

# Der Bilanzierungsdialog in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz – ein Pilotprojekt

## Review Dialogue in Primary Care of Patients with Dementia – a Pilot Project

Julia Gärtner<sup>1</sup>, Günther Egidi<sup>2</sup>, Ottomar Bahrs<sup>3</sup>

### Hintergrund

Unter den chronischen Krankheiten stellt eine Demenz besondere Anforderungen an die Beziehung zwischen Hausärzten und Hausärztinnen (HA) und Patienten und Patientinnen (PA) und erfordert langfristig die Kooperation mit pflegenden und begleitenden Angehörigen. Individuelle Bedürfnisse und (Be-)Handlungspläne können durch einen Bilanzierungsdialog (BD) neu ausgelotet werden, ein dem Erstgespräch ähnliches Format, das sich in der Langzeitversorgung von Menschen mit chronischer Krankheit bereits bewährt hat.

### Methoden

Die Pilotierung des BD durch den Hausarzt (HA) mit einem demenzkranken Patienten (PA) und dessen Ehefrau ging der Frage nach, inwieweit ein BD bei der hausärztlichen Begleitung von Demenzkranken hilfreich sein kann. Die Auswertung der sequenziellen Analyse des videodokumentierten Gesprächs diskutierten HA und Forscher gemeinsam.

### Ergebnisse

Durch das trialogisch (Trialog: gleichberechtigtes Gespräch dreier Gruppen) geführte Bilanzierungsgespräch (tB) wird der Lebensweltkontext des PA sichtbar, zwischen PA und Ehefrau wurden zentrale Beziehungsaspekte reinszeniert und implizite, biografische, auch über den Krankheitskontext hinaus wirksame Themen traten hervor. Im gemeinsamen Feedbackgespräch über das tB wurde der Stellenwert der erlebten und handlungswirksamen Anamnese des HA verdeutlicht. Dies führte bei Forschern und HA zu einem tieferen Fallverständnis.

### Schlussfolgerungen

Das Konzept BD birgt Potenzial zur Auslotung der Anforderungen an die HA-PA-Beziehung im Hinblick auf die für Demenz typische Gesprächskonstellation zu dritt unter Begleitung von PA durch eine ihrer Bezugspersonen. Aufgrund der drohenden Entindividualisierung der an Demenz erkrankten Menschen im Krankheitsverlauf ist fallspezifisch zu prüfen, welche Modifikationen bei der Umsetzung des BD ggf. erforderlich sind.

### Schlüsselwörter

Demenz; Bilanzierungsdialog; chronische Krankheit; Hausarzt-Patienten-Beziehung; Trialog

### Background

In the long-term care of chronic illness, the diagnosis of dementia is a challenge for the established doctor-patient-relationship. It also requires long-term cooperation with nursing and accompanying relatives. Individual requirements and treatment plans can be recalculated through the review dialogue (RD), a kind of consultation which is comparable to the initial interview, and which has already been approved in the long-term care of people with chronic illness.

### Methods

A pilot run of the RD done by the family physician (FP) in the primary care of people with dementia pursue the question to what extent the RD can be helpful. The video-documented consultation was sequentially analyzed and the reflection of the interaction jointly discussed by FP and researchers.

### Results

The RD realized as a trialogue enabled the patient's environment to become visible. Central aspects of the relationship between patient and relative have been restaged during the conversation, and implicit, biographical topics emerge which are relevant beyond the disease context. In the joint feedback discussion on this RD in addition to the medical history experience of the FP could be explicated. This led to a deeper case-understanding by researchers and FP.

### Conclusions

The concept of the RD has the potential to explore the requirements of the FP-patient-relationship regarding the dementia-typical conversational constellation of three parties (FP, patient, accompanying caregivers). Due to the impending deindividualization of people suffering from dementia in the course of the illness, it must be examined case-specifically which modifications may be required in the implementation of the RD.

### Keywords

Dementia; review dialogue; chronic illness; doctor-patient-relationship; trialogue; family medicine

<sup>1</sup> Arbeitsbereich Ausbildungsforschung, III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg

<sup>2</sup> Inhaber einer hausärztlichen Praxis, Bremen

<sup>3</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Peer-reviewed article eingereicht: 09.05.2019, akzeptiert: 16.06.2019

DOI 10.3238/zfa.2019.0501-0505

## Hintergrund

Hausärzte und Hausärztinnen (HA)\* sind meist die ersten Ansprechpersonen für ihre Patientinnen und Patienten (PA) und koordinieren zwischen den Professionen im Gesundheits- und Sozialbereich [1]. Eine Demenzerkrankung kann im Rahmen einer langjährigen hausärztlichen Behandlung zu neuen Herausforderungen führen, die die HA-PA-Beziehung verändern und besonderen Gesprächsbedarf erfordern [2]. Gerade die gute Kenntnis des demenz erkrankten PA kann ein Hindernis für das Erkennen einer Demenz durch den HA darstellen [3]. Mit dem chronischen, progressiven Verlauf dieser Erkrankung und der damit häufig einhergehenden Multimorbidität ergibt sich eine vielschichtige Problemlage [4]. Für eine optimale Betreuung ist die Kooperation aller Akteure im Patientenumfeld notwendig [5]. Demenz als Familienthema heißt, dass PA und Angehörige begleitet und behandelt werden. Dabei sind verschiedene Perspektiven und Interessen zu berücksichtigen. Angesichts dieser komplexen Situation können unausgesprochene Zielkonflikte auftreten, Behandlungsverläufe stagnieren und eine gemeinsame neue Behandlungsplanung sinnvoll werden.

Der Bilanzierungsdialog (BD) ist ein personenzentriertes Gesprächsformat, das die Routinesituation gezielt verlässt und – vergleichbar mit einem ersten Konsultationsgespräch – Chancen zur Orientierung ermöglicht [6]. Dabei werden wechselseitige Erwartungen und Behandlungsaufträge entweder erstmals besprochen oder ggf. überprüft und neu formuliert, Verantwortlichkeiten geklärt und erforderliche Ziele vereinbart, die letztlich in einem gemeinsamen (Be-)Handlungsplan münden. Diese Kooperation festigt die HA-PA-Beziehung [6].

Es gibt bislang kaum empirische Untersuchungen zu hausärztlichen Gesprächen mit Menschen mit Demenz. Erprobt wurde daher, ob das Konzept des BDs, das im Kontext der Implementation von Disease-Management-Programmen entwickelt worden war [7], auch zur

Langzeitversorgung von PA mit Demenz passen könnte und ob Modifikationen des Formats erforderlich erscheinen.

Die Pilotstudie wurde als wissenschaftlich begleitete Praxisforschung konzipiert und steht damit in der Tradition der sich etablierenden partizipativen Gesundheitsforschung. Ziel der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern, Behandlern und Betroffenen ist es, die Handelnden bei der Erforschung individueller Situationen zu unterstützen, bereits bestehende Ressourcen zu verdeutlichen und weitere Möglichkeiten zu erschließen. So können das jeweilige Vorgehen überdacht und neue Lösungsansätze entwickelt werden [8].

## Methoden

### Durchführung

Im Zuge der Datenerhebung einer Promotionsarbeit erklärte sich der HA bereit zu einer Pilotierung des BD mit einem Patienten mit Demenz und dessen Ehefrau, denen er ein solches Gesprächsformat zutraute, zu denen eine persönliche Beziehung bestand und deren Teilnahmebereitschaft er abschätzen konnte. Er klärte sie über das Projekt auf, holte das schriftliche Einverständnis inkl. Freigabe zur Videoaufzeichnung für die Forschung ein und führte ein 18-minütiges Bilanzierungsgespräch als Trialog (Triolog: gleichberechtigtes Gespräch dreier Gruppen; tB) außerhalb der üblichen Sprechzeiten durch. Der HA sprach erst mit dem Patienten über das Leben mit der Krankheit, danach mit der Ehefrau über Hilfsangebote, abschließend erfolgten Erzählungen über die gemeinsame Biografie des Ehepaares (Abb. 1).

## Auswertung

### Gesprächsanalyse

Die transkribierten Daten wurden auf Basis der strukturalen Hermeneutik nach Oevermann [9] sequenzanalytisch in Gruppen diskutiert. Dies richtet den Blick über das Verhalten des Professionellen hinaus auf die gesamte Interaktion und fragt nach der

Bedeutung (non-)verbaler Ausdrucksformen für eine gemeinsame Sicht der Dinge durch HA und PA. So lassen sich fallspezifisch Interaktionsmuster herausarbeiten mit Hypothesen über deren Sinn.

## Reflexion zwischen HA und Forschern

Anliegen des HA im 2,5-stündigen gemeinsamen Auswertungsgespräch war die Reflexion des eigenen kommunikativen Verhaltens. Teilergebnisse der Sequenzanalyse wurden dafür aufbereitet und anhand eines Handouts und der Originalsequenzen aus der Gesprächsaufzeichnung miteinander diskutiert und hinsichtlich der kommunikativen Aspekte validiert.

## Analyse der Reflexion

Mittels struktural hermeneutischer Analyse des Reflexionsgesprächs wurden weiterführende Hypothesen über die Interaktionsdynamik unter Einbezug der hausärztlichen Perspektive und hinsichtlich alternativer Deutungsmöglichkeiten formuliert.

## Ausgewählte Ergebnisse ...

### ... der Gesprächsanalyse

#### Ressourcenorientierung

Der HA bezeichnete die Unbekümmertheit des PA als Geschenk und die Ehefrau als einen Schatz. Über die Gelassenheit bestand bei allen Anwesenden Einigkeit (II). Der HA lobte die Bewältigungsleistung der Ehepartner. Durch seinen Vergleich der Ehepartner drückt er sowohl die Wertschätzung der Situation als auch seine Sorge um die Ehefrau aus (III). Die Ehefrau erwähnte ein ärztliches Lob für ihre Fürsorge während einer früheren Tuberkulose ihres Mannes. Dies legt die Hypothese nahe, dass sie in der Aussage des HA eine Aufforderung zur besseren Leistung verstanden haben könnte (IV).

#### Entlastungsangebote

Auffällig im tB sind die vom HA facettenreich formulierten Entlastungsangebote – von Pflegeantrag

\* In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen aller Geschlechter.

**Legende:** HA=Hausarzt; PA=Patient; E=Ehefrau,(...)=Auslassung von Sinneinheiten innerhalb eines Sprechaktes; [...] =Auslassung ganzer Abschnitte zwischen den Sprechakten; ((Kommentar))=Forscherkommentar; (!)=hervorhebende Betonung

**I. Diagnosestellung**

HA: (...) wir haben gemerkt, dass das (...) Gedächtnis nicht mehr so (...) funktioniert (...) wie es sein müsste  
 PA: fürs Alter. Das lässt natürlich sowieso immer mehr nach je älter man wird aber das ist sozusagen in einem bestimmten (...) Maße normal und es kann über's normale Maß hinausgehen. Und das macht natürlich auch was mit einem selber.

**II. Herausforderungen**

HA: (...) eine Demenzkrankheit ist nie eine Krankheit von einem sondern immer eine Angelegenheit der Familie (...)  
 PA: Ich bin ja froh, wenn meine Frau mich unterstützt!  
 [...]
 HA: (...) Dann haben Sie erst mal einen Schatz an Ihrer Seite.  
 [...]
 PA: Ich nehm's so hin wie's ist. Watt solls.  
 HA: (...) das ist eine Kunst(!) (...) beziehungsweise ein eine Gabe. (...) Es ist ein Geschenk! Dann können Sie wahrscheinlich auch nix für (...) das ist Ihnen einfach wahrscheinlich in die Wiege (...) gelegt worden (...) das Ihnen die Natur oder wer auch immer das geschenkt hat, dass Sie (...) unbekümmert sein können (...)  
 E: Er is gelassen. Er ist überall gelassen.  
 PA: Gelassen ah war ich schon immer.  
 [...]
 HA: Und nach meiner Erfahrung ist es häufiger so, dass (...) die Angehörigen (...) von Personen mit Demenz (...) meistens eher (...) in die Knie gehen.

**III. Pflegeantrag**

HA: Und die Frage ist, ob es möglich ist für Sie vorübergehend mal eine kleine Auszeit einzubauen.  
 E: Das geht ja nicht für uns.  
 [...]
 PA: Das halte ich nicht für erforderlich.  
 [...]
 HA: Ja Sie machen das gut, alle beide! Also Sie ((auf den Patienten zeigend)) machen's fast besser, bei Ihnen ((auf die Angehörige zeigend)) hab ich immer n'bißchen Sorge. (...) Sie wissen schon warum.  
 E: Jaja.  
 [...]
 PA: Hm. Darf ich das nicht wissen?  
 HA: Doch! (...) Ihre Frau, die reißt mehr als sie eigentlich kann.

**IV. Biografie**

HA: Ja gut. Aus meiner Sicht läuft das. Ja? (...) ich finde das ganz gut sich zwischendurch mal darüber zu verständigen wie gehts (...) einem mit so einer Erkrankung. Das ist ja was wo man nix für kann.(...) Das kommt einfach und der eine hat Glück und der andere nicht. (...) Das ist nicht immer gerecht(!).  
 E: Ich habe ja mit ihm ja auch schon einiges durchgemacht gehabt. Ich habe ihn ja kenngelert da war er gerade von der Schippe gesprungen. TBI! (...) bin ich auch gelobt worden, dass ich ihm so wieder gut hingekriegt habe.  
 PA: Das war ja meine Unvernunft  
 HA: Ja? (...) Weswegen waren Sie so unvernünftig?  
 [...]
 E: Er hat so richtig sein Leben genossen.  
 [...]
 HA: Jeder hat seine bunte Geschichte.  
 [...]
 PA: Naja. Die Zeiten sind vorbei!  
 E: Eh?  
 ((alle lachen))

Abbildung 1 Kurzdarstellung des Gespräches anhand von Beispielsequenzen

(III), über Normalisierungen und Legitimierungen des Gedächtnisverlustes (I) bis hin zur Abmilderung der Verantwortung bzgl. Krankheit „wo man nix für kann“ (IV) und deren Bewältigung eine „Gabe“ ist (II). Allerdings griff die Ehefrau dies nicht auf, sondern erzählte, wie ihr Ehemann sich etwas „zu Schulden“ hat kommen lassen und verwies auf seinen hedonistischen und ungesunden Lebensstil (IV). Dies führte zur Hypothese über ein ungeklärtes Schuldthema beim Ehepaar. Der latente Ausdrucksgehalt im Text ist sinnlogisch anhand des biografisch begründeten Sinnüberschusses bzgl.

des Schuldthemas herleitbar, dem durch Reduktion auf die Erkrankung Demenz nicht Rechnung getragen werden kann.

Es zeigten sich verschiedene Standpunkte zum Hilfsangebot Pflegeantrag. Die Zurückhaltung der Ehefrau gegenüber dem Pflegeantrag könnte der Wahrung ihrer identitätsstiftenden Rolle als Pflegenden und Fürsorgenden dienen und der Veränderung der Paarbeziehung vorbeugen. Die Ablehnung des Pflegeantrags durch den PA ließe sich als Selbstbestimmungserhalt verstehen oder auch Leugnung seiner Krankheit (III).

## Unbesprochene Behandlungsziele

Die für den BD zentrale Dimension der Behandlungsziele [10] wurde im tB nicht thematisiert.

## ... der Reflexion

### Patient als „Selbstläufer“

Vor dem Hintergrund zunehmend verschwimmender Subjektgrenzen seines PA war es dem HA ein Anliegen, die noch bestehenden Ressourcen zu verdeutlichen. In der Reflexion benannte er den PA als „Selbstläufer“ und somit auch als eine Ressource für den HA.

### Proaktive Fürsorgehandlung

Der HA betonte, dass das Thema Schuld häufig im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen wie beispielsweise Demenz auftritt. Seine Entlastungsangebote betrachtet er als Impulse, dem PA das Gefühl zu nehmen, etwas falsch gemacht zu haben. Das Leid sieht er bei der Ehefrau, die ebenfalls seine PA ist und um die er sich sorgt.

### Erlebte Anamnese

Zu den nicht besprochenen Behandlungszielen meldete der HA zurück, dass er auf Basis seines Literaturwissens den Schwerpunkt des BD in der Ressourcenorientierung sah. Aus dem häufig erlebten Verlauf einer Demenz folgert er, dass sein PA keine Ziele mehr hat und ein Versuch der Zielklärung nicht angebracht ist.

## ... der Analyse der Reflexion

### Verwicklung in die Ehedynamik

Der HA ist hier in eine Ehedynamik verwickelt. Seine Deutung der Patientenhaltung als Unbekümmertheit gegenüber der Bedrohlichkeit der Demenz korrespondiert mit der Deutung des Ehepaars (II). Möglich sind auch andere Deutungen wie beispielsweise Gelassenheit als Abwehr und Bewältigung von Angst. Durch eine gemeinsame Exploration von Wünschen und Zielen könnte sich der HA seinem PA weiter annähern. Gleichzeitig lässt sich die Parteilichkeit des HA als ein empathisches Mitschwingen in der Selbstsicht der begleitenden Ehefrau deuten, die nie genug zu leisten glaubt. Der Wunsch

des HA richtet sich auf das Veränderungspotenzial der Ehefrau. Er äußert seine Sorge vor ihrer gesundheitlichen Überlastung und sucht sie für die Relevanz der Selbstfürsorge zu sensibilisieren. Die triadische Konstellation mit diesen ungleichberechtigten Ehepartnern und die damit verbundenen Interessenkonflikte werden sichtbar.

### Unbesprochene Handlungsalternativen

Bemerkenswert ist, dass der HA im tB auf das implizite Schuldthema proaktiv und mit expliziten Entlastungsangeboten reagiert. Im Sinne einer Fürsorge kompensiert der HA so das vermutete Unvermögen des PA, ein tabuisiertes Thema anzusprechen. Andererseits könnte eine solche Vorwegnahme auch eine Thematisierung verhindern.

Dies führte die Ehefrau – entgegen dem Ansinnen des HA – zur Thematisierung von Schuld, der sich auch der PA nicht mehr entziehen konnte (IV). Um einer solchen Dynamik vorzubeugen, kann die Frage sinnvoll sein, ob hier für die Betroffenen überhaupt ein Problem vorliegt. Denkbar ist beispielsweise folgende Annäherung: „Oft ist es ja so, dass sich nach der Feststellung einer langwierigen Erkrankung die Betroffenen und Angehörigen fragen: Warum hat es mich/uns getroffen? Habe/n ich/wir etwas falsch gemacht?“ Daraufhin sind Konkretisierungsfragen möglich wie „Wie ist das bei Ihnen?“.

In der Annahme unveränderbarer Charakterzüge seines PA bei gleichzeitiger Befürchtung vor dem Zerfall eben dieser Persönlichkeit prägt der HA das tB durch sein Bemühen um Einflussnahme. Er erfährt aber auch Grenzen und Zurückweisung beim Angebot zum Pflegeantrag, was Differenzen hinsichtlich der Wünsche und Ziele aller Beteiligten vermuten lässt, die nicht thematisiert werden. Eine Nachfrage zu Prioritäten und alternativen Zukunftsentwürfen sind an dieser Stelle denkbar.

### Handlungswirksame „erlebte Anamnese“

Die „erlebte Anamnese“ führte zur Annahme, dass der PA ziellos ist und unterschätzt dabei möglicherweise

dessen Potenziale [11]. Insofern kann es eine erste Aufgabe des BD mit Menschen mit Demenz sein, auszuloten, ob Gespräche über eigene Ziele möglich sind. Durch den BD, verstanden als Neubeginn, könnten Annahmen oder diagnostische Hemmnisse, die aus der langjährigen HA-PA-Beziehung hervorgehen, überprüft bzw. aufgeweicht werden [12].

### Umsetzung in der Praxis

Für den beteiligten HA war die – unüblich intensive – Analyse sehr bereichernd. Die fehlende Ziel-Diskussion interpretiert er als dem normalen Verlauf einer Demenz entsprechend. Seine implizite Vorwegnahme eines Schuld-Diskurses in Hinsicht auf die Demenz-Diagnose war, so lernte er, möglicherweise nicht unbedingt



### Mag. Julia Gärtner ...

... ist Soziologin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Bereich Ausbildungsforschung und Doktorandin an der Georg-August-Universität Göttingen, Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie.

sinnvoll. Die kundige Detailanalyse kommunikativer Prozesse erlebte er als ausgesprochen hilfreich – nicht nur zur Reflexion des eigenen Gesprächsverhaltens, sondern auch für das Kommunikations-Training mit Weiterzubildenden.

### Diskussion

Die Pilotierung veranschaulicht die mit der „Demenz als Angelegenheit der Familie“ (II) einhergehende und im HA-PA-Gespräch handlungswirksame Perspektivenvielfalt in Spannungsfeldern mit impliziten Themen, hausärztlichen Glaubenssätzen [13] und Hypothesen.

Die Reflexion ermöglichte die gemeinsame explizite Erschließung bisher versteckter Themen und sensibilisierte den HA für die Möglichkeit, die Potenziale des PA zu unterschätzen. Damit ergaben sich mögliche Schritte für die weitere Behandlung.

Für den HA wurden demenzspezifische Herausforderungen in der Interaktion mit der Ehefrau erlebbar. Der innere Konflikt der Ehefrau wurde im BD als Paarkonfliktthema inszeniert, das vom Ehepaar in einer biografischen Kontinuität gesehen wird und so der demenzspezifischen Deutung des HA gegenübersteht.

Qualitative Studien zur Versorgung von Menschen mit Demenz widmen sich den Perspektiven der Betroffenen [14] und zeigen wichtige Aspekte der Personenzentrierung auf [15]. Sie betonen Chancen für erweiterte Wahrnehmung durch videogestützte Gruppendiskussionen [16], Alltagsnähe und klinische Relevanz von Gesprächsanalysen [17] und leiten Versorgungsansätze ab [18]. Sind Diskussionen über Behandlungs- und Gesundheitsziele mit Personen mit Demenz möglich und sinnvoll? Die Literaturlage ist uneindeutig. Bogardus et al. [19] zufolge konnten Betroffene trotz kognitiver Beeinträchtigungen Ziele formulieren. Tilburgs et al. [20] empfehlen, im Gespräch an die gegenwärtige Lebenswelt und die nahe Zukunft anzuknüpfen. Zukunftsorientierte Gespräche ermöglichen ein Aufgreifen von Ressourcen – dies war auch im Pilotgespräch spürbar.

Die Pilotierung bietet einen Blick auf konkrete Interaktionsherausforderungen bei gleichzeitigem Hervorheben der Potenziale eines ressourcenorientierten Gesprächsformats. Eine Reflexion mit dem PA ist nicht erfolgt, auch die Forschung hat bei der Einbeziehung von Betroffenen Entwicklungsbedarf.

Der BD kann HA in der Versorgung von Menschen mit Demenz dabei unterstützen, gemeinsam mit PA und Angehörigen individuelle Ziele und Prioritäten zu besprechen, die Passung von Hilfsangeboten zu überprüfen und dabei erlebte Herausforderungen zu thematisieren. Er kann durch vorbereitende und begleitende interaktive Fortbildungen

in die hausärztliche Praxis Einzug halten. Weitere systematische – und bestenfalls partizipative – Forschung zu Modifikationen des BD erscheint nützlich, um das Potenzial des Formats bestmöglich auszuschöpfen.

In jedem Fall wurde die Testung des dialogisch geführten Bilanzierungsgesprächs vom HA als ausgesprochen hilfreich erlebt. Die Machbarkeit wurde beispielhaft positiv getestet. Dem erheblichen Zeitaufwand steht ein bereichernder Erkenntnisgewinn zur Grundeinstellung des PA und seiner Ehefrau sowie zum eigenen Kommunikationsverhalten gegenüber.

**Danksagung:** Dank gilt dem Ehepaar für das Vertrauen und die Bereitschaft zur Teilnahme. Als Anwender und Pionier in der Ausweitung des BD auf PA mit Demenz sowie Modifikation zu einem Dialog betrat der HA Neuland mit hohen Anforderungen. Hohe Anerkennung und Dank für diese große Leistung.

#### Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

#### Literatur

1. Van den Bussche H, Jahncke-Latteck ÄD, Tetzlaff B, et al. Ambulante Versorgung zuhause lebender Patienten mit Demenz. Reichen die Versorgungsleistungen aus? *Z Allg Med* 2012; 88: 513–519
2. Abholz HH, Pentzek M. Hausärztliche Versorgung von Patienten mit einer Demenz – Gedanken auf Basis von Alltagserfahrung und empirischen Befunden. *Z Allg Med* 2007; 83: 61–65
3. Pentzek M, Fuchs A, Wiese B, et al. General practitioners' judgment of their elderly patients' cognitive status. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 1314–1317
4. Stoffers T (Hrsg.). Demenz erleben. Innen- und Außensichten einer vielschichtigen Erkrankung. Heidelberg, Berlin: Springer, 2016
5. Van den Bussche H, Ernst A, Jahncke-Latteck ÄD, Schramm U. Verbesserung der Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten bei Demenzpatienten – Erste Ergebnisse der Interventionsstudie KOVERDEM. *Gesundheitswesen* 2009; 71: A73
6. Bahrs O. Bilanzierungsdialog. Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. *GGW* 2011; 11: 7–15
7. Bahrs O, Matthiessen PF (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Hans Huber 2007
8. Wright M, Nöcker G, Pawlis S, Walter U. Partizipative Gesundheitsforschung – ein neuer Ansatz für die Präventionsforschung. *Präv Gesundheitsf* 2013; 8: 119–121
9. Oevermann U. Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Kraimer K (Hrsg.). Die Fallrekonstruktion – Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt: Suhrkamp, 2000: 58–156
10. Bahrs O, Henze KH, Löwenstein F, et al. Review dialogues as an opportunity to develop a person-related overall diagnosis. *Int J Pers Cent Med* 2015; 5: 112–119
11. Hollnagel H, Malterud K, Witt K. Men's self-assessed personal health resources: approaching patients' strong points in general practice. *Fam Pract* 2000; 17: 529–534
12. Bahrs O. „Oh God, there are people respecting me, indeed.“ – Review dialogues as an opportunity to initiate processes of de-stigmatizing. *Dyn Psychiatr* 2018; 51: 44–62
13. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Churchill Livingstone, 2000
14. Bunn F, Burn A-M, Robinson L, et al. Healthcare organisation and delivery for people with dementia and comorbidity: a qualitative study exploring the views of patients, carers and professionals. *BMJ Open* 2017; 7: e013067
15. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *J Clin Nurs* 2010; 19: 2611–2618
16. Hung L, Phinney A, Chaudhury H, Rodney P. Using video-reflexive ethnography to engage hospital staff to improve dementia care. *Glob Qual Nurs Res* 2018; 5: 2333393618785095
17. Kindell J, Keady J, Sage K, Wilkinson R. Every conversation in dementia: a review of the literature to inform research and practice. *Int J Lang Commun Disord* 2017; 52: 392–406
18. Wangler J, Fellgiebel A, Mattlinger C, Jansky M. Diagnostik und Versorgung der Demenz – eine Herausforderung für die Hausarztmedizin. *Z Allg Med* 2018; 94: 12–16
19. Bogardus ST, Bradley EH, Tinetti ME. A taxonomy for goal setting in the care of persons with dementia. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 675–680
20. Tilburgs B, Vernooij-Dassen M, Koopmans R, et al. The importance of trust-based relations and a holistic approach in advance care planning with people with dementia in primary care: a qualitative study. *BMC Geriatr* 2018; 18: 184

#### Korrespondenzadresse

Julia Gärtner  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Innere Medizin  
III. Medizinische Klinik und Poliklinik  
Arbeitsbereich Ausbildungsforschung  
Martinistr. 52, W37  
20246 Hamburg  
ju.gaertner@uke.de