

Potenziale und Barrieren von Positive Health: eine qualitative Untersuchung zu Implikationen und Bedarfen für eine nachhaltige Implementierung im deutschen Gesundheitswesen

DENNIS PRÄSCHER UND MIRIAM MARTINOVIC

Einleitung

In Anbetracht der demografischen Entwicklungen steht das deutsche Gesundheitssystem vor erheblichen Herausforderungen, die sich in Zukunft voraussichtlich weiter verschärfen und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung nachhaltig gefährden (3). Die steigende Lebenserwartung führt zu einer wachsenden Zahl chronisch kranker Menschen mit komplexen Krankheitsbildern. Gleichzeitig verursacht der Fachkräftemangel in der Pflege und Medizin regionale Versorgungsengpässe und längere Wartezeiten. Diese Entwicklungen belasten die Primärversorgung zunehmend und erfordern innovative Lösungsansätze (3).

Bereits 1948 proklamierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit und erweiterte diesen Begriff um die Aspekte des „vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Dennoch kritisierten Huber et al. diese Definition als zu statisch. Gesundheit sei ein dynamischer Prozess, der sich ständig verändert und (auch) von individuellen Ressourcen und Fähigkeiten abhängt. Ausgehend von dieser Kritik entwickelten sie ein eigenes, dynamisches Gesundheitsmodell: „Positive Gesundheit“ (PG) (4).

Die PG beruht auf der Salutogenese und betrachtet Gesundheit ganzheitlich. Sie eröffnet neue Wege für eine lösungsorientierte Gesundheitsversorgung, indem sie die Menschen befähigt, Kontrolle über das eigene Wohlbefinden zu übernehmen. Dies geschieht durch gezielte Förderung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Postuliert wird, dass PG entscheidend zur Bewältigung aktueller Herausforderungen des Gesundheitssystems und zur Gesundheitsförderung der Bevölkerung beitragen kann (5).

In einem zweisemestrigen Forschungsprojekt haben Masterstudierende der Studiengänge Public Health und Interprofessionelles Management in der Gesundheitsversorgung an der Hochschule Fulda unter der Leitung von Prof. Dr. Margit Christiansen und Dr. Ottomar Bahrs die Umsetzung des PG-Ansatzes im interprofessionellen Arbeitskontext untersucht. Ziel war es, mithilfe von Expert*inneninterviews anwendungsbezogene Potenziale des Beratungskonzepts zu identifizieren, Barrieren bei Implementierung und Anwendung im deutschen Gesundheitswesen zu ergründen und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Positive Gesundheit als innovatives Konzept

Das Beratungskonzept PG wurde 2011 in den Niederlanden initiiert (5). Ausgehend von Hubers Definition von Gesundheit als Fähigkeit, „mit sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen umzugehen und selbstbestimmt mit ihnen zu leben“ (4: 41) zielt PG darauf, die Menschen zu befähigen, ihr Gesundheitsverhalten aktiv zu gestalten und selbstbestimmt mit den Herausforderungen des Lebens umzugehen. Für die Exploration des individuellen Wohlbefindens wurde das Spinnennetzdiagramm (Abbildung 1) entwickelt, das Gesundheit in sechs Dimensionen abbildet und bei der initialen Erhebung wie bei Verlaufskontrollen eingesetzt werden kann. Wie die subjektiven Bewertungen zu verstehen sind, wird in einem personenzentrierten Gespräch („alternativer Dialog“) geklärt, Veränderungswünsche besprochen und darauf aufbauend konkrete Handlungsschritte erarbeitet (4). Der Ansatz ermöglicht eine lösungsorientierte Betrachtung von Krankheit und Gesundheit mit dem Fokus auf einem sinnerfüllten Leben.

MEINE POSITIVE GESUNDHEIT

- Für sich selbst sorgen
- Seine Grenze kennen
- Gesundheitskompetenz
- Mit Zeit umgehen
- Mit Geld umgehen
- Arbeiten können
- Um Hilfe bitten können

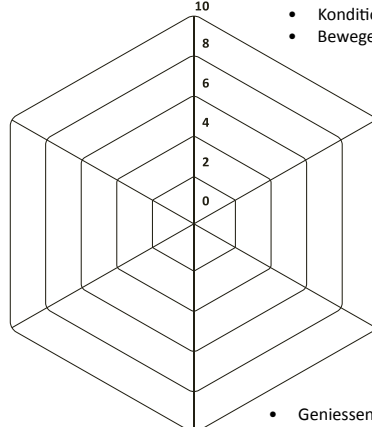


DAS TÄGLICHE
LEBEN

- Soziale Beziehungen
- Ernstgenommen werden
- Gemeinsam schöne Sachen machen
- Unterstützung durch andere
- Dazugehören
- Erfüllende Aktivitäten
- Interesse am Gesellschaftsleben



PARTIZIPATION



KÖRPERLICHE FUNKTION

- Sich gesund fühlen
- Fitness
- Keine Beschwerden oder Schmerzen
- Schlafen
- Essen
- Sexualität
- Kondition
- Bewegen



MENTALES
WOHLGEBÜHL

- Gedächtnis
- Konzentrieren
- Kommunizieren
- Fröhlich sein
- Sich selbst akzeptieren
- Umgang mit Veränderungen
- Gefühl von Kontrolle



SINNGEBUNG

- Sinnvoll leben
- Lebenslust
- Ziele erreichen wollen
- Vertrauen haben
- Akzeptieren
- Dankbarkeit
- Weiterlernen



LEBENSQUALITÄT

- Genießen
- Glücklich sein
- Sich wohlfühlen
- Lebensstabilität
- Sich sicher fühlen
- Intimität
- Wohnsituation
- Mit dem Geld auskommen

Folgendes ist mir noch besonders wichtig: _____

© IPH/PHI | Gesprächsinstrument 2.0

www.positivehealth-international.com, in collaboration with institute for Positive Health (IPH), www.positive-gesundheit.eu



Abbildung 1: Das Spinnennetzdiagramm für Erwachsene (Quelle: 4: 105)

Literaturüberblick bei Projektbeginn und Entwicklung der Fragestellung

Das Gesprächsinstrument ermöglicht einen tiefergehenden Einblick in die Lebensrealität der Selbsteinschätzenden. Über eine rein körperliche Betrachtung hinausgehend lassen sich detaillierte Informationen über den Gesundheitszustand zeitsparend erheben. Die Anwendenden können ein umfassenderes Verständnis für die alltäglichen Auswirkungen von gesundheitsbezogenen Problemen entwickeln und mittels fortlaufender Evaluation Veränderungsprozesse veranschaulichen (1). Indem die zentralen Wünsche und Bedürfnisse der Ratsuchenden in den Mittelpunkt rücken, werden deren Autonomie und die Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt. Die Patient*innen konnten sich aktiver und kooperativer am Diskurs über ihre erlebte Gesundheit beteiligen und ihre Präferenzen bzgl. unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten deutlicher artikulieren. Dies ermöglicht gezieltere und individuell angepasste Behandlungsempfehlungen. Zudem unterstützt das Tool die gemeinsame Priorisierung der Behandlungsziele und fördert ein ausgewogenes Verhältnis zwischen angestrebtem Therapieergebnis und Gesundheitskosten. So ließen sich Behandlungs- und Nachsorgeintensität personenzentriert abstimmen (9; 1).

Trotz der vielfältigen Vorteile des Dialoginstruments werden Barrieren genannt. Der Einsatz des Gesprächsleitfadens ist primär

bei komplexen Fragestellungen und chronischen Erkrankungen sinnvoll, da diese mehrere Dimensionen des Konzepts betreffen. Bei periodischen Nachsorgekonsultationen, unkomplizierten Problemen und eindeutigen Hilfeanfragen ergibt das Tool keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Bei kommunikationsfreudigen Personen, kann die dialogfördernde Wirkung des Tools zu zeitlich ausgedehnten Beratungsgesprächen führen (1).

Einige Anwender*innen zweifelten an Umfang und Relevanz des Instruments. Spezialisierten Ärzt*innen erschien die multidimensionale Ausrichtung in ihrem Arbeitsfeld nicht als zielführend, manche fühlten sich auch unsicher im Umgang damit. Dies ist jedoch weniger als Schwäche des Assessments zu werten, sondern verdeutlicht die Grenzen der individuellen Expertise (1).

Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass Anwender*innen das Konzept unterschiedlich interpretieren (9; 1). Begrenzte zeitliche Ressourcen erschweren die Umsetzung im Arbeitsalltag (1; 9; 7; 6). Die Nutzung des Tools erfordert zusätzliche Zeit, um angemessen auf die individuellen Bedürfnisse der Ratsuchenden eingehen zu können (1; 9; 6). Dies ist allerdings nicht PG-spezifisch: Auch andere Studien zeigen, dass gezielte Gesprächsbegleitung notwendig ist, da nach wie vor viele Menschen Schwierigkeiten haben, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen, sinnvoll einzuordnen und im Alltag anzuwenden (12).

Die vorliegende Untersuchung geht folgenden Fragen nach:

- ◆ Welche Potenziale werden von den Akteur*innen im Gesundheitswesen mit unterschiedlichen Erfahrungshintergründen im Rahmen der konzeptionellen Anwendung des Gesprächsinstruments wahrgenommen?
- ◆ Welche Barrieren wurden von den Akteur*innen sowohl während der Implementierung als auch während der Anwendung des Konzepts wahrgenommen?
- ◆ Was erachten die Akteur*innen als förderlich für die nachhaltige Implementierung des PG-Konzepts in die Gesundheitsversorgung?

Studiendesign

Da zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Daten zur Anwendung von PG im deutschen Versorgungskontext vorlagen, erwies sich ein qualitatives Studiendesign als notwendig, um kontextspezifische Barrieren und Gelingensbedingungen zu identifizieren.

Rekrutierung

Die Expert*innen wurden zwischen Juni 2023 und November 2023 schriftlich per E-Mail und postalisch kontaktiert. Nach positiver Rückmeldung erhielten sie einen Kurzfragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten und die Einwilligungserklärung per E-Mail. Einschlusskriterien waren: Tätigkeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung, regelmäßiger Kontakt zu behandlungsbedürftigen Personen und Vertrautheit mit dem PG-Konzept durch Schulung und/oder Anwendung in der beruflichen Praxis. Zielgruppe waren damit Sozialarbeiter*innen, Gemeindepfleger*innen oder Ärzt*innen.

Datenerhebung

Es wurden vierzehn je ca. 30-minütige semistrukturierte, leitfadengestützte Expert*inneninterviews durchgeführt. Die Fragen waren theoriegeleitet und offen formuliert, um narrative Impulse zu setzen und den Erzählfluss zu fördern. Weiterhin blieb Raum für spontane Nachfragen, um tiefere Einblicke in die jeweiligen Themenbereiche zu erlangen (2). Für Fachkundige ohne Anwendungserfahrung einerseits und für erfahrene Anwender*innen andererseits wurden dem Erfahrungsstand entsprechend unterschiedliche Interviewleitfäden entwickelt und im Standard-Pretestverfahren erprobt (10). Die Befragungen fanden telefonisch, per Videokonferenz sowie in Präsenz statt und wurden jeweils von zwei Forschenden begleitet, wobei eine/r das Interview führte und die/der andere Notizen für ein Memo anfertigte.

Bei den Befragten handelte es sich um 9 Ärzt*innen sowie je eine Gesundheits- und Krankenpflegerin (GuK), Medizinische Fachangestellte (MFA), Gesundheitsmanagerin, Soziologin sowie eine Sozialarbeiterin. Personen, die mit dem Konzept der PG vertraut sind und es anwenden ($n=7$), wurden als *Expert*innen* betrachtet. Personen ($n=7$), die entweder keine Kenntnisse über PG haben ($n=4$) oder es zwar kennen, jedoch nicht anwenden ($n=3$), wurden zur Gruppe von *Fachkundigen* zusammengefasst. Es handelte sich insgesamt um 5 männliche und 9 weibliche Befragte im Alter von 33 bis 71 Jahren, ($\bar{X}$ 49).

Datenauswertung

Die auditiven Rohdaten wurden nach Kuckartz inhaltlich-semantic transkribiert und personenbezogene Daten anonymisiert (11). Datenaufbereitung und -analyse erfolgten unter Nutzung von MAXQDA 2022 auf Basis der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (8). An der Auswertung

Akteur*innen im Gesundheitswesen (N = 14)						
	Mediziner*in	Gesundheits- und Krankenpflegerin	MFA	Gesundheitsmanagerin	Soziologin	Sozialberaterin
Expert*innen	6	1				
Mit PG-Kenntnissen	3					
Ohne PG-Kenntnisse			1	1	1	1
Gesamt	9	1	1	1	1	1
Demographie						
Geschlecht	65 % (9 TN) weiblich 35 % (5 TN) männlich					
Alter	Ø 49 Jahre 33-71 Jahre					

Tabelle 1: Samplebeschreibung (Quelle: Eigene Darstellung)

Tabelle 2: Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Phase	Beschreibung
1. Material sichten:	Relevante Textstellen markieren und Memos anfertigen
2. Hauptkategorien entwickeln:	Deduktiv aus Theorie/Leitfäden ableiten
3. Erstcodierung:	Material mit Hauptkategorien codieren
4. Subkategorien bilden:	Induktiv am Material ergänzen
5. Zweitcodierung:	Vollständiges Kategoriensystem anwenden
(Optional) Paraphrasieren:	Textstellen generalisieren
6. Kategorienbasierte Analyse:	Ergebnisse beschreiben (ggf. Häufigkeiten auswerten)
7. Dokumentation:	Ergebnisse und Methodik verschriftlichen

(Quelle: Eigene Darstellung nach 8: 132 ff.)

war die gesamte Studiengruppe beteiligt, wobei kontinuierliche Abstimmungen in Kleingruppen und im Plenum stattfanden. Der Prozess kann hier aus Platzgründen nicht detailliert beschrieben werden (vgl. zusammenfassend Tabelle 2).

Ergebnisse

Wahrgenommene Potenziale

Während die Perspektiven der Befragten aus der Gruppe der Nicht-Anwendenden, etwa eines Facharztes für Allgemeinmedizin, der den einfachen Zugang und die kostenfreie Verfügbarkeit des Konzepts hervorhob, oder einer Soziologin, die das Erkennen und Aufzeigen individueller Ressourcen betonte, auf vereinzelte Beobachtungen und theoretischen Überlegungen beruhten, schilderten die Konzeptanwendenden ihre Erfahrungen detaillierter. Die anwendungserfahrenen Expert*innen sahen im PG-Konzept die Möglichkeit eines Paradigmenwechsels von einem krankheitszentrierten zu einem selbstermächtigenden Ansatz, der die Selbstwirksamkeit der Selbsteinschätzenden durch kritische Reflexion und das Erkennen sowie Aktivieren individueller, oft latenter Stärken und Ressourcen förderte. Drei Ärzt*innen hoben hervor, dass PG nicht nur ihnen eine ganzheitliche Perspektive auf die gesundheitliche Lage der Patient*innen eröffnete, sondern auch die Ratsuchenden selbst dazu befähigte, ihre erlebte Gesundheit aktiver und selbstbestimmter zu gestalten. Ein Allgemeinmediziner verdeutlichte: *„Was ich an Positive Health gut finde, ist, dass es wirklich den Patient*innen auch eine Regie gibt und dass sie nicht einfach versorgt werden, weil sie auch nicht „versorgt“ werden wollen“*.

Ergänzend merkten ein Allgemeinmediziner und eine GuK aus dem Kreis der Konzeptanwendenden an, PG könne Menschen erreichen, die psychische Beschwerden sonst nicht thematisieren. Gleichzeitig ermöglichte das Konzept den Fachpersonen, ihren Blick über das eigene Fachgebiet hinaus zu erweitern und so ein umfassenderes Verständnis für die Gesundheitssituation der Rat-

suchenden zu entwickeln. Infolgedessen bewerteten insbesondere die Ärzt*innen das Gesprächsinstrument als nützlich, um wesentliche Anliegen und Bedürfnisse der Patient*innen bereits zu Beginn der Anamnese zu erkennen. Ein anwendungserfahrener Kinderarzt fasste prägnant zusammen: *„What really matters to the patients“*. Die visuelle Selbsteinschätzung bot einen direkten Zugang zu zentralen Themen, die aus Sicht der Betroffenen besonders relevant waren. Dies trug im Vergleich zur traditionellen Anamneseerhebung zu einer deutlichen Zeitersparnis bei.

Barrieren im Bereich der Implementierung

Für eine effektive Nutzung und nachhaltige Praxisintegration des Konzepts sind Vorarbeiten der Anwendenden erforderlich. Zum Zeitpunkt der Befragung war das Handbuch (4) nur in niederländischer und englischer Sprache verfügbar, Trainings noch selten. Der noch fehlende Zugang zu relevanten Informationen führte zu Unsicherheiten. Ein Allgemeinmediziner, der das PG-Konzept kannte, aber nicht anwandte, kommentierte: *„Das größte Problem ist eigentlich, ich muss mich sehr mühsam einlesen in das Ganze“*.

Alle befragten Fachpersonen thematisierten den Zeitaspekt. Übereinstimmend schilderten sie den mit der Implementierung verbundenen zusätzlichen Zeitaufwand. Dieser erstreckte sich über mehrere Bereiche, von der Wissensaneignung über die gemeinsame Entwicklung neuer Arbeitsabläufe bis hin zur Förderung der Akzeptanz und Etablierung im Team. Eine Psychologin, die das Konzept noch nicht praktisch einsetzte, brachte den Konsens auf den Punkt: *„Irgendwie ist es tatsächlich meistens Zeit. Diese Dinge brauchen Zeit“*.

Als weiteres Hindernis nannten die Befragten das Honorarsystem, wobei sich Experten und Fachkundige deutlich unterschieden. Unter den Nicht-Anwendenden verwiesen ausschließlich ärztliche Fachpersonen auf fehlende Honorierung als Hemmschwelle. Bei den Konzeptanwendenden war das Meinungsbild heterogen: vier Expert*innen, darunter drei mit fachärztlicher Qualifikation, kritisierten das Fehlen einer geeigneten Abrechnungssystematik, während drei weitere Ärzt*innen diese Einschätzung nicht teilten.

Eine Allgemeinmedizinerin, die das PG-Konzept in ihrer Praxis anwandte, formulierte prononciert: *„Krankheit wird bezahlt und nicht Gesundheit“*. Die Aussagen der Anwender*innen verdeutlichten, dass sie PG nicht als abrechnungsfähige Leistung praktizierten, sondern in das bestehende wirtschaftliche Umfeld integrierten. Ein Allgemeinarzt, der PG ebenfalls in seinen Praxisalltag integriert hatte, untermauerte diese Perspektive: *„[...] wenn der Patient dann so irgendwas verändert und [...] sein Diabetes dadurch verliert, [...] dann kommt er nicht mehr als Chroniker in meine Praxis und das ist ja meine Haupteinnahmequelle. Also da wird einem nochmal klar, das Hindernis liegt in unserem System selbst, was über Krankheit Geld verdient und nicht über Gesundheit“*.

Die unzureichende Vernetzung zwischen den Akteur*innen des Gesundheits- und Sozialwesens ist eine weitere Herausforderung für die Implementierung und wurde vor allem von den nicht-ärztlichen Berufsgruppen genannt. Aber auch die drei PG-praktizierenden Ärzt*innen, die das Ausbleiben der Honorierung nicht als Hindernis betrachteten, schlossen sich dieser Sichtweise an. Es fehle an regionalen Kooperationsstrukturen, um die Ratsuchenden bedarfsgerecht an geeignete Anlaufstellen weiterzuleiten. Eine MFA, die nicht mit dem PG-Konzept arbeitete, schilderte: *„Gerade, wenn ich jetzt in Bezug auf eine Arztpraxis schaue, da besteht eigentlich das Netzwerk nur aus Ärzten. [...] Es ist eher weniger, dass man zu den sozialpsychiatrischen Diensten Kontakte hat oder zu Beratungsstellen“*.

Hindernisse bei der Anwendung

Den Befragten zufolge haben einige der Selbsteinschätzenden aufgrund der Komplexität des Konzepts Schwierigkeiten, die mit dem Spinnennetz zu erhebenden Informationen zu verstehen und zu abstrahieren sowie ihren wahrgenommenen Gesundheitszustand in den sechs Dimensionen reflexiv zu bewerten. Die Verständnisprobleme traten vor allem bei Kindern, Menschen mit niedrigem Bildungsstand und Personen mit Migrationshintergrund auf. Ein anwendungserprobter Kinderarzt verdeutlichte: *„Es ist aber auch bei Erwachsenen so, dass man manchmal den Eindruck hat, es ist vielleicht ganz gut, wenn man ein bisschen daneben sitzt und gute Fragen stellt dazu oder ihm ein bisschen über die Sprünge hilft, weil es tatsächlich manchen Menschen schwerfällt, sich so zu verorten“*.

Unabhängig von ihrer Anwendungserfahrung waren sich die Befragten darin einig, dass ein fehlendes Vertrauensverhältnis ein erhebliches Hindernis darstellt. Die ganzheitliche Darstellung der individuellen Gesundheitssituation mache das Erheben äußerst sensibler Informationen unumgänglich. Besonders prägnant äußerte sich eine Psychologin, die PG nur theoretisch kannte: *„Es ist sehr intim, es ist sehr umfangreich, das kann wehtun, das so zu erheben“*. Das Bedenken wurde von Konzeptpraktizierenden bestätigt: wenn noch keine Vertrauensbeziehung aufgebaut worden sei, könnten sich die Patient*innen unter Druck gesetzt fühlen, so dass für alle Beteiligten eine unbeagliche Situation entstünde.

Anwendungserfahrene Ärzt*innen ergänzten, dass bei manchen Patient*innen bzw. in manchen Situationen das Tool nicht passe – z. B. weil kein Interesse an einer Thematisierung der selbst wahrgenommenen Gesundheit bestehe oder bereits eindeutige Anliegen für die Konsultation formuliert wurden. Eine anwendungserfahrene Hausärztin: *„Aber ich kann mir es bisher nicht vorstellen, dass ich es regelhaft einsetzen werde, [...] es müssten schon Patientinnen sein, die eher bereit sind, auch was zu reflektieren [...] Wir haben ja auch viele, viele Patienten, die einfach kommen und sagen: „Ich brauche Antibiotika““*.

Die Mehrheit der Befragten sieht das im Vergütungsrahmen kalkulierte Zeitbudget als regelhaft zu knapp an, um angemessen auf die mittels PG identifizierten Bedarfe der Ratsuchenden einzugehen. Die zunehmende Arbeitsverdichtung und der daraus resultierende Zeitmangel stellten dabei ein zusätzliches Hindernis dar. Während nahezu alle Konzeptanwendenden, mit der Ausnahme von zwei Ärzt*innen, diese Problematik äußerten, stellte sich die Situation für eine nicht-anwendende Gemeindepflegerin anders dar: *„Jetzt in meinem Fall der Gemeindepflegerin, sehe ich es nicht, weil ich mir die Zeit nehmen kann. [...] Wenn ich mich mit jemanden unterhalte und ich habe aber nur zehn Minuten Zeit, wird dieses Spinnennetz eine Herausforderung [...]“*.

Bedarfe

Die Auswertung des Datenmaterials zeigte, dass ausreichende zeitliche und finanzielle Ressourcen entscheidend für die erfolgreiche Implementierung und Anwendung des Konzepts sind. Der Einsatz des Spinnennetzdiagramms verlangt eine flexible Gestaltung der Beratungssequenzen, um individuell auf Unterstützungsbedarfe eingehen zu können. Je nach Ausprägung des Hilfebedarfs erforderte dies zusätzliche Gesprächszeit, die über die kassenfinanzierte Regelversorgung bisher nicht honoriert ist. Diesen limitierenden Faktor nannten nicht nur die Ärzt*innen sondern auch eine PG-erfahrene GuK: *„Das wäre ein Wunsch, dass wir die Beratungszeiten anpassen dürfen, aber da sind wir sehr eingegrenzt in der Finanzierung, deshalb passt das nicht“*.

Konzeptanwendende fokussierten weiterhin auf die Notwendigkeit von Weiterqualifizierung, um die Handhabung des Instruments zu optimieren. Sie wünschten sich eine gezielte Stärkung ihrer kommunikativen Fähigkeiten bzgl. der personenzentrierten Gesprächsführung. Zusätzlich zur eigenen Kompetenzentwicklung erachteten sie es als notwendig, das gesamte Team im Umgang mit dem Tool zu schulen, um einen effektiven, arbeitsteiligen Einsatz im Arbeitsalltag zu ermöglichen. Ein anwendungserfahrener Kinderarzt hob hervor: *„[...] wir brauchen im Grunde dafür noch mehr Zeit und mehr oder weniger Teamschulungen, um das noch stärker und besser zu implementieren“*.

Darüber hinaus waren sich die Befragten über die grundlegende Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung einig. Insbesondere aus Sicht der nichtärztlichen Berufsgruppen ist die Kooperation mit einem Gesundheitsnetzwerk unverzichtbar, um die Selbsteinschätzenden entsprechend ihrer Bedürfnisse an ge-

eignete Anlaufstellen vermitteln zu können. Eine MFA, die PG zwar kannte, jedoch nicht in ihrer beruflichen Tätigkeit einsetzte, verdeutlichte: „*Na erstmal brauchst du ein Netzwerk, damit ich weiß, an wen verweise ich*“. PG-Erfahrene wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass gemeinsame Fortbildungen die eigene Expertise erweitern könnten.

Diskussion

Ziel der Untersuchung war es, Potenziale und Barrieren bei Implementierung und praktischer Anwendung des PG-Konzepts im interprofessionellen Arbeitskontext aus der Sicht von Akteur*innen im deutschen Gesundheitswesen zu untersuchen. Des Weiteren wurden nach fördernden Bedingungen für die praktische Umsetzung von PG gefragt.

Unsere Befunde und die niederländischen Ergebnisse (1; 9) zeigen bemerkenswerte Konvergenzen, die das transformative Potenzial von PG unterstreichen. Ein wesentlicher Aspekt ist der Paradigmenwechsel von einem krankheitsfokussierten hin zu einem selbstermächtigenden Ansatz, der Autonomie und Selbstwirksamkeit der Ratsuchenden fördert (9; 1). Diesen Wandel sahen die Expert*innen als fundamentalen Beitrag des Beratungskonzepts, da PG den Menschen mit seinen Zielen in den Mittelpunkt der Beratung rückt. Die Fokussierung auf die persönlichen Bedürfnisse der Patient*innen hat eine stärkere Beteiligung der Betroffenen an ihrer Gesundheitsversorgung zur Folge und führt zu einer grundlegenden Veränderung der Dynamik der Arzt-Patienten-Interaktion, wie die holländischen Studien ebenfalls belegen (9; 1). PG kann durch seine niedrigschwellige, selbstreflexive Ausrichtung auch Personen erreichen, die psychische Belastungen kaum thematisieren würden. Damit bietet sie Potenzial, unerkannte Problemlagen aufzudecken und frühzeitige Interventionen zu ermöglichen. Somit stärkt PG nicht nur die Selbstbestimmung der zu Beratenden, sondern ermöglicht eine präventive Herangehensweise.

Darüber hinaus bestätigen unsere Befunde die von Bock et al. berichtete effiziente Erfassung detaillierter Gesundheitsinformationen (1). Das Selbsteinschätzungstool ermöglicht einen direkten Zugang zu relevanten Themen und kann im Vergleich zu konventionellen Anamnesemethoden zeitsparend sein. Durch den ganzheitlichen Ansatz von PG gewinnen die Anwendenden zudem ein tieferes Verständnis für die Lebenswelt der Ratsuchenden. Die multidimensionale Perspektive schärft den Blick für individuelle Bedarfslagen und erleichtert den Einstieg in Gespräche, in deren Verlauf die Ratsuchenden einen Veränderungsbedarf oftmals erst in der Auseinandersetzung mit ihrer Selbsteinschätzung erkennen (1). Indem PG sich konsequent an den Zielen der Ratsuchenden orientiert, stärkt es deren Partizipation, wodurch eine Steigerung der Adhärenz sowie Verbesserungen der Versorgungsqualität und Zufriedenheit zu erwarten sind (9; 1).

Die Befragten erlebten die Knappheit zeitlicher Ressourcen als Implementierungs- und Anwendungsbarriere. Hinsichtlich

des Zeitfaktors zeigen sich jedoch – wie bei Bock et al. (1) – ambivalente Ergebnisse: Einerseits erleichtert das Tool den Zugang zu relevanten Informationen, andererseits kann die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs zeitaufwendig sein und den Rahmen eines Einzelgesprächs überschreiten. Es ist erkennbar, dass die Leistungserbringenden einen Mangel an zeitlichen Ressourcen für die Beratung wahrnehmen, worauf auch Kastaun et al. hinweisen (7). In den Niederlanden zeigte sich aber, dass eine Reorganisation der Vergütungsstrukturen den Zeitdruck reduzieren kann (9; 6). Dies ermöglichte längere Beratungszeiten, was sowohl die wahrgenommene Arbeitsbelastung senkte als auch die Arbeitszufriedenheit steigerte. Weitere Ansätze bestehen in der Reduktion der Patient*innenanzahl sowie der Aufstockung des Personals zur Einrichtung zusätzlicher Sprechzeiten (6). Um Einkommensverluste auszugleichen, könnte ein pauschaler Betrag pro Patient*in auf Basis bisheriger Umsätze definiert werden. In den Niederlanden ermöglichte zunächst eine Ausnahmeregelung zur Finanzierung des PG-Konzepts die Reduktion von Zeit- und Kostenaufwand, unter anderem durch 25 % weniger Überweisungen in die spezialistische Versorgung (6).

Unsere Untersuchung bestätigt, dass Schulungen unerlässlich sind, um das Konzept durch ein gemeinsames Verständnis erfolgreich im Team implementieren und anwenden zu können. Dies entspricht den Erfahrungen in den Niederlanden (9). Darüber hinaus verweisen die Aussagen der Befragten auf die Notwendigkeit eines funktionierenden Gesundheitsnetzwerks, das den interprofessionellen Austausch stärkt und eine bedarfsgerechte, koordinierte Weiterleitung der Ratsuchenden an geeignete Stellen ermöglicht (9). Andererseits ist PG nicht immer angezeigt: bei eindeutig abgrenzten Hilfeanfragen, die aktuell keine vertiefte Anamnese erfordern, ist PG aus Sicht der Ärzt*innen ungeeignet (1).

Auffällig war in unserer Studie, wie sehr die Relevanz einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung im Behandlungsverhältnis als zentrale Voraussetzung für die Erhebung sensibler Informationen hervorgehoben wurde. Möglicherweise fällt dies im deutschen Kontext aufgrund der freien Arztwahl besonders stark ins Gewicht. Auch die Schwierigkeiten vulnerabler Gruppen, insbesondere von Menschen mit Migrationshintergrund und geringem Bildungsstand, Gesundheitsinformationen zu verstehen und anzuwenden, treten in unseren Befunden deutlich zutage. Während in den niederländischen Erfahrungen kein expliziter Verweis auf diese Problematik erfolgt, wurde dieser Aspekt von unseren Befragten besonders hervorgehoben. Schaeffer et al. verdeutlichen in diesem Zusammenhang, dass rund die Hälfte der deutschen Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweist, was den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erschwert und bestehende Ungleichheiten verstärkt (12). PG kann zur Reduktion solcher Disparitäten beitragen, sofern Erhebung und Besprechung der individuellen Gesundheitssituation angemessen begleitet erfolgt.

Limitationen

Die Pilotstudie berücksichtigte Befragte verschiedener Professionen und ermöglichte eine Betrachtung von Potenzialen, Barrieren und Bedarfen aus verschiedenen Perspektiven. Die Untersuchungsergebnisse und daraus abgeleiteten Empfehlungen sind aufgrund der kleinen Stichprobengröße und der begrenzten zeitlichen, finanziellen und personellen Projektressourcen nur eingeschränkt verallgemeinerbar. Zudem verfügten im Erhebungszeitraum in Deutschland erst wenige Personen – zumeist Ärzt:innen – über Erfahrungen mit PG. Künftige Studien sollten Informationen bei einem größeren Personenkreis unter Berücksichtigung von Erfahrungen aus verschiedenen Perspektiven der am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen erheben, um die Ergebnisse in unterschiedlichen Kontexten nachvollziehen zu können.

Fazit

PG ist ein Beratungskonzept, dass Selbstwirksamkeit und Gesundheit ganzheitlich fördern kann. Allerdings stoßen die Anwendenden bei Implementierung und Anwendung auf zeitliche und finanzielle Barrieren sowie strukturelle Hindernisse, die eine Umsetzung unter den geltenden Rahmenbedingungen erschweren. Die Konzeptanwendung erfordert den Erwerb spezifischer Kompetenzen und den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen. Insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund sowie für Personen mit niedrigerem Bildungsniveau ist eine gezielte und kultursensible Anleitung unerlässlich. Um diese Zielgruppen optimal zu erreichen und zu unterstützen, sind Qualifizierungsangebote für die Gesprächsführenden und ihre Teams unverzichtbar. Auch braucht es Netzwerke, die den professionsübergreifenden Austausch fördern und eine koordinierte Versorgung der Ratsuchenden ermöglichen. Aus Sicht der Befragten sind Veränderungen der Rahmenbedingungen notwendig: nachhaltige Finanzierung zur Schaffung monetärer Anreize, Etablierung intersektoraler Netzwerkstrukturen und professionsübergreifende Förderung der Konzeptumsetzung.

Interessenskonflikt: Dennis Präscher und Miriam Martinovic geben an, dass in der vorliegenden Untersuchung kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung: Die Autorinn:en danken allen an der Studie Beteiligten, insbesondere Prof. Dr. Margit Christiansen, Dr. Ottomar Bahrs, Christian Brähler, Katina de Buhr, Franziska Elisabeth Held, Viktoria Jung, Mascha Kirchner, Martina Kirkby, Thorben Krebs, Henrik Sitte, Isla Schubach, Madeline Schnell, Jasmin Sieland und Saskia Vogt.

Keywords

Positive health, person-centred care, implementation barriers, qualitative study, primary care

Positive Gesundheit, personenzentrierte Versorgung, Implementierungsbarrieren, qualitative Studie, Primärversorgung

Abstract

Background: The Positive Health concept, developed in the Netherlands, takes a holistic view of health and illness in six dimensions and uses a conversation tool to facilitate solution-oriented and person-centred dialogue. Positive Health was introduced into the German discussion in 2022 and has since been tested on a small scale.

Objective: The study, conducted as part of a teaching project at Fulda University of Applied Sciences in 2023/2024, aimed to identify potentials and barriers to implementing and applying the concept in primary care. In addition, needs were identified that, if met, would have a positive impact on implementing the concept.

Methodology: Fourteen semi-structured, guideline-based expert interviews with outpatient care stakeholders were conducted to collect data. The data were transcribed according to rules developed by Kuckartz and analysed using Kuckartz's content-structuring qualitative content analysis.

Results: Positive health promotes individualised and person-centred care. The results show that time and financial constraints and structural barriers, such as the current fee system and limited dissemination of the concept, make implementation and application difficult. The concept can be challenging to implement for people with a migrant background and a low level of education, which means that they need targeted support. There is also a need for networks that promote interprofessional exchange and enable coordinated care. In addition, practitioners need adequate training opportunities to successfully implement the concept in their professional practice based on a common understanding.

Conclusions: The study suggests that redesigning the current fee-for-service payment system offers a sustainable approach to establishing positive health in the German healthcare system in the long term. Future research should explore the potential, barriers and needs of concept from the perspective of different healthcare stakeholders using a larger sample.

Literatur

1. Bock, L. A.; Noben, C. Y.; Yaron, G.; George, E. L.; Masclee, A. A.; Essers, B. A.; Van Mook, W. N. (2021): Positive Health dialogue tool and value-based healthcare: a qualitative exploratory study during residents' outpatient consultations. *BMJ open* 11 (11): 1-10.
2. Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N., Blasius, J. (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden, 875-892.
3. Heymann, R.; Buchberger, B.; Wasem, J. (2012): Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung und Lösungsansätze zum Umgang mit drohender medizinischer Unterversorgung. *Prävention und Versorgung*. Stuttgart: Thieme Verlag.
4. Huber, M.; Jung, H. P.; van den Brekel-Dijkstra, K. (2024): *Handbuch Positive Gesundheit in der Hausarztpraxis: Gemeinsam an einer sinnvollen Versorgung arbeiten*. Heidelberg, Berlin: Springer.
5. Huber, M.; van Vliet, M.; Giezenberg, M.; Winkens, B.; Heerkens, Y.; Dagnelie, P. C.; Knottnerus, J. A. (2016): Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open* 6 (1): 1-11.
6. Jung, H. P.; Jung, T.; Liebrand, S.; Huber, M.; Stupar-Rutenfrans, S.; Wensing, M. (2018): Implementierung des Konzepts Positive Gesundheit: Mehr Zeit für Patienten, weniger Überweisungen. *Huisarts Wet* 61 (3):39-41; https://positive-gesundheit.eu/images/Artikel_Mehr_Zeit_f%C3%BCr_Patienten.pdf.
7. Kastaun, S.; Prinz, A.; Hoppe, S.; Gabrys, L.; Wilm, S. (2024): Beratung zu Bewegung in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* o.Jg.: 1-7.
8. Kuckartz, U.; Rädiker, S. (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 5. Aufl. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
9. Lemmen, C. H.; Yaron, G.; Gifford, R.; Spreeuwenberg, M. D. (2021): Positive Health and the happy professional: a qualitative case study. *BMC family practice* 22: 1-12.
10. Lenzner, T.; Neuert, C.; Otto, W. (2015): *GESIS Survey Guidelines. Kognitives Pre-testing*. Version 1.1. Mannheim, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
11. Rädiker, S.; Kuckartz, U. (2018): *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video*. Wiesbaden: Springer.
12. Schaeffer, D.; Klinger, J.; Berens, E. M.; Gille, S.; Griesse, L.; Vogt, D.; Hurrelmann, K. (2021): Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie. *Das Gesundheitswesen* 83 (10): 781-788.

Dennis Präscher,

studierte Gesundheitsökonomie und -politik (B.Sc.) sowie interprofessionelles Management in der Gesundheitsversorgung (M.Sc.) an der Hochschule Fulda. Aktuell ist er als übergeordneter Teamleiter und im zentralen Qualitätsmanagement beim DRK in Fulda tätig.



Quelle: Autor

Miriam Martinović,

verheiratet, studierte Sportwissenschaften (B.Sc.) in ihrer Heimat an der Universität Wien und Public Health (M.Sc.) an der Hochschule Fulda. Sie beschäftigt sich mit der betrieblichen und planetaren Gesundheit und ist als Referentin für Betriebliches Gesundheitsmanagement im Pharmagroßhandel in der Region Heidelberg tätig.



Quelle: Autorin

