergrund kann sowohl kulturell geprägt als auch durch eine im Durchschnitt eingeschränkte Gesundheitskompetenz geringer als das Wissen der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sein: So kann es für diese Bevölkerungsgruppen schwieriger sein, qualitativ gute, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu finden und zu bewerten (32). Hinzu kommt, dass das Wort „Demenz“ in manchen Kulturen nicht existiert und die entsprechenden Symptome als Teil des normalen Alterungsprozesses angesehen werden (14, 28–30).

Die Rolle des Hausarztes

In Deutschland haben Hausärzte in der Demenzdiagnostik eine entscheidende Rolle. Sie sehen täglich eine große Anzahl an Patienten, sind in der Regel erste Ansprechpartner bei jeglichen Gesundheitsproblemen und kennen ihre Patienten am besten (33). So sind Hausärzte auch meist die erste Anlaufstelle von Menschen mit Demenzsymptomen (34). Daher befinden sie sich in der optimalen Position, um die Frühdiagnostik einer Demenz zu fördern und die Ursachen, darunter auch behandelbare Gesundheitsprobleme, in einem frühen Krankheitsstadium zu identifizieren.

Forschungsrelevanz

Aufgrund der oben erläuterten Besonderheiten in der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund kann sich diese als schwierig gestalten. In einer von Nielsen et al. durchgeführten Studie in 15 europäischen Ländern bezeichnen zwei Drittel der befragten Ärzte die Diagnostik und Einstufung einer Demenz unter sogenannten „ethischen Minderheiten“ als schwierig (20). Auf internationaler Ebene gibt es ebenfalls Hinweise darauf, dass die Demenz bei Migranten unterdiagnostiziert ist (15, 29, 35). Bisher wurde die Thematik wenig erforscht, gewinnt aber in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit, beispielsweise in dänischen und britischen Studien, die ihren Forschungsschwerpunkt häufig auf einzelne „ethische Minderheiten“ beschränkten (36, 37). In Deutschland gibt es bislang wenig Erkenntnisse darüber, welche Herausforderungen Hausärzte in der Demenzdiagnostik, vor allem bei Patienten mit Migrationshintergrund, haben, wie sie damit umgehen und welche Informations- und Unterstützungsbedarfe bestehen.

1.2 Zielsetzung

Das Dementia-Care-Toolbox-Projekt (früherer Name: BaDeMi) zielte darauf ab, den Umgang mit Demenz und die Diagnostik von Demenz zu erleichtern. Sowohl Hausärzte, Medizinische Fachangestellte (MFA) als auch Patienten und deren Angehörige sollten für das Thema Demenz sensibilisiert und die frühe Diagnosestellung, insbesondere bei Menschen mit Migrationshintergrund, gefördert werden.

Der erste Abschnitt des Projektes, eine Querschnittstudie in einer Zufallsstichprobe von Hausärzten in NRW, zielte darauf ab, erstmalig die Einstellungen, Methoden und Erfahrungen von Hausärzten zur Demenz in Deutschland zu erheben. Überdies wurde ein Fokus auf Demenzpatienten

mit Migrationshintergrund sowie mögliche Barrieren, Besonderheiten, Informations- und Unterstützungsbedarfe in der Demenzdiagnostik gelegt.

Anhand der Ergebnisse und dort angegeben Bedarfe wurde in einem zweiten Projektabschnitt die sog. Dementia-Care-Toolbox entwickelt. Dabei handelte es sich um eine Zusammenstellung von Informationsmaterial für Ärzte und MFA sowie mehrsprachige Informationen für Patienten und deren Angehörige, die in einer Cluster- randomisierten Interventionsstudie in Hausarztpraxen getestet wurde.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Erkenntnisse aus beiden Projektabschnitten. Der erste Teil des Projekts und Teile dieses Berichts, insbesondere zur Querschnittsstudie, wurden von den früheren Institutsmitarbeitern Frau Judith Tillmann, Frau Dr. Eva Münster, Herrn Hon.-Prof. Dr. Klaus Weckbecker und weiteren Mitarbeitern erstellt. Die frühere Darstellung wurde in diesen Gesamtbericht integriert, der von den auf dem Deckblatt genannten Autorinnen erstellt wurde.

2 Methodik

Nachfolgend sind beide Projektteile beschrieben: 2.1. Querschnittsstudie, 2.2. Interventionsstudie (Cluster-randomisierte Studie). Beide Projektteile wurden in Nordrhein-Westfalen, dem Bundesland mit der höchsten Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund (3), durchgeführt.

2.1 Querschnittsstudie

Im folgenden Kapitel wird die Methodik der Querschnittsstudie beschrieben. Es wird genauer auf das Studiendesign, die Studienpopulation, das Erhebungsinstrument sowie die statistischen Analysen im Rahmen der Querschnittsstudie eingegangen.

2.1.1 Studiendesign

Im Zeitraum von Oktober 2017 bis Januar 2018 wurde eine Querschnittsstudie unter einer Zufallsstichprobe von 1.000 Hausärzten (bereinigte Bruttostichprobe: 982) durchgeführt. Die Befragung erfolgte anhand eines pseudonymisierten, standardisierten, schriftlichen Fragebogens, der speziell für diese Studie entwickelt und postalisch an die 982 Hausärzte versendet wurde.

Die Studienunterlagen umfassten:

- Ein persönliches Anschreiben zur Aufklärung über die Studie und datenschutzrechtliche Hinweise
- Ein Erklärungsschreiben mit Hinweisen zum Ausfüllen des Bogens und Ansprechpartnern
- Den schriftlich auszufüllenden, standardisierten Fragebogen
- Einen bereits frankierten und an das Institut für Hausarztmedizin adressierten Rückumschlag

Außerdem hatten die Hausärzte die Möglichkeit, telefonisch oder schriftlich Kontakt zu den Projektmitarbeitern des Instituts aufzunehmen, um Fragen zu klären. Es folgten zwei Erinnerungsschreiben an bis zu diesem Zeitpunkt nicht teilgenommene Ärzte. Dadurch konnte die Rücklaufquote erhöht werden.

Zur Sicherung der Qualität des Erhebungsinstruments und der Identifizierung von möglichen Fehlerquellen erfolgte vor der Durchführung der Querschnittsstudie eine Pretest-Phase mit fünf Hausärzten verschiedener soziodemographischen Eigenschaften (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund). Der Fragebogen wurde durchgehend als sehr gut bewertet und es wurden nur kleine Anpassungen umgesetzt.

Die datenschutzrechtlichen und ethischen Vorgaben wurden stets eingehalten.

2.1.2 Studienpopulation

Zielgruppe dieser Studie waren Hausärzte in Nordrhein-Westfalen, die im Zeitraum der Studierendurchführung praktizierten und in der Datenbank der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) als Hausärzte registriert waren (n=6313). Ärzte müssen in Deutschland durch die KVNO registriert werden, um Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung (87,7% der Bevölkerung Deutschlands) behandeln zu dürfen (38). Diese Ärzte dürfen auch privat versicherte Patienten behandeln.

Als weitere Einschlusskriterien der Teilnehmer wurden Folgende festgelegt:

1. In der Datenbank der KVNO registriert (Stichtag: 28.07.2017)
2. Bezeichnung in der KVNO-Datenbank: Hausarzt

Ausgeschlossen davon wurden:

- Pädiater (aufgrund des fehlenden Kontaktes zu Demenzpatienten)
- Ärzte, die am Pretest teilgenommen haben
- Lehrärzte des Instituts für Hausarztmedizin und am Institut tätige Ärzte

Aus dieser Gruppe von Hausärzten wurde eine Zufallsstichprobe der Anzahl 1.000 gezogen. Diese Ärzte erhielten postalisch die Studienunterlagen. 18 Ärzte wurden anschließend aufgrund von veralteten, nicht mehr korrekten Adressdaten oder Verrentung aus der Studie ausgeschlossen. Der genaue Auswahlprozess der Studienpopulation ist im Flussdiagramm (Abbildung 1) dargestellt.

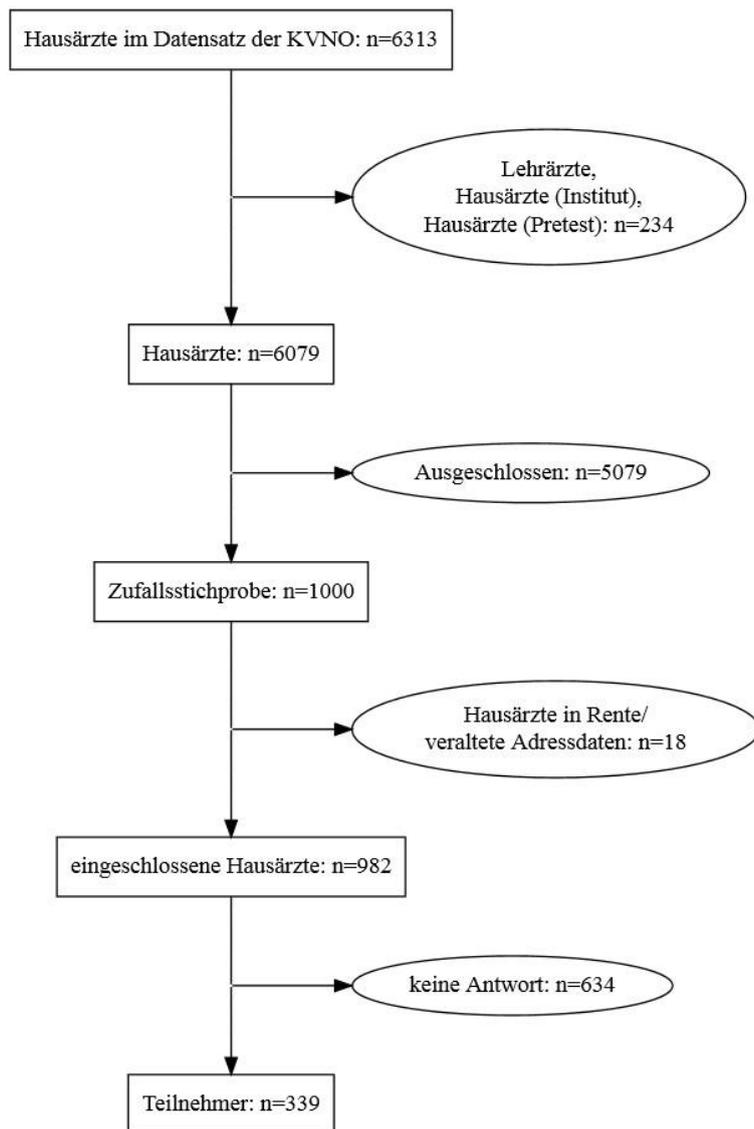


Abbildung 1: Auswahlprozess der Studienteilnehmer für die Querschnittsstudie (40)

2.1.3 Erhebungsinstrument

Der schriftlich auszufüllende Fragebogen wurde anhand von Literaturrecherchen in medizinischen Datenbanken im interdisziplinären Team entwickelt. Einige Fragen am Anfang des Fragebogens basierten auf einer australischen Umfrage des Wicking Dementia Research & Education Centres (University of Tasmania), die in Rücksprache mit den Fragebogenentwicklern zur Vergleichbarkeit übernommen wurden (39). Die Fragen wurden durch einen englischen Muttersprachler mit der Methodik der „back-translation“ übersetzt, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Der Fragebogen gliederte sich in folgende Inhaltsabschnitte:

- Einstellungen, Erfahrungen, Sicherheit und Vorgehen von Hausärzten bezüglich Demenz, der Diagnostik und dem Umgang mit Betroffenen
- Gängige Methoden und Instrumente in der Demenzdiagnostik
- Erfahrungen und Sicherheit in der Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund

- Hürden in der Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund und Vorgehen zur Überwindung dieser Hürden
- Informations- und Unterstützungsbedarfe
- Soziodemografische Angaben des Arztes und Angaben zur Praxis
- Teilnahmebereitschaft an der Interventionsstudie

Die genauen Unterkategorien sind in Abbildung 2 dargestellt. Als Antwortmöglichkeiten wurden sowohl 5-Punkte-Likert-Skalen mit einer Skala von „ich stimme überhaupt nicht zu“ bis „ich stimme völlig zu“ als auch Multiple-Choice-Felder verwendet. Letztere wurden zum Teil durch Freitextfelder ergänzt, um Raum für bisher nicht berücksichtigte Antwortmöglichkeiten zu geben.

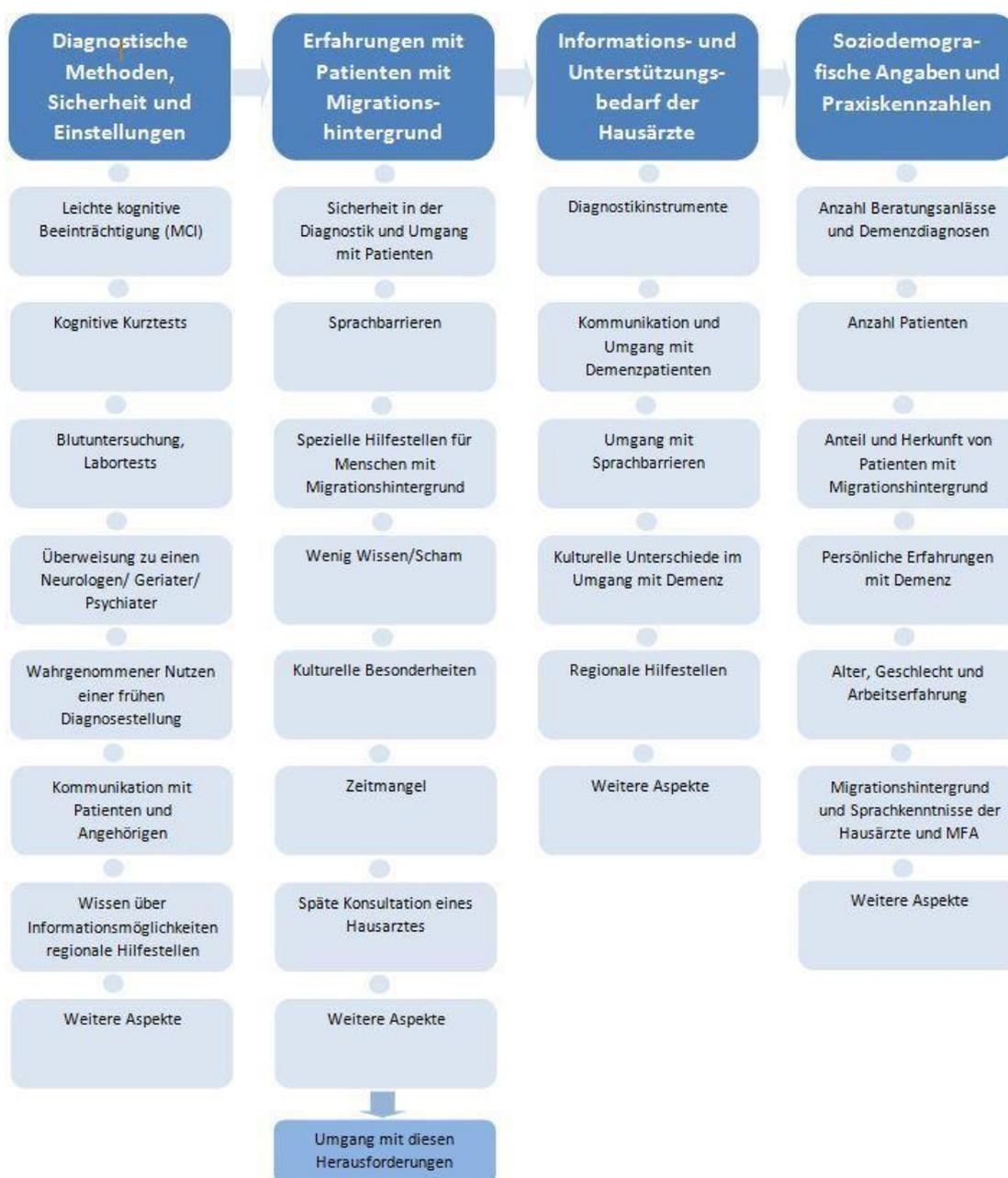


Abbildung 2: Inhalte des Fragebogeninstruments: Querschnittstudie (41)

2.1.4 Statistische Analysen

Unter Verwendung der Scan-Software "Teleform" wurden die bis zum 31.01.2018 eingetroffenen Fragebögen elektronisch erfasst und anschließend einer Datenaufbereitung und Plausibilitätsprüfung unterzogen.

Uni-, bi- und multivariate Analysen wurden anhand des statistischen Auswertungsprogramms IBM SPSS Statistics, Version 24, durchgeführt. Dabei wurde von einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=0,05$ ausgegangen, d.h. ein Testergebnis mit einem p-Wert unter dieser Irrtumswahrscheinlichkeit galt als signifikant.

In den Analysen wurde nach soziodemographischen Daten der Teilnehmer wie Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund adjustiert und nach Geschlecht stratifiziert, um den potenziellen Einfluss dieser Faktoren zu berücksichtigen und Verzerrungen zu vermeiden.

2.2 Interventionsstudie

Im nun folgenden Kapitel wird die Methodik der Interventionsstudie beschrieben. Identisch zur Abfolge im vorherigen Kapitel werden das Studiendesign, die Studienpopulation, das Erhebungsinstrument und die statistischen Analysen dargestellt.

2.2.1 Studiendesign

Für den zweiten Teil des Projektes, eine cluster-randomisierte Interventionserhebung, war eine Gesamtdauer von acht Monaten kalkuliert. Die Intervention wurde in einem Zeitraum von September bis November 2018 durchgeführt. Es handelte sich um ein 2-armiges Studiendesign mit einer „waiting-list control“-Gruppe. Durchgeführt wurde die Intervention in Hausarztpraxen in Nordrhein- Westfalen. Von den im ersten Projektabschnitt teilnehmenden Hausärzten wurden diejenigen bezüglich der Intervention angeschrieben, die Informations- und Unterstützungsbedarfe angegeben hatten (n=320).

Diejenigen Praxen, die eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme gegeben hatten, wurden anschließend in die Interventions- bzw. Kontrollgruppe randomisiert.

Die Interventionsgruppe erhielt das für die drei Monate einzusetzende Informationsmaterial, die sog. Dementia-Care-Toolbox für Ärzte und MFA, postalisch zugeschickt. Nach Ablauf der drei Monate wurde sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe eine Befragung der Ärzte (pseudonymisiert) und der MFA (anonymisiert) mittels standardisiertem selbst-ausfüllbarem Evaluationsbogen durchgeführt.

Nach abgeschlossenem Rücklauf der Befragung wurde die Dementia-Care-Toolbox mit dem Informationsmaterial zugesandt.

Die **Dementia-Care-Toolbox** umfasste folgende Informationsmaterialien:

1. **Informationskarte für Hausärzte und MFA** zu Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz
2. **Praxis-Tools für Hausärzte und MFA:**
 - Mehrsprachige Anamnesebögen (Türkisch-Deutsch, Englisch-Deutsch, Russisch-Deutsch)
 - EASY-Test (Non-verbales, kultur-faires Screening-Verfahren zum Nachweis kognitiver Beeinträchtigungen)
 - Broschüre „Vielfalt in der Praxis“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
3. **Informationsbroschüre zu Demenz für Patienten und Angehörige** (in Deutsch, Türkisch und Russisch)
4. **Poster für Wartezimmer** (in Deutsch, Türkisch, Russisch)

Für die Broschüren und Poster wurden die türkische und russische Sprache ausgewählt, da die Ergebnisse der Querschnittsstudie im ersten Projektabschnitt Hinweise darauf ergeben hatten, dass Sprachbarrieren vor allem bei Patienten mit türkischem und russischem Migrationshintergrund die Diagnostik von Demenz erschweren.

In einem Anschreiben waren die Hausärzte über die Möglichkeit informiert worden, telefonisch oder schriftlich Kontakt zu den Projektmitarbeitern des Instituts aufzunehmen, falls Fragen bestehen. Für die Evaluationsbögen erfolgten zwei telefonische und ein schriftliches Erinnerungsverfahren, wodurch die Rücklaufquote erhöht wurde.

2.2.2 Studienpopulation

Für den zweiten Projektabschnitt galten folgende Einschlusskriterien:

- Arzt ist als Vertragsarzt in der Datenbank der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) registriert (Stichtag: 28.07.2017) und
- Bezeichnung in der KVNO-Datenbank: Hausarzt.

Zugleich galten dieselben Ausschlusskriterien:

- Bezeichnung in der KVNO-Datenbank: Pädiater

Teilnehmende Hausarztpraxen erhielten die Informationsmaterialien sowie die Evaluationsbögen postalisch. Der genaue Auswahlprozess der Studienpopulation ist in einem Flussdiagramm (Abbildung 3) dargestellt. Die Fragebögen wurden an das gesamte Praxisteam gereicht. Wenige Fragebögen, die nicht von Ärzten oder MFA ausgefüllt worden waren, wurden später ausgeschlossen.

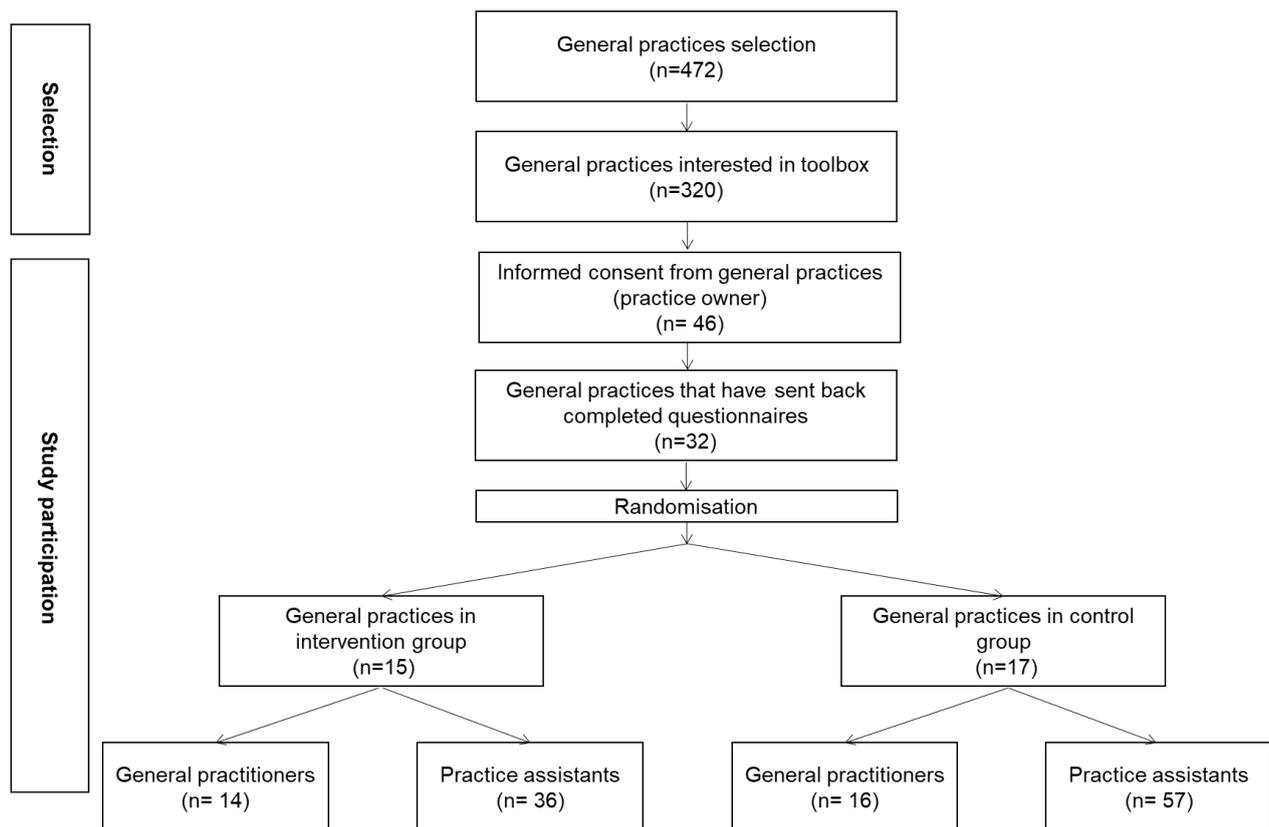


Abbildung 3: Auswahlprozess und Randomisierung der Studienteilnehmer in Interventions- und Kontrollpraxen

2.2.3 Erhebungsinstrument

Für den zweiten Projektabschnitt wurde ein Fragebogen entwickelt, der die unten aufgelisteten Items erfasste. Nur für die Teilnehmer der Interventionsgruppe wurde dieser Fragebogen um Fragen zu den Informationsmaterialien der Dementia-Care-Toolbox ergänzt. Der Fragebogen war interdisziplinär entwickelt worden und adressierte sowohl Hausärzte als auch MFA. Zusätzlich enthielt der Fragebogen der Interventionsgruppe eine Frage, die ausschließlich an den Arzt gerichtet war, während der Fragebogen der Kontrollgruppe zwei ausschließlich an den Arzt gerichtete Items umfasste.

Der Fragebogen war inhaltlich in vier Abschnitte mit Unterkategorien gegliedert:

- (1) Charakteristika der Teilnehmer
- (2) Selbsteinschätzung zur eigenen Sicherheit bei der Diagnostik und/oder der professionellen Behandlung von Demenz
 - a. Selbsteinschätzung der eigenen Sicherheit in der Demenzdiagnostik
 - b. Aufgaben bei der Versorgung von Demenzpatienten
 - c. Selbsteinschätzung der eigenen Sicherheit in der Demenzbehandlung
 - d. Schwierigkeiten beim Umgang mit Demenzpatienten mit Migrationshintergrund
- (3) Behandlung von Demenz in den letzten drei Monaten
 - a. Schätzung der Häufigkeit von Beratungsanlässen
 - b. Schätzung der Häufigkeit nicht-optimaler Behandlung

(4) Bewertung der Informationsmaterialien und Einschätzung der Effekte

- a. Nutzung des Interventionsmaterials und Einschätzung des Nutzens
- b. Einschätzung von Patienten-initiierte Kommunikation zum Thema Demenz

Die folgende Übersicht (Tabelle 1) stellt dar, welche der Items bei welcher Studien- und Berufsgruppe erfragt wurden:

Tabelle 1: Übersicht der Fragebogenitems nach Berufsgruppe

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Arzt	MFA	Arzt	MFA
Charakteristika der Teilnehmer	x	x	x	x
Eigene Sicherheit in der Demenzdiagnostik	x		x	
Eigene Aufgaben in der Behandlung Demenzpatienten	x	x	x	x
Eigene Sicherheit in der Demenzbehandlung	x	x	x	x
Schwierigkeiten im Umgang mit Demenzpatienten mit Migrationshintergrund	x	x	x	x
Schätzung der Häufigkeit von Beratungsanlässen	x	x	x	x
Schätzung der Häufigkeit nicht-optimaler Behandlung	x	x	x	x
Nutzung des Interventionsmaterials und Einschätzung des Nutzens	x	x		
Einschätzung zur Patienten-initiierte Kommunikation zum Thema Demenz	x	x		

Je nach Item wurden Antwortmöglichkeiten mittels folgender Formate erhoben: Multiple-Choice, 5-Punkte-Likert-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme völlig zu“, geschlossene Fragen (ja/nein) sowie Freitextantworten. Teilweise gab es bei den Multiple-Choice und geschlossenen Fragen zusätzlich die Möglichkeit einer Freitextantwort.

2.2.4 Statistische Analysen

Unter Verwendung der Scan-Software "Teleform" wurden die zurückgesendeten Fragebögen elektronisch erfasst. Anschließend erfolgte eine Datenaufbereitung und Plausibilitätsprüfung mittels IBM SPSS Statistics, Version 24.

Für die Datenanalysen wurde ebenfalls IBM SPSS Statistics Version 24 verwendet. Für alle Variablen des Fragebogens wurden deskriptive Statistiken berechnet. Bei den Analysen bezüglich der Verwendung des Interventionsmaterials aus der Dementia-Care-Toolbox erfolgten differenzierte Analysen unter Berücksichtigung soziodemografischer Daten der Teilnehmer wie Alter, Geschlecht, Berufsbezeichnung, Jahre der Tätigkeit in der Hausarztpraxis und Migrationshintergrund.

3 Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus beiden Studienabschnitten beschrieben. Zunächst werden die Ergebnisse des ersten Studienabschnitts, der Querschnittsstudie, erläutert (3.1. Querschnittsstudie). Anschließend folgt die Darstellung der Cluster-randomisierten Studie, in der die Effekte der Verwendung der Dementia-Care-Toolbox mit Informations- und Unterstützungsmaterialien ermittelt wurden (3.2. Cluster-randomisierte Studie).

3.1 Querschnittsstudie

Im Rahmen des ersten Studienabschnitts wird genauer auf die Studienpopulation, die Einstellungen und Erfahrungen der Studienteilnehmer in Bezug auf Demenz und der Demenzdiagnostik, die Methoden der Demenzdiagnostik sowie Herausforderungen in der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen.

3.1.1 Studienpopulation

Insgesamt haben 339 Hausärzte aus dem Gebiet der KV-Nordrhein an der Befragung teilgenommen. Eine Teilnahmerate von 34,5% (339 von 982) konnte erzielt werden (Abbildung 1). Die Teilnehmer waren zu 47,5% Frauen und 52,5% Männer im Alter von 31 bis 80 Jahren. Der Altersdurchschnitt betrug 53,6 Jahre \pm 8,9 Jahre. Durchschnittlich hatten die Teilnehmer bereits 17,1 \pm 10 Jahre als Hausarzt praktiziert. Die Ärzte schätzten den Anteil ihrer Patienten mit Migrationshintergrund an der Gesamtzahl ihrer Patienten im Durchschnitt auf 16,7% \pm 13,1% (Min. 0%, Max. 80%). 14,5% der Hausärzte gaben an, selber einen Migrationshintergrund zu haben.

Weibliche Teilnehmer waren im Durchschnitt etwas jünger als die männlichen Teilnehmer und dementsprechend kürzer hausärztlich tätig. Zudem gaben diese an, eher in Praxen mit geringerer Scheinzahl und Patientenanzahl pro Tag zu praktizieren als ihre männlichen Kollegen. Weitere Charakteristika der Studienteilnehmer sowie Praxiskennzahlen sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Charakteristika der Studienteilnehmer und deren Praxen (n=339), Querschnittsstudie

	Gesamt	Frauen	Männer
	n (%)	n (%)	n (%)
Gesamt	339 (100)	161 (100)	178 (100)
Geschlecht			
Weiblich	161 (47,5)	-	-
Männlich	178 (52,5)	-	-
Alter (Jahre)			
30-39	24 (7,1)	13 (8,1)	11 (6,2)
40-49	83 (24,5)	43 (26,7)	40 (22,5)
50-59	133 (39,2)	71 (44,1)	62 (34,8)

60+	88 (26,0)	26 (16,1)	62 (34,8)
<i>Fehlend</i>	11 (3,2)	8 (5,0)	3 (1,7)
Migrationshintergrund Arzt			
Ja	49 (14,5)	23 (14,3)	26 (14,6)
Nein	284 (83,8)	133 (82,6)	151 (84,8)
	Gesamt	Frauen	Männer
	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Fehlend</i>	6 (1,8)	5 (3,1)	1 (0,6)
Sprachkenntnisse Arzt (5 häufigste Angaben)			
Englisch	311 (91,7)	145 (90,1)	166 (93,3)
Französisch	119 (35,1)	61 (37,9)	58 (32,6)
Spanisch	33 (9,7)	17 (10,6)	16 (9,0)
Italienisch	23 (6,8)	9 (5,6)	14 (7,9)
Russisch	17 (5,0)	10 (6,2)	7 (3,9)
<i>Fehlend</i>	6 (1,8)	5 (3,1)	1 (0,6)
Sprachkenntnisse MFA (5 häufigste Angaben)			
Englisch	222 (65,5)	107 (66,5)	115 (64,6)
Türkisch	86 (25,4)	40 (24,8)	46 (25,8)
Russisch	43 (12,7)	22 (13,7)	21 (11,8)
Polnisch	28 (8,3)	13 (8,1)	15 (8,4)
Französisch	21 (6,2)	6 (3,7)	15 (8,4)
<i>Fehlend</i>	16 (4,7)	7 (4,3)	9 (5,1)
Dauer Hausarztstätigkeit (Jahre)			
0-9	87 (24,7)	51 (31,7)	36 (20,2)
10-19	107 (31,6)	53 (32,9)	54 (30,3)
20-29	96 (28,3)	45 (28,0)	51 (28,7)
30+	44 (13,0)	8 (5,0)	36 (20,2)
<i>Fehlend</i>	5 (1,5)	4 (2,5)	1 (0,6)
Scheinzahl pro Quartal			
<=699	35 (10,3)	24 (14,9)	11 (6,2)
700-999	95 (28,0)	55 (34,2)	40 (22,5)
1000-1499	98 (28,9)	44 (27,3)	54 (30,3)
>=1500	101 (29,8)	29 (18,0)	72 (40,4)
<i>Fehlend</i>	10 (2,9)	9 (5,6)	1 (0,6)
Anzahl Patienten pro Tag			
<=20	19 (5,6)	14 (8,7)	5 (2,8)
21-40	124 (36,6)	77 (47,8)	47 (26,4)
41-60	107 (31,6)	41 (25,5)	66 (37,1)
>=61	82 (24,1)	23 (14,3)	59 (33,2)
<i>Fehlend</i>	7 (2,1)	6 (3,7)	1 (0,6)
Anteil Migranten in der Praxis			
0-5%	75 (22,1)	35 (21,7)	40 (22,5)
6-10%	82 (24,2)	47 (29,2)	35 (19,7)

11-15%	43 (12,7)	16 (9,9)	27 (15,2)
16-20%	49 (14,5)	17 (10,6)	32 (18,0)
21-25%	7 (2,1)	6 (3,7)	1 (0,6)
	Gesamt	Frauen	Männer
	n (%)	n (%)	n (%)
26-30%	38 (11,2)	19 (11,8)	19 (10,7)
>=31%	45 (13,3)	21 (13,1)	24 (13,5)
<i>Fehlend</i>	13 (3,8)	10 (6,3)	2 (1,7)

3.1.2 Einstellungen und Erfahrungen zu Demenz und Demenzdiagnostik

38,9% der Hausärzte gaben an, „eher sicher“ oder „völlig sicher“ in der Demenzdiagnostik bei der Gesamtheit ihrer Patienten zu sein. 19,2% hingegen waren „eher nicht sicher“ oder „überhaupt nicht sicher“. 61,1% fühlten sich in der Anwendung kognitiver Kurztests zur Demenzdiagnostik sicher (14,5% eher nicht/ überhaupt nicht, 23,3% neutral) und 26,8% fiel es „völlig leicht“ oder „eher leicht“, Demenz von normaler Altersvergesslichkeit und leichten kognitiven Störungen (MCI) zu unterscheiden. Hingegen gaben 32,4% diesbezüglich an, dass diese Differenzierung „eher nicht leicht“ oder „überhaupt nicht leicht“ ist. 54,9% der Hausärzte fühlten sich sicher darin, die Demenzdiagnose ihren Patienten mitzuteilen (17,7% „eher nicht sicher“ oder „überhaupt nicht sicher“, 27,1% „neutral“). Als problematisch wurde das Erschweren der Diagnostik durch Angst und Vorurteile des Patienten genannt (67,9%). Außerdem gaben 22,7% der Hausärzte an, „überhaupt nicht“ oder „eher nicht“ genug Kenntnisse über lokale Hilfestellen zu haben, die demente Personen und ihre Familien unterstützen.

Die persönlichen Einstellungen der Studienteilnehmer zum Umgang mit dem Demenz-Syndrom, den Betroffenen und Angehörigen sind in Tabelle 3 dargestellt. Die Mehrheit der Hausärzte stimmte zu, dass die frühe Diagnostik der Demenz dem Patienten nutzt (69,0%) und viel getan werden kann, um die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu verbessern (74,3%).

Der größte Anteil der Ärzte gab an (57,8%), dass der Begriff „Demenz“ im Rahmen des Diagnosegesprächs genutzt werden sollte und nicht aufgrund potentiell daraus resultierender emotionaler Belastungen vermieden werden sollte. Zudem klärten Hausärzte eher die Angehörigen (77,0%) über Demenz auf als die Betroffenen selber (51,3%). Es bestand großer Konsens unter den Hausärzten, dass Betroffene und Angehörige externe Unterstützung, z.B. Beratung und Selbsthilfegruppen, benötigen (93,5%).

41,0% der Befragten waren der Ansicht, dass Neurologen, Psychiater und Geriater Demenz besser als sie selber behandeln können. Nach Diagnosestellung einer Demenz sprachen 69,9% der Studienteilnehmer ihre Patienten meist oder immer auf die Notwendigkeit einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht an. 11,8% der Hausärzte taten dies eher nicht oder nie.

Tabelle 3: Einstellungen der Studienteilnehmer zu Demenz und dem Umgang mit Betroffenen und Angehörigen (n=339), Querschnittstudie

	Ich stimme...zu			
	völlig/ eher n (%)	Neutral n (%)	überhaupt nicht/ eher nicht n (%)	Fehlend n (%)
Es gibt viele Möglichkeiten, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu verbessern.	252 (74,3)	54 (15,9)	29 (8,6)	4 (1,2)
Demenz kann durch Neurologen, Psychiater oder Geriater besser behandelt werden.	139 (41,0)	97 (28,6)	99 (29,2)	4 (1,2)
Die frühe Diagnostik der Demenz nutzt dem Patienten.	234 (69,0)	54 (15,9)	42 (12,4)	9 (2,7)
Der Begriff „Demenz“ sollte im Rahmen des Diagnosegesprächs mit einem Verwandten/ pflegenden Angehörigen vermieden werden, da es zu emotionaler Belastung führen kann.	82 (24,2)	60 (17,7)	196 (57,8)	1 (0,3)
Ich befürchte, dass die Mitteilung einer Demenzdiagnose der Arzt-Patienten-Beziehung schadet.	26 (7,7)	50 (14,7)	263 (77,3)	1 (0,3)
Für Verwandte bzw. pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz ist es wichtig, externe Unterstützung zu erhalten (z.B. Beratung, Selbsthilfegruppen).	317 (93,5)	18 (5,3)	2 (0,6)	2 (0,6)
Ich kläre den Patienten mit Demenz immer über das Syndrom auf.	174 (51,3)	100 (29,5)	61 (18,0)	4 (1,2)
Ich kläre die Familie/Angehörigen des Patienten immer über das Syndrom auf.	261 (77,0)	42 (12,4)	31 (9,1)	3 (1,5)

3.1.3 Methoden in der Demenzdiagnostik

Als regelmäßig im Rahmen der Demenzdiagnostik eingesetzte Methoden und Instrumente wurde von der Mehrzahl der Ärzte der Uhrentest genannt (86,7%), gefolgt von den kognitiven Kurztest-Instrumenten Mini-Mental-Status-Test (MMST/MMSE) (76,7%) sowie dem Demenz-Detektion-Test (DemTect) (56,6%). Weitere Testinstrumente wie der TFDD (Test for the Early Detection of Dementia with Differentiation from Depression) (4,7%) sowie der MoCA (Montreal Cognitive Assessment) (4,1%) fanden nur selten Einsatz in der Hausarztpraxis. Weitaus häufiger wurden Patienten mit Demenzverdacht direkt an einen Spezialisten, beispielsweise einen Neurologen, überwiesen (33,0%). In Abbildung 3 sind diese Ergebnisse grafisch dargestellt, wobei in Abbildung 4 die Art des Einsatzes aufgeführt wird.

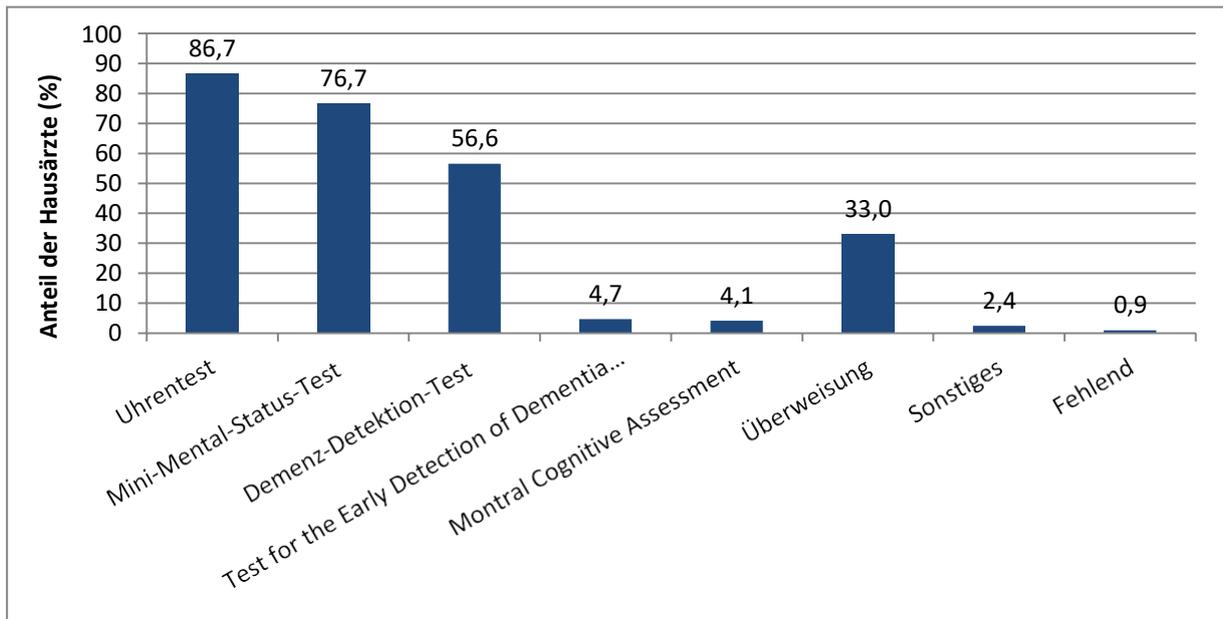


Abbildung 4: Angewandte Methoden und Diagnoseinstrumente in der Hausarztpraxis (n=339), Querschnittstudie

In Abbildung 4 wird die Art des Einsatzes des Uhrentests aufgezeigt: Etwa die Hälfte der Teilnehmer (57,8%) gab an, den Uhrentest nur in Kombination mit anderen Kurztests zu verwenden. 7,1% nutzten dieses Instrument als alleinigen Test zur Demenzdiagnostik. 40,1% haben diese Entscheidung je nach persönlichem Eindruck des Patienten abgewägt.

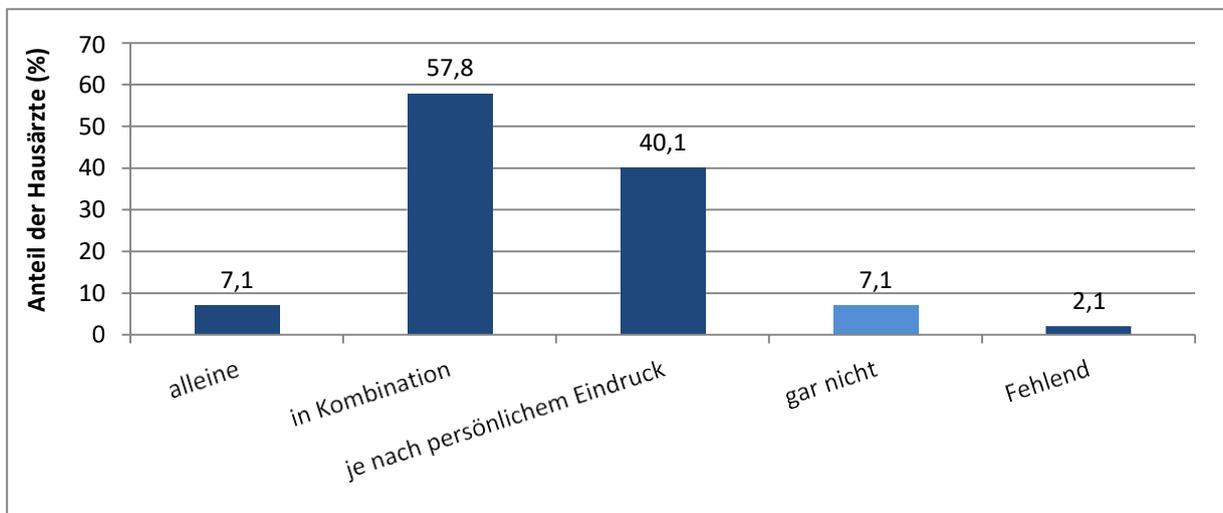


Abbildung 5: Art des Einsatzes des Uhrentests durch die Studienteilnehmer (n=339), Querschnittstudie

Zur weiteren Abklärung nach Einsatz eines dieser Kurztest-Instrumente und positivem Ergebnis überwies der Großteil der Hausärzte (86,4%) ihre Patienten an einen Spezialisten, machte eine Blutuntersuchung (58,4%) oder wendete bildgebende Verfahren wie CCT und MRT an (55,5%). Ausführlichere psychologische Testverfahren wurden nur selten durchgeführt (10,9% der Ärzte).

3.1.4 Herausforderungen in der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund

(*Aufgrund des Bezugs der folgenden Angaben auf Patienten mit Migrationshintergrund beziehen sich die in Folge beschriebenen Ergebnisse und Prozentangaben auf n=337 Hausärzte. Ausgeschlossen wurden zwei Ärzte, die nach eigenen Angaben keinen Kontakt zu Patienten mit Migrationshintergrund hatten.)

96,0% der Hausärzte (n=337) haben schon einmal mindestens eine Barriere im Rahmen einer Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund erlebt. 88,2% gaben an, aufgrund dieser Barrieren Patienten mit Migrationshintergrund schon einmal nicht so behandelt zu haben, wie sie es gerne wollten, 18,1% sogar „oft“ oder „sehr oft“. 68,5% gaben an, sich „nicht“ oder „überhaupt nicht“ sicher in der Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund zu fühlen, nur 6,7% gaben an, sich völlig sicher zu fühlen. In Abbildung 5 wird aus den Angaben der Ärzte ersichtlich, dass diese Unsicherheiten und Probleme in der Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund sehr häufig vorkamen, bei der Demenzdiagnostik bei der Gesamtheit der Patienten aber weitaus seltener auftraten (18,7%). Auch in der Kommunikation mit Demenzpatienten, speziell der Mitteilung der Diagnose, bestanden bei Hausärzten vor allem bei Patienten mit Migrationshintergrund große Unsicherheiten: 61,7% fühlten sich „völlig unsicher“ oder „eher unsicher“ (Vergleichswert bei Patienten insgesamt: 17,3%). 74,5% gaben an, „nicht genug“ oder „eher nicht genug“ Kenntnisse über lokale Hilfestellen, die demente Patienten mit Migrationshintergrund sowie ihre Angehörigen unterstützen, zu haben (Vergleichswert bei Patienten insgesamt: 22,6%). Die häufigsten Probleme, die Hausärzte im Rahmen der Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund erlebten, sind in Abbildung 5 dargestellt.

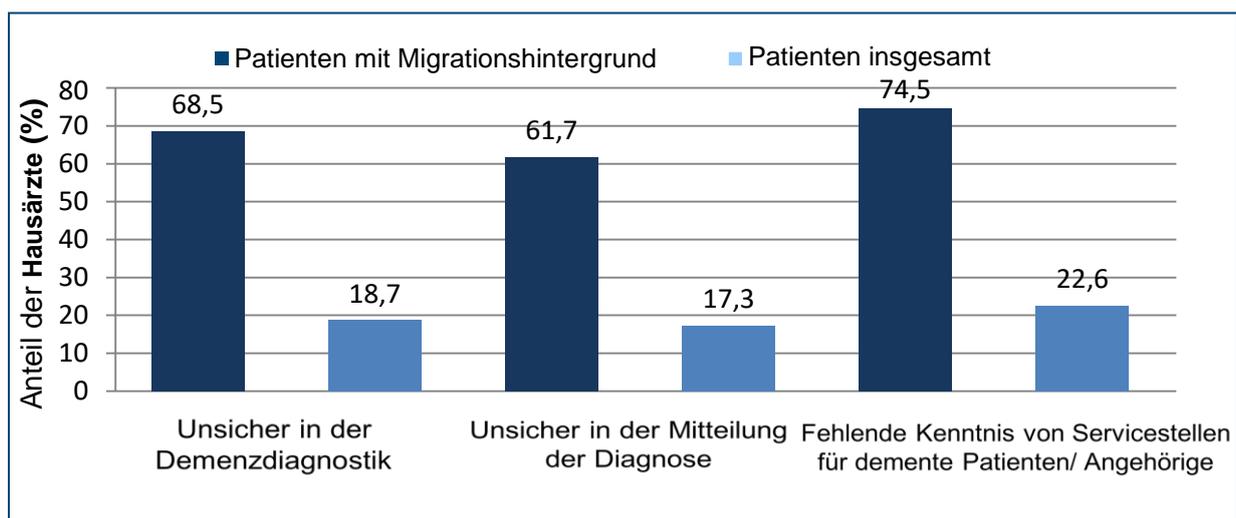


Abbildung 6: Probleme der Hausärzte/Innen in der Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Patienten insgesamt (n=337), Querschnittstudie (40)

Wie in Abbildung 6 dargestellt, wurden am häufigsten Sprachprobleme angegeben, die die Diagnostik erschweren bzw. unmöglich machen (87,2% der Hausärzte). 57,6% gaben an, dass der

Patient schlecht über Demenz informiert war, gefolgt von fehlender Akzeptanz der Demenzdiagnose bzw. Schamgefühle seitens des Patienten (54,0%). 35,0% der Ärzte wurden bereits damit konfrontiert, dass Patienten mit Migrationshintergrund das Syndrom „Demenz“ nicht kannten, sich über dessen Existenz also nicht bewusst waren. Außerdem konnte es aufgrund von kulturellen Ansichten dazu kommen, dass die Diagnostikempfehlung des Arztes (32,9%) oder auch die Behandlung durch einen andersgeschlechtlichen Arzt (15,1%) abgelehnt wird. Mangelnde Zeitkapazitäten für die Diagnostik gaben 30,6% der Ärzte als erschwerenden Faktor an. 27,6% gaben außerdem an, damit konfrontiert worden zu sein, dass sich Patienten mit Migrationshintergrund in einem bereits mittleren oder fortgeschrittenen Stadium der Demenz erstmals bei ihnen vorstellten. Lediglich 3,3% der Ärzte haben noch nie Hürden in diesem Bereich erlebt.

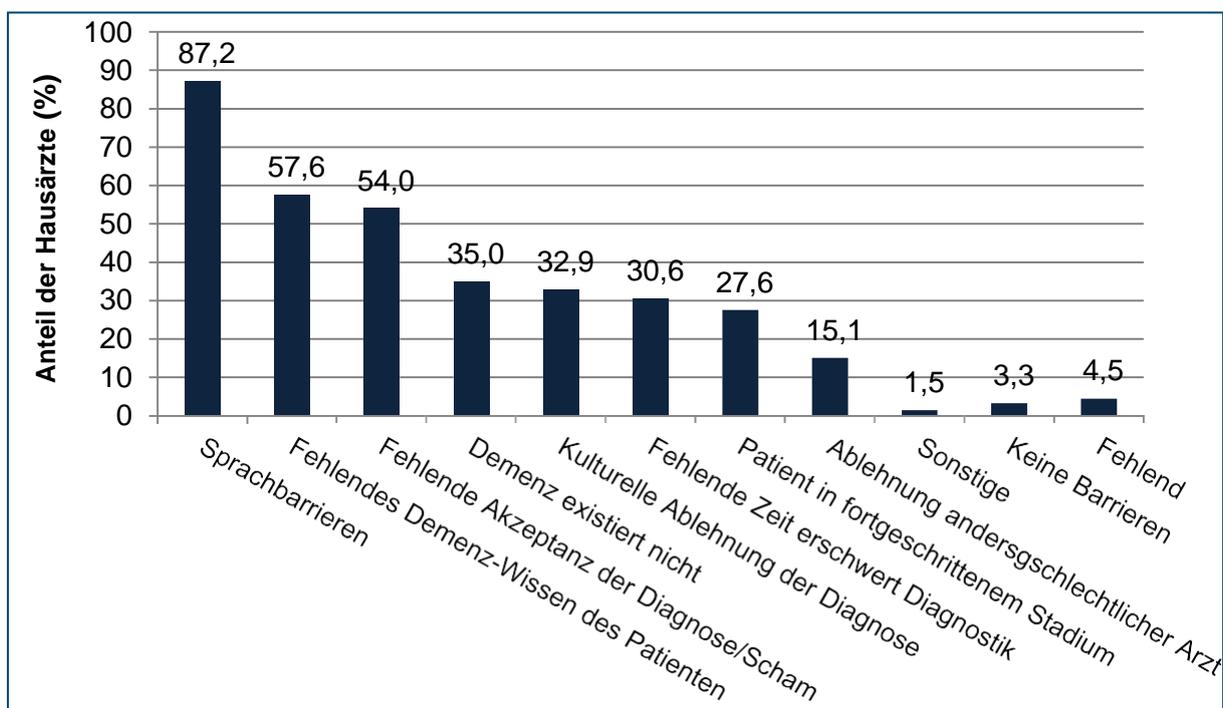


Abbildung 7: Art der Barrieren in der hausärztlichen Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund (n=337), Querschnittstudie

Um Sprachprobleme, die am häufigsten angegebene Barriere in der Demenzbehandlung, zu überwinden, gaben die teilnehmende Ärzte an, vor allem Familienmitglieder oder Freunde des Patienten als Dolmetscher (90,5%) zu nutzen, gefolgt von fremdsprachigem Praxispersonal (27,6%). 26,1% gaben an, Patienten mit Demenzsymptomen und Sprachdefiziten zu einem anderen Arzt mit passenden Sprachkenntnissen zu überweisen. Lediglich 8,3% haben in solchen Situationen einen professionellen Dolmetscher eingesetzt und 7,1% haben Patienten an eine fremdsprachige Hilfestelle weitergeleitet (Mehrfachantworten möglich).

Die beschriebenen Herausforderungen kamen laut Angaben der Hausärzte vor allem bei Patienten mit türkischem (64,4% der Studienteilnehmer) und russischem (29,4% der Studienteilnehmer) Migrationshintergrund vor.

3.1.5 Unterstützungs- und Informationsbedarf

Insgesamt gaben 69,1% der 337 Hausärzte einen allgemeinen Informationsbedarf zum besseren Umgang mit dementen Patienten mit Migrationshintergrund an (Abbildung 7).

Präzisiert wurde dieser Bedarf vor allem zu existierenden, allgemeinen Unterstützungsangeboten zum Umgang mit diesen Patienten (52,2%), gefolgt von empfohlenen Diagnoseinstrumenten (49,9%). Aber auch Informationen zum Umgang mit Sprachhindernissen (44,8%) und kulturell verschiedenen Ansichten der Demenz (45,1%) wurden stark nachgefragt.

Interesse an der Teilnahme an einer Informationskampagne zur Thematik gaben 72,9% der Hausärzte an.

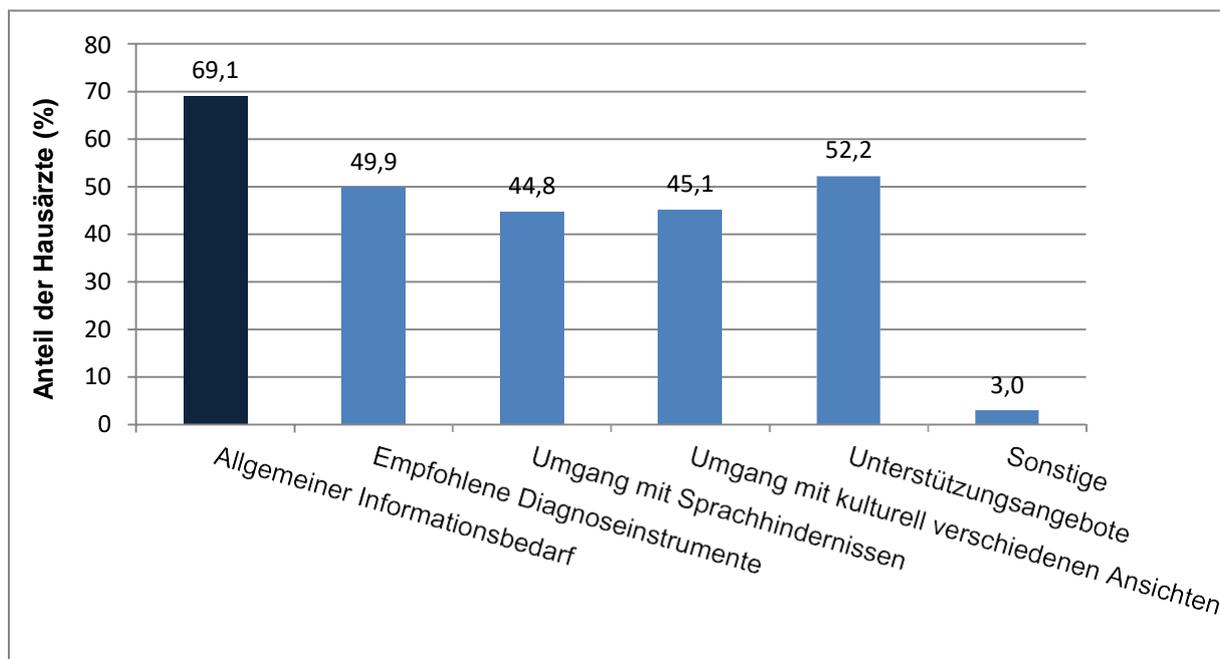


Abbildung 8: Informationsbedarf der Studienteilnehmer zum Umgang mit dementen Patienten mit Migrationshintergrund allgemein und zu spezifischen Themen (n=337), Querschnittstudie

3.2 Interventionsstudie

Bei der nun folgenden Darstellung des zweiten Studienabschnitts wird zunächst ebenfalls die Studienpopulation dargestellt. Anschließend folgen die Angaben der Hausärzte und MFA zur Dementia-Care-Toolbox und deren subjektiven Einschätzungen zum Nutzen des Interventionsmaterials.

3.2.1 Studienpopulation

Von den 320 Praxen, die Interesse an der Dementia-Care-Toolbox geäußert hatten, haben 32 Praxen die Einwilligungserklärung und die Fragebögen zurückgesendet, d.h. die Teilnahmerate betrug 10%. Die Details zum Studienverlauf sind in Abbildung 3 dargestellt. Von den 32 Hausarztpraxen in der Cluster-randomisierten Studie wurden 15 Praxen der Interventionsgruppe und 17 Praxen der Kontrollgruppe zugeordnet.

In den Praxen waren jeweils alle Hausärzte und MFA zur Teilnahme eingeladen worden. Von den 123 Teilnehmern waren 30 (24.4%) als Hausarzt tätig, 93 als MFA (75.6%), d.h. es gab etwa 3 MFA pro 1 ärztlichem Teilnehmer. Demzufolge überwog der Anteil der Frauen mit 83,7% den Anteil der Männer (16,3%). Die Altersspanne der Teilnehmer betrug 18 bis 66 Jahre, mit einem Altersdurchschnitt von 45,2 (\pm 12,5) Jahren. Durchschnittlich waren die Befragten 15,7 (\pm 11,2) Jahre in der jeweiligen Hausarztpraxis tätig. Der Anteil der Ärzte mit Migrationshintergrund betrug 20%, bei den MFA lag der Anteil bei 14,3%. Wie bereits im ersten Teil des Projektes waren die weiblichen Teilnehmer durchschnittlich jünger (43,4 \pm 12,4 Jahre) als die männlichen (54,3 \pm 8,6 Jahre) und dementsprechend kürzer in der Hausarztpraxis tätig (Frauen: 15,1 \pm 11,6 Jahre; Männer: 18,9 \pm 8,4 Jahre).

Weitere Charakteristika der Studienteilnehmer und Praxiskennzahlen sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4: Charakteristika der Studienteilnehmer und deren Praxen (n=123)

	Gesamt		Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Gesamt Teilnehmer	123	(100)	50	(40,7)	73	(59,3)
Gesamt Praxen	32	(100)	15	(46,9)	17	(53,1)
Funktion						
Hausarzt/-ärztin	30	(24,4)	14	(28,0)	16	(21,9)
MFA	93	(75,6)	36	(72,0)	57	(78,1)
Geschlecht						
Weiblich	103	(83,7)	39	(78,0)	64	(87,7)
Männlich	20	(16,3)	11	(22,0)	9	(12,3)
Alter						
< 20	3	(2,5)	2	(4,0)	1	(1,4)
20-29	14	(11,5)	6	(12,0)	8	(11,1)
30-39	25	(20,5)	10	(20,0)	15	(20,8)
40-49	25	(20,5)	7	(14,0)	18	(25,0)
50-59	41	(33,6)	19	(38,0)	22	(30,6)
60 +	14	(11,5)	6	(12,0)	8	(11,1)
<i>Fehlend</i>	1	(0,8)	0	(0)	1	(1,4)
Dauer Hausarztstätigkeit (Jahre)						
0-9	7	23,3	2	14,3	5	31,3
10-19	10	33,3	4	28,6	6	37,5
20-29	9	30,0	6	42,9	3	18,8
30 +	4	13,3	2	14,3	2	12,5
<i>Fehlend</i>	0	(0)	0	(0)	0	(0)

Dauer MFA Tätigkeit (Jahre)						
0-9	36	(39,6)	14	(40,0)	22	(39,3)
10-19	27	(29,7)	9	(25,7)	18	(32,1)
20-29	11	(12,1)	3	(8,6)	8	(14,3)
30 +	17	(18,7)	9	(25,7)	8	(14,3)
<i>Fehlend</i>	2	(2,2)	1	(2,8)	1	(1,7)
Migrationshintergrund Arzt						
Ja	6	(20,0)	2	(14,3)	4	(25,0)
Nein	24	(80,0)	12	(85,7)	12	(75,0)
<i>Fehlend</i>	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Migrationshintergrund MFA						
Ja	13	(14,3)	5	(14,7)	8	(14,0)
Nein	78	(85,7)	29	(85,3)	49	(86,0)
<i>Fehlend</i>	2	(2,2)	2	(5,6)	0	(0)
Sprachkenntnisse Arzt (5 häufigste Angaben)						
Englisch	29	(96,7)	13	(92,9)	16	(100)
Französisch	13	(43,3)	6	(42,9)	7	(43,8)
Spanisch	3	(10,0)	3	(21,4)	0	(0)
Italienisch	3	(10,0)	2	(14,3)	1	(6,3)
Russisch	2	(6,7)	0	(0)	2	(12,5)
<i>Fehlend</i>	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Sprachkenntnisse MFA (5 häufigste Angaben)						
Englisch	43	(51,2)	15	(48,4)	28	(52,8)
Russisch	6	(7,1)	2	(6,5)	4	(7,5)
Türkisch	4	(4,8)	3	(9,7)	1	(1,9)
Polnisch	3	(3,6)	0	(0)	3	(5,7)
Griechisch	2	(2,4)	0	(0)	2	(3,8)
<i>Fehlend</i>	9	(9,7)	5	(13,9)	4	(7,0)

In absteigender Reihenfolge gaben die Teilnehmer folgende Verantwortlichkeiten bei der Behandlung von Demenzpatienten an: Blutentnahme, Durchführung kognitiver Kurztests, Beantworten von Patienten-/Angehörigenfragen, Aushändigen von Informationsmaterial bzw. Weiterleitung an Unterstützungsstellen, Aufklärung von Patienten über Demenz, Nachfragen bezüglich Demenzsymptomen und Dolmetschen. Die Details sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Arten von Kontakt zu Demenzpatienten der Teilnehmer in ihrer Praxis

	Gesamt		Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	n	(%) ^a	n	(%) ^a	n	(%) ^a
Durchführung kognitiver Kurztests	54	(44,6)	20	(40,8)	34	(47,2)
Innerhalb des Teams nach Beobachtungen fragen	32	(26,4)	13	(26,5)	19	(26,4)
Blutentnahmen	85	(70,2)	36	(73,5)	49	(68,1)
Dolmetschen	10	(8,3)	4	(8,2)	6	(8,3)
Aufklären über Demenz	34	(28,1)	16	(32,7)	18	(25,0)
Infomaterial mitgeben	38	(31,4)	24	(49,0)	14	(19,4)
Weiterleitung an Hilfestellen	38	(31,4)	18	(36,7)	20	(27,8)
Sonstige	6	(5,0)	1	(2,0)	5	(6,9)
Kein Kontakt zu Demenzpatienten	6	(5,0)	3	(6,1)	3	(4,2)
Beantworten von Fragen	44	(36,4)	19	(38,8)	25	(34,7)
Fehlend	2	(1,6)	1	(2,0)	1	(1,4)

3.2.2 Nutzung der Dementia-Care-Toolbox durch Hausärzte und MFA

Wie in Abbildung 8 dargestellt, gaben die Teilnehmer an, dass sie die verschiedenen Materialien der Dementia-Care-Toolbox in folgender Häufigkeit verwendet hatten (in absteigender Reihenfolge): Broschüren (70,0%), Informationskarte (58,0%) und Plakat für Wartezimmer (40,0%) (42). Interessant sind die Unterschiede in der Nutzung zwischen den beiden professionellen Gruppen: die Hausärzte nutzten die Informationskarte am häufigsten (85,7%), während MFA die Broschüren zur Aufklärung über Demenz am meisten nutzten (69,4%). Der geringste Unterschied zwischen Hausärzten und MFA wurde bei der Verwendung von Broschüren (2,0%) festgestellt, der größte Unterschied hingegen bei der Verwendung der Informationskarte (38,5%). Etwa 70% der Hausärzte und MFA nutzten die Broschüren für Patienten. Interessanterweise wurde das Angebot für nicht-sprachgebundene Diagnostikinstrumente weder von Ärzten noch MFA genutzt.

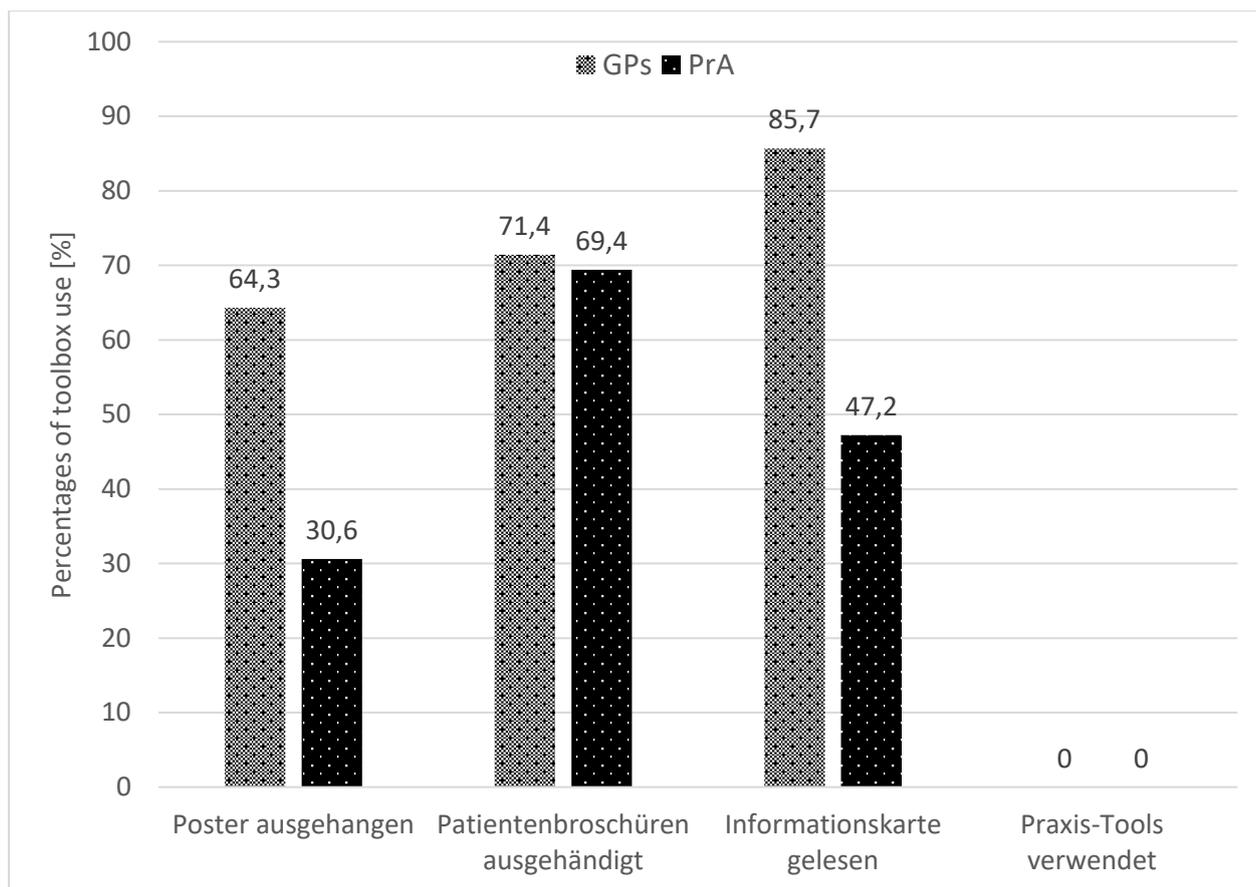


Abbildung 9: Nutzung der Dementia-Care-Tool-Box durch Hausärzte und MFA

Die Bewertung der Toolbox-Materialien war ähnlich zur zuvor dargestellten Nutzung der verschiedenen Materialien. In absteigender Reihenfolge wurden die Broschüren, die Infokarte, die Tools und das Poster als hilfreich bewertet (Tabelle 6). 90% der Hausärzte fanden die Tools und die Broschüren hilfreich. Damit sind dies die beiden Tools, die von den Ärzten als am hilfreichsten empfunden wurden. Bei den MFA wurden die Broschüren mit 74,2% als am hilfreichsten angegeben. Sowohl die Hausärzte als auch die MFA fanden das Poster wenig hilfreich. Obwohl keiner der Befragten angegeben hatte, die Praxis-Tools eingesetzt zu haben, bewerteten 73% der Teilnehmer diese als hilfreich.

Tabelle 6: Wurden die einzelnen Tools der Toolbox als hilfreich empfunden?

	Gesamt Teilnehmer		Hausarzt/-ärztin		MFA	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
War das Poster hilfreich?						
Ja	17	(48,6)	5	(50,0)	12	(48,0)
Nein	18	(51,4)	5	(50,0)	13	(52,0)
Fehlend	15	(30,0)	4	(28,6)	11	(30,6)
War die Broschüre hilfreich?						
Ja	32	(78,0)	9	(90,0)	23	(74,2)
Nein	9	(22,0)	1	(10,0)	8	(25,8)
Fehlend	9	(18,0)	4	(28,6)	5	(13,9)

War die Informationskarte hilfreich?						
Ja	25	(61,0)	7	(58,3)	18	(62,1)
Nein	16	(39,0)	5	(41,7)	11	(37,9)
Fehlend	9	(18,0)	2	(14,3)	7	(19,4)
Waren die Praxis-Tools hilfreich?						
Ja	22	(73,3)	9	(90,0)	13	(65,0)
Nein	8	(26,7)	1	(10,0)	7	(35,0)
Fehlend	20	(40,0)	4	(28,6)	16	(44,4)

Bei der offenen Frage nach weiteren Themen, bei denen die Praxis Unterstützungsbedarf sieht bzw. zu denen ein Forschungsbedarf gesehen wird, wurde zum einen „Demenz und Sexualität in Pflegeeinrichtungen“, „Management Demenzerkrankten, die allein zu Hause leben und „Somatisierung bei ausländischen Patienten“ genannt.

3.2.3 Erfahrungen mit der Demenzdiagnostik

Betrachtet man die Angaben der Hausärzte der Interventions- und Kontrollgruppe in Hinblick auf die selbstberichtete eigene Sicherheit bei der Demenzdiagnostik, so ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, obwohl die Interventionsgruppe den Zugang zu den Diagnostikinstrumenten in der Dementia-Care-Toolbox hatte (Tabelle 7 und Tabelle 8).

Tabelle 7: Selbstberichtete Sicherheit in der Demenzdiagnostik (Interventionsgruppe)

	Ich stimme ... zu							
	Völlig / eher		Neutral		Überhaupt nicht / eher nicht		Fehlend	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ich fühle mich in der Demenzdiagnostik sicher	10	(71,4)	4	(28,6)	0	(0)	0	(0)
Ich fühle mich in der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund sicher	4	(28,6)	4	(28,6)	6	(42,9)	0	(0)
Ich fühle mich sicher darin, die Demenzdiagnose einem Patienten mit Migrationshintergrund mitzuteilen	7	(50,0)	0	(0)	7	(50,0)	0	(0)
Ich konnte schon einmal kognitive Kurztests aufgrund von sprachlichen Problemen zwischen dem Patienten mit Migrationshintergrund und mir nicht anwenden	7	(50,0)	4	(28,6)	3	(21,4)	0	(0)

Tabelle 8: Selbstberichtete Sicherheit in der Demenzdiagnostik (Kontrollgruppe)

	Ich stimme ... zu							
	Völlig / eher		Neutral		Überhaupt nicht / eher nicht		Fehlend	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ich fühle mich in der Demenzdiagnostik sicher	10	(62,5)	6	(37,5)	0	(0)	0	(0)
Ich fühle mich in der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund sicher	3	(18,8)	5	(31,3)	8	(50,0)	0	(0)
Ich fühle mich sicher darin, die Demenzdiagnose einem Patienten mit Migrationshintergrund mitzuteilen	13	(81,3)	1	(6,3)	2	(12,5)	0	(0)
Ich konnte schon einmal kognitive Kurztests aufgrund von sprachlichen Problemen zwischen dem Patienten mit Migrationshintergrund und mir nicht anwenden	3	(18,8)	5	(31,3)	8	(50,0)	0	(0)

3.2.4 Herausforderungen in der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund

Bei der Frage, wie häufig es im letzten Quartal vorkam, dass ein Patient mit Migrationshintergrund auf Grund von Hürden und Sprachproblemen in Bezug auf Demenz nicht optimal behandelt werden konnte, zeigte sich, dass dies, verglichen mit der Kontrollgruppe, bei der Interventionsgruppe seltener vorkam (Tabelle 9). 55,1% der Interventionsgruppe im Vergleich zu 32,9% der Kontrollgruppe gaben an, dass dies „nie“ der Fall gewesen ist. „Nie oder Selten“ gaben 75,5% der Interventionsgruppenteilnehmer und 58,8% der Kontrollgruppenteilnehmer an. Dies deutet auf Effekte der Dementia-Care-Toolbox hin, doch kann der Bias sozial erwünschter Antworten eine Rolle spielen.

Tabelle 9: Kam es im letzten Quartal vor, dass ein Patient mit Migrationshintergrund auf Grund von Hürden und Sprachproblemen in Bezug auf Demenz nicht optimal behandelt werden konnte (Arztangaben)

	Gesamt		Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Nie	50	(42,0)	27	(55,1)	23	(32,9)
Selten	28	(23,5)	10	(20,4)	18	(25,7)
Manchmal	20	(16,8)	6	(12,2)	14	(20,0)
Oft	13	(10,9)	3	(6,1)	10	(14,3)
Sehr oft	6	(5,0)	2	(4,1)	4	(5,7)
Ich hatte noch nie Probleme	2	(1,7)	1	(2,0)	1	(1,4)
Fehlend	4	(3,3)	1	(2,0)	3	(4,1)

4 Dementia-Care-Toolbox: Zusammenfassung, Diskussion, Perspektiven

Das Dementia-Care-Toolbox-Projekt zielte darauf, das versorgungsmedizinisch relevante Thema der hausärztlichen Demenzbehandlung von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund wissenschaftlich zu thematisieren. Die angesichts der Bevölkerungsentwicklung zunehmende Bedeutung dieses Themas ist eingangs dargestellt.

Der Fokus des ersten Projektteils (Fragebogen-Querschnittsstudie) zielte auf die Erfassung von Barrieren in der Demenzdiagnostik: 69% der Teilnehmer gaben an, einen Informationsbedarf zu haben. Die teilnehmenden Hausärzte und MFA machten folgende Angaben zu häufigen Barrieren in der Diagnostik und Behandlung der Demenz bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund: Unsicherheiten in der Diagnostik, Sprachhindernisse, Wissensdefizite im Umgang mit kulturell verschiedenen Ansichten und Informationsmangel zu verfügbaren Unterstützungsangeboten.

Im zweiten Projektteil (Cluster-randomisierte Studie) wurden die Effekte der neu zusammengestellten Dementia-Care-Toolbox evaluiert. Die Entwicklung der Toolbox erfolgte auf dem Hintergrund der zuvor erhobenen Barrieren in der Diagnostik und Behandlung der Demenz bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. Mit einem Setting-bezogenen Ansatz adressierte die Toolbox verschiedene Zielgruppen im Setting Hausarztpraxis, nämlich Hausärzte, MFA, Patienten und Angehörige. Von den vier Elementen der Toolbox (Informationskarte für Ärzte und MFA, nicht-sprachgebundenes Instrument zur Demenzdiagnostik, Broschüre für Patienten und Angehörige sowie Wartezimmerposter) waren die Informationskarte und die Broschüren von Ärzten und MFA gut akzeptiert worden (42): etwa 70% der Ärzte und MFA berichteten, dass sie die Broschüren genutzt hatten, fast 85% der Ärzte hatten die Informationskarte gelesen. Die Broschüre wurden von 90% der Ärzte und 74,2% der MFA als hilfreich bewertet. Auf die Frage, wie oft es im letzten Quartal vorkam, dass ein Patient mit Migrationshintergrund auf Grund von Hürden und Sprachproblemen in Bezug auf Demenz nicht optimal behandelt werden konnte, gaben 75,5% der Ärzte in der Interventionsgruppe und 58,8% derjenigen in der Kontrollgruppe an, dass dies „nie oder selten“ auftrat. Dies deutet auf Effekte der Dementia-Care-Toolbox hin, weitergehende Analysen sind geplant.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass ein Selektionsbias im Hinblick auf die Studienteilnehmer (Personen mit höherem Informationsbedarf) und der Bias sozial erwünschter Antworten möglich sind und nicht quantifiziert werden konnten. Weitere Forschung muss die langfristige Wirkung von Informationsstrategien für das Setting Hausarztpraxen zeigen. Unsere Studie dokumentierte den Bedarf und die Akzeptanz des Konzepts der Dementia-Care-Toolbox, insbesondere der Informationsbroschüren, im Setting Hausarztpraxen.

5 Publikationen

5.1 Originalarbeiten

- Tillmann J, Schnakenberg R, Puth MT, Weckbecker K, Just J, Münster E. Barriers in general practitioners' dementia diagnostics among people with a migration background in Germany (BaDeMi). Study protocol for a cross-sectional survey. *BMC Medical Research Methodology* 2018;18:124. Doi:10.1186/s12874-018-0580-0.
- Tillmann J, Just J, Schnakenberg R, Weckbecker K, Weltermann B, Münster E. Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - A cross-sectional study among German general practitioners. *BMC Family Practice* 2019;25:20. DOI: 10.1186/s12875-019-0920-0
- Filbert A, Jaeger S, Weltermann B (2020). Acceptance and self-reported use of a dementia care toolbox by general practice personal: results from an intervention study in German practices. *BMC Family Practice* 2020;21:264. Doi:10.1186/s12875-020-01345-0
- Jäger S, Filbert A, Welchowski T, Weltermann B (2020). Effects of the dementia care toolbox on personnel's self-reported confidence in patient care: a CRT in general practices. *BMC Family Practice* 2021;22:231. Doi: 10.1186/s12875-021-01577-8

5.2 Kongressbeiträge

- Tillmann J, Schnakenberg R, Puth M-T, Weckbecker K, Just J, Münster E. 6.10-P11 Barriers in general practitioners' dementia diagnostics among patients with a migration background in Germany (BaDeMi). 1st World Congress On Migration, Ethnicity, Race and Health. *European Journal of Public Health* 2018, doi:10.1093/eurpub/cky048.216.
- Tillmann J, Schnakenberg R, Just J, Weckbecker K, Puth M-T., Münster E. Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund (BaDeMi). Welchen Herausforderungen müssen sich Hausärzte/Innen stellen? Armut und Gesundheit 2018, Public Health-Kongress in Deutschland, Berlin.
- Tillmann J, Just J, Schnakenberg R, Weckbecker K, Weltermann B, Münster E. Demenzdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund (BaDeMi-Studie). Welchen Herausforderungen müssen sich Hausärzte/Innen stellen? 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2018, Innsbruck.
- Filbert A, Jaeger S, Weltermann B. Unterstützt die Dementia-Care-Toolbox die Demenzbehandlung in Hausarztpraxen? Ergebnisse von Arzt- und MFA-Befragungen aus einer cluster-randomisierten Studie. 11. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2020, Mülheim (Submittiert)
- Filbert A, Jaeger S, Just J, Schnakenberg R, Weltermann B. Acceptance of a toolbox on dementia by German general practitioners and practice assistants: Results from a cluster-randomized study. WONCA 2020, Berlin (Akzeptiert)

6 Dank

Unser Dank gilt allen Hausärzten und MFA, die an der Studie teilgenommen haben. Zugleich danken wir allen früheren und aktuellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Hausarztmedizin, Universität Bonn, die diese Studie unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, die diese Studie dank ihrer Forschungsförderung ermöglicht hat. Der Geschäftsführerin der Stiftung, Frau Sabine Jansen, danken wir persönlich für ihre konstruktive Unterstützung.

Literatur

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366(9503):2112–7.
2. Doblhammer G. Demografie der Demenz. 1. Aufl. Bern: Huber; 2012.
3. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus: Fachserie 1 Reihe 2.2. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf?blob=publicationFile).
4. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund: - Ergebnisse des Mikrozensus 2015 -. Wiesbaden: Destatis; 2016.
5. Bundesministeriums für Familie, Frauen und Jugend. Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag: Drucksache 14/4357 2000. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93186/98ca1cfb0a9f8ac0c64ece2634bf69de/6--familienbericht-data.pdf>.
6. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. Demenz und Migration. *Alzheimer Info*. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz. Verfügbar unter: https://shop.deutsche-alzheimer.de/sites/default/files/alzheimer_info/pdf/alz_info_2015-1.pdf.
7. Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, Lawlor B. Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(4):319–24.
8. Stewart TV, Loskutova N, Galliher JM, Warshaw GA, Coombs LJ, Staton EW et al. 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* 2014; 27(2):275–83.
9. Hansen EC, Hughes C, Routley G, Robinson AL. General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis. *Soc Sci Med* 2008; 67(11):1776–83.
10. Nielsen TR, Waldemar G. Knowledge and perceptions of dementia and Alzheimer's disease in four ethnic groups in Copenhagen, Denmark. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016; 31(3):222–30.
11. van Wezel N, Francke AL, Kayan Acun E, Deville WL, van Grondelle NJ, Blom MM. Explanatory models and openness about dementia in migrant communities: A qualitative study among female family carers. *Dementia (London)* 2016.

12. Phillips J, Pond CD, Paterson NE, Howell C, Shell A, Stocks NP et al. Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract* 2012; 62(601):53.
13. Pathak KP, Montgomery A. General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging Ment Health* 2015; 19(10):912–20.
14. Mukadam N, Cooper C, Basit B, Livingston G. Why do ethnic elders present later to UK dementia services? A qualitative study. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(7):1070–7.
15. Segers K, Benoit F, Colson C, Kovac V, Nury D, Vanderaspolden V. Pioneers in migration, pioneering in dementia: first generation immigrants in a European metropolitan memory clinic. *Acta Neurol Belg* 2013; 113(4):435–40.
16. Mukadam N, Cooper C, Livingston G. A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26(1):12–20.
17. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry* 2008; 23:14–20.
18. LoGiudice D, Hassett A, Cook R, Flicker L, Ames D. Equity of access to a memory clinic in Melbourne?: Non-English speaking background attenders are more severely demented and have increased rates of psychiatric disorders. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2001; 16(3):327–34.
19. Haralambous B, Dow B, Tinney J, Lin X, Blackberry I, Rayner V et al. Help seeking in older Asian people with dementia in Melbourne: using the Cultural Exchange Model to explore barriers and enablers. *J Cross Cult Gerontol* 2014; 29(1):69–86.
20. Nielsen TR, Vogel A, Riepe MW, Mendonca A de, Rodriguez G, Nobili F et al. Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(1):86–95.
21. Boughtwood D, Shanley C, Adams J, Santalucia Y, Kyriazopoulos H, Pond D et al. Dementia information for culturally and linguistically diverse communities: sources, access and considerations for effective practice. *Aust J Prim Health* 2012; 18(3):190–6.
22. Söderman M, Rosendahl SP. Caring for Ethnic Older People Living with Dementia - Experiences of Nursing Staff. *J Cross Cult Gerontol* 2016; 31(3):311–26.
23. Deutscher Bundestag. Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung. Anspruch und Kostenübernahme: Sachstandsbeschluss WD 9-3000-021/17 2017. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/blob/514142/d03782888dd292a2ed12cffd271d8ecb/wd-9-021-17-pdf-data.pdf>.

24. Nielsen TR, Andersen BB, Kastrup M, Phung TKT, Waldemar G. Quality of dementia diagnostic evaluation for ethnic minority patients: a nationwide study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2011; 31(5):388–96.
25. Meeuwesen L, Twilt S, Thijs JD ten, Harmsen H. "Ne diyor?" (What does she say?): informal interpreting in general practice. *Patient Educ Couns* 2010; 81(2):198–203.
26. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2005; 62(3):255–99.
27. Leanza Y, Boivin I, Rosenberg E. Interruptions and resistance: a comparison of medical consultations with family and trained interpreters. *Soc Sci Med* 2010; 70(12):1888–95.
28. Liu D, Hinton L, Tran C, Hinton D, Barker JC. Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *J Cross Cult Gerontol* 2008; 23(3):283–99.
29. Daker-White G, Beattie AM, Gilliard J, Means R. Minority ethnic groups in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging Ment Health* 2002; 6(2):101–8.
30. Eh K, McGill M, Wong J, Krass I. Cultural issues and other factors that affect self-management of Type 2 Diabetes Mellitus (T2D) by Chinese immigrants in Australia. *Diabetes Res Clin Pract* 2016; 119:97–105.
31. Shanley C, Boughtwood D, Adams J, Santalucia Y, Kyriazopoulos H, Pond D et al. A qualitative study into the use of formal services for dementia by carers from culturally and linguistically diverse (CALD) communities. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:354.
32. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften; 2017.
33. Schers H, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. *Fam Pract* 2005; 22(1):15–9.
34. Riedel-Heller SG, Schork A, Fromm N, Angermeyer MC. Demenzkranke in der Hausarztpraxis - Ergebnisse einer Befragung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2000; 33(4):300–6.
35. Diaz E, Kumar BN, Engedal K. Immigrant patients with dementia and memory impairment in primary health care in Norway: a national registry study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015; 39(5-6):321–31.
36. Livingston G, Leavey G, Kitchen G, Manela M, Sembhi S, Katona C. Mental health of migrant elders--the Islington study. *Br J Psychiatry* 2001; 179:361–6.

37. Nielsen TR, Vogel A, Phung TKT, Gade A, Waldemar G. Over- and under-diagnosis of dementia in ethnic minorities: a nationwide register-based study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26(11):1128–35.
38. Statistisches Bundesamt (Destatis). Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus) - Fachserie 13 Reihe 1.1. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/KrankenversicherungMikrozensus2130110159004.pdf;jsessionid=31AA86704A1931EFF752B2B34644EE64.InternetLive1? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/KrankenversicherungMikrozensus2130110159004.pdf;jsessionid=31AA86704A1931EFF752B2B34644EE64.InternetLive1?blob=publicationFile).
39. Mason RL, Annear MJ, Lo A, McInerney F, Tierney LT, Robinson AL. Development and preliminary psychometric properties of the General Practitioner Attitudes and Confidence Scale (GPACS-D) for dementia. *BMC Fam Pract* 2016; 17:105.
40. Tillmann J, Just J, Schnakenberg R, Weckbecker K, Weltermann B, Münster E. Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - A cross-sectional study among German general practitioners. *BMC Fam Pract* 2018.
41. Tillmann J, Schnakenberg R, Puth M-T, Weckbecker K, Just J, Münster E. Barriers in general practitioners' dementia diagnostics among people with a migration background in Germany (BaDeMi)- Study protocol for a cross-sectional survey. *BMC Medical Research Methodology* 2018.
42. Filbert A, Jaeger S, Just J, Schnakenberg R, Weltermann B. Acceptance of a toolbox on dementia by German general practitioners and practice assistants: Results from a cluster-randomized study. *WONCA 2020, Berlin (Akzeptiert)*.