

Positive Health in Deutschland

Von der Konzeptvorstellung zum Hausärztlichen Online Qualitätszirkel Positive Health und Gesundheitsförderung

OTTOMAR BAHRs, ALEXANDRA PIOTROWSKI UND ACHIM MORTSIEFER

Wie alles begann

Bis vor wenigen Jahren war der von Machteld Huber und ihrer Arbeitsgruppe entwickelte Positive-Health-Ansatz in Deutschland nur Insidern bekannt. Im **Herbst 2021** luden dann Bettina Berger und David Martin vom Lehrstuhl für Medizinthorie, Integrative und Anthroposophische Medizin der Universität Witten und Stefan Schmidt-Troschke von GesundheitAktiv e.V. eine kleine Gruppe von Expert:innen, die aus unterschiedlichen Perspektiven für eine Umorientierung im Gesundheits- und Sozialwesen plädierten, zu einem Workshop mit Machteld Huber ein. Über die Notwendigkeit einer Umsteuerung bestand Einigkeit – ebenso bezüglich der Einschätzung, dass die systemischen Widerstände enorm sind und es eines überzeugenden und gewissermaßen „ansteckenden“ Narrativs bedarf, um einen Wandel in Richtung auf eine „caring society“ (Ottawa Charta) zu ermöglichen. Aus den Niederlanden war zu hören, dass Positive Health das Potential dazu haben könnte und dort einen Entwicklungsschub ausgelöst hatte (siehe die Beiträge von Karolien van den Brekel-Dijkstra in diesem Heft).

Bereits wenige Monate später gründeten einige der am Workshop Beteiligten den Verein **Positive Gesundheit Deutschland e.V.**, der zum Ziel hat, die niederländischen Erfahrungen für die deutsche Diskussion zugänglich zu machen (www.positive-gesundheit.eu). Sprecher ist der Kinder- und Jugendarzt Stefan Schmidt-Troschke (Berlin). Dabei spielen Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit eine wesentliche Rolle. Positive Gesundheit setzte sich entschieden dafür ein, dass das 2021 erschienene **Handbook Positive Gesundheit in der Primärversorgung** 2024 (Huber et al., 2024) in deutscher Sprache vorgelegt werden konnte und damit Schulungs- und Informationsmaterialien für die Konzept-

vermittlung zur Verfügung standen. Der Verein organisiert und informiert über Fortbildungsveranstaltungen und über Umsetzungserfahrungen aus der Praxis. Obgleich das Positive-Health-Beratungskonzept mit seinen zentralen Elementen, dem *Spinnennetz* und dem *alternativen Dialog* tätigkeits- und disziplinübergreifend ist, wurden zunächst **Hausärzte als wesentliche Zielgruppe** benannt. Dies lag nahe, weil Machteld Huber, Hans-Peter Jung und Karolien van den Brekel-Dijkstra als Konzeptentwickler:innen selbst Allgemeinärzt:innen sind, aus ihrer Praxis heraus auf die naheliegende Frage: „Wie handhaben Sie das selbst in Ihrer Praxis?“ überzeugend antworten und als Modell für „early adopters“ fungieren können.

Fortbildung, die begeistert: Das Konzept wird bekannter

Die beiden Folgejahre können als Übergangsphase begriffen werden. Es fanden erste Wochenendschulungen mit je einem Interessierten unterschiedlicher Disziplinen statt. Diese mussten nicht erst davon überzeugt werden, dass Veränderung Not tut. Aber was zuvor gut begründet werden konnte, wurde durch die Erfahrung von „Positive Health“ auch emotional verankert: Viele nahmen aus den Veranstaltungen das Gefühl mit, dass Veränderung möglich ist und dass sie, obgleich gegen den Strom schwimmend, bedeutsam und nicht allein sind. „Was bringt Deine Augen zum Leuchten?“ – diese im Mittelpunkt des Gesprächs mit Hilfesuchenden stehende Frage erwies sich auch als Schlüsselfrage für die Helfenden, die damit über die alltäglichen Widernisse reglementierten Handelns hinausgehend zur latent gewordenen Motivation für die Berufswahl geleitet wurden. Dementsprechend waren auch die ersten Versuche, Positive Health in den Unterricht von Gesundheitswissenschaftler:innen zu integrieren, außerordentlich erfolgreich (Bahrs, 2024; Möller, 2024).

Der erste Schritt ist der schwerste: Von der Fortbildung zur Umsetzung

Nach der Anfang 2023 gut besuchten Veranstaltung der AG Psychosomatik der DEGAM waren sich viele Teilnehmende einig: „Wir wollen das anschaulich von Karolien van den Brekel-Dijkstra vorgestellte Konzept selbst ausprobieren.“ Doch im Rahmen der Fuldaer Expertenbefragung stellte sich heraus, dass ca. 9 Monate später weniger als 20 % tatsächlich erste Erfahrungen gesammelt hatten (siehe die Beiträge von Kirchner & Schnell sowie Präscher & Martinovic in diesem Heft). Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass der Umsetzung u. a. die folgenden Bedenken entgegenstehen:

- ◆ „Alter Wein in neuen Schläuchen“: gerade erfahrene Kolleg:innen verwiesen darauf, dass u. a. mit der Psychosomatischen Grundversorgung, dem Zürcher Ressourcen-Modell, der Gesundheitsorientierten Gesprächsführung, dem Bilanzierungsdialog, der Handlungsempfehlung zur Erstanamnese eine Reihe von erprobten Tools mit vergleichbaren Zielen zur Verfügung stehen;
- ◆ Sorge, noch nicht über die erforderlichen Kompetenzen für Positive Health-Gespräche zu verfügen;
- ◆ Unsicherheit, wie eine Veränderung in der Praxis initiiert werden kann;

Für die professionell Handelnden stellt sich analog wie für die Hilfesuchenden die Frage, wie der nächste mögliche Schritt zur gesundheitsfördernden Veränderung des Alltags aussehen kann. Häufig werden in diesem Zusammenhang fehlende Zeit und unzureichende Finanzierung als Barrieren genannt. Ein hausärztlicher Kollege verwies in diesem Zusammenhang auf Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen:

„In den Niederlanden habe ich am Tag 25 Patienten gesehen, da konnte ich mir die Zeit für den „anderen Dialog“ nehmen. Jetzt bin ich in Deutschland tätig und habe mehr als 60 Patientenkontakte pro Tag. Ich würde gern PH-orientiert arbeiten – aber wie kann ich das organisieren?“

Fragen dieser Art können auf unterschiedlichen Ebenen beantwortet werden:

- ◆ Bezogen auf den einzelnen Helfenden bietet sich insbesondere der moderierte Austausch im Qualitätszirkel an, in dem erfahrungsbezogenen Lösungen für konkrete Probleme der Alltagspraxis erarbeitet werden können;
- ◆ Bezogen auf die Systematik des Positive-Health-Dialogs liegen Pilotstudien mit qualitativen Methoden nahe wie z. B. die laufende Studie von Seuken und Bahrs (vgl. <https://stars-society.org/how-can-health-become-an-issue-in-the-gp-consultation/>).
- ◆ Bezogen auf die Übertragung der niederländischen Erfahrungen auf die deutsche Versorgung empfehlen sich eine wissenschaftlich begleitete Interventionsstudie wie z. B. die laufende Positive-Health-Innovation-Studie (siehe Piotrowski & Mortsiefer in diesem Heft).

Auf welcher Ebene auch immer nach Antworten gesucht wird – hilfreich ist in jedem Fall ein Netzwerk.

Die Entstehung von Netzwerken

Nach der initialen Veranstaltung 2021 bildete sich eine kleine Gruppe, die sich zunächst informell über Möglichkeiten abstimmte, wie die Idee von Positive Health in Deutschland weitergetragen werden könnte. Die Beteiligten waren ihrerseits unabhängig voneinander gut vernetzt, so dass u. a. an integrierter biopsychosozialer Behandlung interessierte Primärversorger, (Gemeinschafts-)Krankenhäuser, Institute an Hochschulen und Universitäten, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Fachverbände sowie der Selbsthilfereich adressiert werden konnten. Bald bildeten Vertreter:innen von Positive Health international, Positive Gesundheit Deutschland, der Dachverband Salutogenese und das Institut für Allgemeinmedizin und ambulante Gesundheitsversorgung der Universität Witten/Herdecke ein Netzwerk, das in etwa vierteljährlichem Abstand Treffen mit den folgenden Schwerpunkten durchführte:

- ◆ Strategietreffen (seit 2022) – hier stehen Fragen der Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungsplanung im Vordergrund;
- ◆ „Jourfixe“ Forschung (seit 2023) – hier werden mögliche Forschungsfragen und erste Eindrücke von Umsetzungserfahrungen thematisiert sowie Vorschläge für Studien erarbeitet, die schließlich in Form von akademischen Abschlussarbeiten und zu laufenden Projekten führten (<https://www.uni-wh.de/positive-health/>);
- ◆ Qualitätszirkel (seit 2024).

Prozessunterstützung gefragt: Die Initiierung Hausärztlicher Qualitätszirkel

Qualitätszirkel, ursprünglich in der Industrie entwickelt, sind seit den 90er Jahren als bewährtes Instrument zur Qualitätsentwicklung in der ambulanten Versorgung: Sie wurden zunächst in der hausärztlichen Versorgung (Überblick: Bahrs u. a. 2001) erprobt, u. a. für Gesundheitsförderung und Prävention modifiziert (Handbuch BZgA), haben sich in der Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit bewährt (BZgA) und finden sich mittlerweile auch in vielen anderen Bereichen.

Der von den Autoren initiierte Online Qualitätszirkel Positive Health zielt darauf, die Etablierung eines Arbeitsschwerpunkts Gesundheitsförderung in der primärärztlichen Versorgung am forschungsintensiven Institut für Allgemeinmedizin und ambulante Gesundheitsversorgung (iamag) der Universität Witten zu etablieren, den Erfahrungsschatz engagierter Hausärzte für Forschung und Lehre zu heben und den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis zu stärken. Im Zentrum stand dabei die Frage nach Wirklichkeit und Möglichkeit von Positive Health-Gesprächen in der hausärztlichen Versorgung. Der Dachverband Salutogenese brachte als Kooperationspartner ein besonderes Inte-

Ärztlicher Online-Qualitätszirkel

Positive Health und Gesundheitsförderung



ZIELGRUPPE

- Ärztinnen und Ärzte

TERMIN

- 1x pro Quartal
- dienstags 18:30 – 20:00 Uhr

KONZEPT

- Fallvorstellungen / gemeinsame Fallarbeit
- Input zu verschiedenen Themen der Gesundheitsförderung und zu Anwendungsmöglichkeiten von Positive Health

INFOS UND ANMELDUNG

alexandra.piotrowski@uni-wh.de

MODERATION

Prof. Dr. med. Achim Mortsiefer

resse an Kommunikationsanalysen und langjährige Erfahrungen in forschungsbegleitenden interdisziplinären Qualitätszirkeln ein (Bahrs u. Matthiessen, 2007, Bahrs u. a. 2007). Einigkeit bestand darüber, dass dem exemplarischen Lernen an Fällen besondere Bedeutung zukommen solle, und es stellte sich schnell heraus, dass dies gestützt auf videodokumentierte Gespräche besonders gut machbar ist. Das Vorgehen hatte sich z. B. im Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ bewährt (Bahrs u. Matthiessen, 2007). Das Online-Format ermöglichte es, dass Interessenten aus dem gesamten Bundesgebiet (und auch aus Utrecht, NL) teilnehmen konnten.

Verlaufsbeschreibung (7/2024 – 4/2025)

Seit dem Juli 2024 wurden in vierteljährlichem Abstand 4 je 1 ½-stündige Treffen mit insgesamt 30 Teilnehmenden (15) durchgeführt. Es handelt sich dabei um mehrheitlich um Allgemeinärzt:innen, (noch) wenige Versorger:innen aus anderen Disziplinen (Psychotherapie, Physiotherapie) sowie um eine Reihe (zumeist gesundheitswissenschaftlicher) Begleitforschenden, die an unterschiedlichen Orten an PH-Studien beteiligt sind. Es hat sich ein fester Teilnehmerkreis von ca. 10 Personen ausgebildet. Der Erfahrungshintergrund bzgl. Positive Health ist sehr unterschiedlich – einige kannten das Konzept anfänglich noch gar nicht, andere hatten an Fortbildungen oder Schulungen teilgenommen, aber noch keine praktischen Erfahrungen, und eine kleine Gruppe von „pioneers“ nutzte das Konzept bereits.

Am **konstituierenden Treffen** nahmen insgesamt 16 Personen teil. Hauptmotivation war der Wunsch nach besserer Kommu-

nikation mit Patient*innen u. a. durch weniger Defizitorientierung, höhere Arbeitszufriedenheit sowie die Suche nach Möglichkeiten der regionalen Vernetzung. Karolien van den Brekel-Dijkstra gab fallbezogen Einblicke in ihre rund 10-jährige Erfahrung mit Positive Health in der eigenen Praxis. Das Spinnennetz könne auf unterschiedliche Weise genutzt werden. Wichtig sei es, einleitend gut zu erklären, warum man bei diesem Gespräch etwas Neues ausprobieren wolle: „Oft gebe ich Ratschläge, aber heute bin ich vor allem neugierig und höre Ihnen zu. Ich habe hier aber etwas, das uns ein bisschen Struktur gibt.“ Den Bogen könne man den Patienten vor dem Gespräch zur Vorbereitung geben. Im Gespräch sollen Patient weitgehend die Initiative erhalten. Ihre Assoziationen zur selbst erzeugten Graphik seien gefragt, und sie seien angeregt zu gewichten, welche Lebensbereiche für ihr jeweiliges Gesundheitsempfinden besonders wichtig seien. Das Spider-Web sei ein Hilfsmittel, über das man schnell in ein Gespräch kommen könne, das so in der Alltagspraxis nicht möglich sei und dass die Arzt-Patienten-Beziehung stärke. Entscheidend sei die eigene grundlegend akzeptierende und unterstützende Haltung. Bei der Umsetzung könnten Techniken aus unterschiedlichen „Schulen“ hilfreich sein. Am Ende des lebhaften Treffens wurden Themen für weitere Treffen gesammelt und großes Interesse an Hilfen für die Umsetzung deutlich:

- ◆ Beispielvideos von geführten Gesprächen (Freiwillige vor!)
- ◆ Weitere Tipps zur Gesprächsführung (z. B. gesundheitsorientierte Gesprächsführung)
- ◆ Rollenspielerisch üben
- ◆ Organisation im Praxisalltag
- ◆ Anwendung von PH bei Menschen mit Migrationshintergrund

Am **zweiten Qualitätszirkel-Treffen** nahmen 18 Personen teil. Die eigentlich vorgesehene Diskussion eines videodokumentierten Positive-Health-Gesprächs einer Teilnehmerin war aus technischen Gründen nicht durchführbar und wurde schließlich auf das nächste Meeting vertagt. Jedoch konnte kurzfristig ein anderer videodokumentierter Positive-Health-Dialog eingebracht werden. Die Diskussion des 7-minütigen Gesprächs machte nachvollziehbar, wie sehr sich die Ärztin zurücknahm, den Raum frei machte für einen hohen Gesprächsanteil der Patientin, welche die ihr erst nach und nach bewusst werdenden Gesundheitsziele und ersten Schritte zur Erreichung selbst entwickeln konnte. Hierin manifestierte sich die **veränderte dialogische Haltung**. In der Abschlussrunde zeigte sich, dass weitere Teilnehmende Erfahrungen im Umgang mit dem Spinnennetz gesammelt hatten. So hatte eine Seniorengruppe die Bögen interessiert ausgefüllt und ihre eigenen Ressourcen neu wahrnehmen können. Ein Teilnehmer äußerte Interesse daran, ein eigenes Positive-Health-Gespräch vor dem Hintergrund seines suchtmedizinischen Arbeitsschwerpunktes vorzustellen.

Beim **dritten Qualitätszirkel-Treffen**, an dem 20 Personen teilnahmen, stellte eine psychotherapeutisch orientierten Hausärztin ein ca. 20-minütiges Positive-Health-Gespräch vor. Dieses war im Anschluss und in Vertiefung eines anamnestischen Erstgesprächs geführt worden. In der Diskussion zeigte sich, dass die Teilnehmer:innen mit derselben Situation typischerweise unterschiedlich umgehen. Das beginnt bereits mit der Vorbereitung. Ein Teilnehmer berichtete, dass er sich vor dem Gespräch das ausgefüllte Spinnennetz vom Patienten geben lasse und ihm dann die Ergebnisse erkläre. Ein anderer hob hervor, dass er demgegenüber auf eigene Deutungen verzichte und den Patienten selbst sein Bild vorstellen lasse. Eine Kollegin bot zwar zunächst ihre Interpretationen des Selbst-Assessments der Patienten an, um dann mit diesen darüber ins Gespräch zu gehen. In der Diskussion wurden Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen analog zu denen in der Konsultation selbst deutlich. Die Fallvorstellerin erhielt ihrerseits ein positives Feedback – analog zu der Art, wie sie selbst mit der Patientin umgegangen war. In den sehr konkreten Rückmeldungen wurde die deutlich gewordene **Relevanz der Beziehungsbildung in der Eröffnungsphase** hervorgehoben, die die Ärztin durch Loben, Zeigen von Anteilnahme und die Ermöglichung eines gemeinsamen Lachens förderlich gestaltet habe. Während die Gesprächsführende das Gespräch mit der Einladung an die Patientin, über ihr Spinnennetz immer mal wieder nachzudenken, ausklingen ließ, äußerte eine andere Teilnehmerin: „Mein Tipp zu einem Gesprächsabschluss: **„Was würdest Du Dir selber raten, wie Du Dir helfen könntest?“**“ Insgesamt wurden mögliche **unterschiedliche Schwerpunktsetzungen** der Gesprächsführenden erkennbar: Will man die Gesamtkonstellation verstehen und vor dem Hintergrund einen Reflektionsprozess anstoßen, der zum Herausfinden möglicher Veränderungsschritte führt (→ längerer Prozess) oder sollen im Gespräch bereits erste kleine Veränderungsschritte initiiert

werden in der Annahme, dass dadurch ein Prozess initiiert wird, der ggf. auch zur Realisierung anderer (noch gar nicht bewusster) Ziele führen kann? Unsere Vermutung ist, dass die jeweilige Antwort **anlass- und personenspezifisch ist – sowohl bezogen auf die Person des Arztes wie der Patientin**. In der Abschlussdiskussion wurde deutlich, dass weitere Teilnehmende mittlerweile über eigene Umsetzungserfahrungen verfügten, und so wurde angeregt, beispielsweise die Möglichkeiten im Rahmen einer Herzgruppe näher zu beleuchten.

Am **4. Qualitätszirkeltreffen** nahmen 12 Personen teil. Der ärztliche Moderator, Achim Mortsiefer, stellte ein eigenes videodokumentiertes Gespräch zur Diskussion, und Ottomar Bahrs fungierte als Moderator. Das Gespräch war nach einem Gesundheitscheck-Up zustande gekommen, zu dem der Patient in die Praxis gekommen war, ohne konkrete Beschwerden zu nennen. Bei den Untersuchungen hätten sich keine Hinweise ergeben, und der Patient war sehr zurückhaltend. „*Da dachte ich, ich gebe ihm das Spinnennetz mit und habe einen weiteren Termin zur Besprechung des Spinnennetzes gemacht.*“ Er habe das 18-minütige Gespräch in expliziter Orientierung am Aktionsrad (Schaubild) geführt, frage sich allerdings, ob er sich vielleicht zu sehr ans Konzept gehalten und auf Nachfragen verzichtet habe, die er in anderen Gesprächen viel früher gestellt hätte. Das Gespräch wurde in mehreren Abschnitten vorgeführt und diskutiert. Auf die Anfangssequenz bestätigten die Teilnehmenden die Einschätzung des Arztes, wobei der Patient zunehmend seine Distanziertheit abgegeben habe, wobei ihm offenbar die mit dem Spinnennetz angebotene Struktur geholfen habe. Auffällig sei gewesen, dass sich der Arzt sehr zurückgehalten habe – vielen Teilnehmenden wäre dies schwer gefallen. Positiv hervorgehoben wurde, dass der Arzt der Tendenz des Patienten eigene empfundene Defizite besonders zu betonen den Hinweis auf auch bestehende Ressourcen entgegengesetzt und damit dem Gespräch eine Wendung gegeben habe. Eine Teilnehmerin: „*Was mir sehr gefallen hat war dieser Moment: „Ich sehe, dass ihre Augen anfangen zu leuchten.“ Das hat das Gespräch auf eine andere Ebene gebracht. Und ich hätte nicht gedacht, dass Musik das ist, was ihm gefällt. Es hatte dann auch teilweise was Therapeutisches, denn es gab ja auch Dinge die ihn hinderten. Der Arzt hat das nicht bewertet. Am Ende kam bei mir das Gefühl, dass der Patient erleichtert war, als der Arzt sagte: „Sollen wir so verbleiben?“ Es reichte dem Patienten dann vielleicht auch.“* Es gab unterschiedliche Ansichten darüber, ob in dem 18-minütigen Gespräch „mehr“ (an Themen) hätte behandelt werden können bzw. sollen oder ob die Konzentration auf die vom Patienten selbst gewünschte Möglichkeit, sich gegen vermutete Widerstände in der Familie mehr Zeit für sein Hobby nehmen zu können, in dieser Situation gerade angemessen gewesen sei. Wie sehr das Gespräch dem Patienten genützt habe, wäre in einem Folgegespräch zu thematisieren. Dem Arzt aber habe das Gespräch geholfen, den Patienten besser zu verstehen, er sei ihm gewissermaßen näher gerückt. Der vorstellende Arzt sah sich in seiner Ambivalenz gegenüber dem eigenen Gespräch bestätigt, habe aber gesehen, dass es ganz gut

sei, mal eine Zeit lang den Mund zu halten und zuzuhören. Das falle vielen Ärzt:innen nach wie vor schwer – aber eigentlich sei es erholend mal nichts zu machen. „*Ich habe den Unterschied gelernt zwischen Diagnosen Erstellen und ein neues Erlebnis Erschaffen.*“ In der vielschichtigen Diskussion wurde deutlich, dass die mit Spezialisierung der Praxis gegebenen Kontextbedingungen die Art der Umsetzung von Positive Health mit prägen. Dementsprechend soll beim nächsten Treffen ein Gespräch aus einer psychotherapeutischen Praxis zur Diskussion gestellt werden.

Zwischenergebnis

Die vorgestellten PH-Gespräche sind bzgl. Anlass, Aufbau, Interaktionsgestaltung und Dauer sehr unterschiedlich. Das kürzeste Gespräch betrug ca. 5 Minuten (Selbstangabe), das längste 28 (Videoaufzeichnung). Die verfügbare Zeit scheint mit dem vorherrschenden Rhythmus von Helfendem und Praxis zu korrespondieren, wird in einzelnen Konsultationen aber patientenbezogen moduliert (pacing). Es ist naheliegend, dass die Umsetzung der je gegebenen Anforderungs-Ressourcen-Konstellationen aller Beteiligten und der strukturellen Rahmenbedingungen Rechnung trägt und eine bottom-up-Implementierung nicht standardisiert erfolgen kann.

Das Spinnennetz kann von Patient:innen wie Ärzt:innen wie ein Befundbogen verstanden werden, der gleichsam „objektiv“ als Diagnoseinstrument fungiert und, prononciert formuliert, die Wahrheit über eine Person zeigt – „Frau Doktor, bin ich normal?“ – oder als Anlass für ein tiefergehendes Gespräch dienen, das die Frage aufwirft, wie eine Person zu ihrer Wahrheit finden kann. Es deutet sich an, dass eine das Potential des Spinnennetzes nutzende Gesprächsführung personenzentriert im umfassenden Sinne sein kann, „promoting the care of the person (...), for the person (...), by the person (...) and with the person (...)“ (Appleyard & Mezzich, 2021).

Falldiskussion im QZ als Integration verschiedener Perspektiven (exemplarisches Lernen)

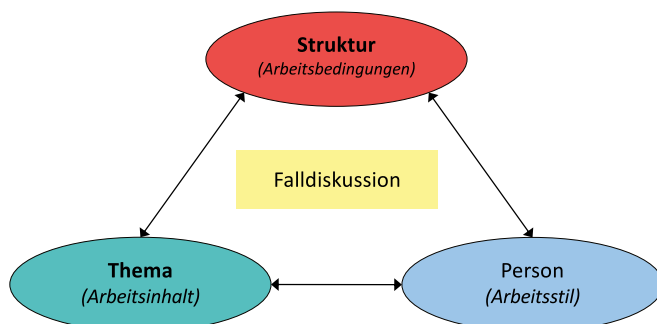


Abbildung 1: Unterschiedliche Perspektiven in der Falldiskussion im Qualitätszirkel (Bahrs u. a. 2005: 178)

Die Konzentration auf Falldiskussionen hat sich als hilfreich erwiesen, weil bezogen auf dieselbe Situation unterschiedliche Fallebenen betrachtet werden können und der je individuelle Interaktionsstil der Beteiligten, ihre gemeinsame Beziehungsgestaltung, die Positive-Health-Orientierung als übergreifendes Thema und die strukturierenden Rahmenbedingungen zum Gegenstand der Betrachtung werden können (siehe Schaubild). Die Perspektivenvielfalt kann im interdisziplinären Qualitätszirkel aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungshintergründe und Kontextbedingungen des jeweiligen Alltagshandelns in ergebnisoffener Diskussion besonders gut wirksam werden. So kann der Qualitätszirkel zugleich zum Fortbildungs- und zum Forschungsinstrument werden, das je vorhandene blinde Flecken ausgleichen hilft. Denn

- ◆ Forscher verfügen nicht über das spezifische Kontextwissen, das fallspezifisch bedeutsam ist;
- ◆ Praktiker verfügen in der Regel nicht über die Zeit, um ihr Erfahrungswissen nachvollziehbar für andere festzuhalten, so dass gelebte Innovationen „verpuffen“;
- ◆ Praktiker unterschiedlicher Disziplinen können unterschiedliches Kontextwissen einbringen;
- ◆ In der gemeinsamen Diskussion können neben den Unterschieden (und damit Bereicherungen) auch gemeinsame Topik deutlich werden, die dann als Essenz „generischer“ Fortbildungen dienen können;
- ◆ Die Diskussion kann zugleich zur Bereicherung und Angleichung der Perspektiven führen, so dass im Versorgungsalltag zielgerichteter weitergeleitet werden kann – oder ggf. auch, falls eine Weiterleitung (noch) nicht möglich sein sollte – eine fachkundige „Basisberatung“ u.ä., stattfinden kann (Kuhn et al. 2008);
- ◆ Ggf. kann direkt und fallbezogen eine verstärkte Kooperation initiiert und gefördert werden;
- ◆ Die Mitwirkungsmöglichkeit stärkt die Teilnahmemotivation, fördert die Qualität von Dokumentation, unterstützt bei Umsetzung und Weiterentwicklung und kann die Ausbildung einer Gruppenidentität begünstigen, die sich förderlich auf Nachhaltigkeit und weitere Beteiligung an Implementierungsprojekten auswirkt.

Für die nächsten Treffen sind Fallvorstellungen aus dem Bereich der Herzgruppen, der Psychotherapie und der Suchtmedizin geplant, so dass weitere produktive Meetings und Horizonterweiterungen erhofft werden können. Offenbar nutzen die Teilnehmenden gern die Möglichkeit, ihre eigene Tätigkeit vorstellen und Anregungen erhalten zu können, lernen aber auch am Beispiel der anderen, profitieren insgesamt vom Erfahrungsaustausch, erhalten und geben emotionale Unterstützung, erhalten konkrete Hilfestellungen für das Anfangen, werden im Wunsch, das Konzept selbst zu erproben bestärkt, aber auch auf Fallstricke bei der Umsetzung aufmerksam gemacht. Die Teilnehmenden können so konkret Ressourcenorientierung erfahren, und der Qualitätszirkel

insgesamt einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Fortbildung und Konzeptumsetzung leisten.

Nachbemerkung

Etwa um das Jahr 2000 organisierte ich (OB) in Niedersachsen die Kursweiterbildung Allgemeinmedizin, die praxisbegleitend durchgeführt wurde und 20 Themenblöcke umfasste. Eines dieser Themen war Gesundheitsförderung und Prävention, für das freilich die Weiterzubildenden wenig Interesse aufbrachten und auch Referenten schwer zu gewinnen waren. Ich war damals gleichzeitig an einem Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beteiligt und regte an, Materialien zur Unterstützung dieser Weiterbildung zu entwickeln. Auch dort stieß ich auf wenig Gegenliebe: „Ach, Sie immer mit ihren Hausärzten.“ Gesundheitsförderung etablierte sich zu der Zeit neben und ein Stück weit auch in Abgrenzung von der Medizin. Die Trennung wurde – aus anderen Gründen – auch von gesundheitspolitisch hochengagierten Allgemeinärzten formuliert: „Gesundheitsförderung ist ein politisches Konzept.“

Was hat sich gegenüber der Situation vor 25 Jahren verändert? Ist Gesundheitsförderung kein politisches Konzept mehr? Oder ist Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil der Primärversorgung in der Ärzteschaft angekommen? Antworten werden die praktisch Tätigen geben – Gesundheitsversorgende, Hilfesuchende und ihre Zugehörigen, Entscheidungsträger Begleitforschende usw. Vielleicht ermöglicht die Leitfrage: „Was bringt Ihre Augen zum Leuchten?“ neue Koalitionen?

Literatur

- Appleyard, J., & Mezzich, J. E. (Eds.). (2021). Seeking the Person at the Center of Medicine. Legend Press Ltd.
- Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2001
- BZgA (Hrsg.): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren; BZgA, Köln 2005
- Bahrs O, Matthiessen PF (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis; Hans Huber, Bern 2007
- Bahrs O, Heim S, Kalitzkus V, Matthiessen PF, Meister P, Müller H: Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis: Qualitätszirkel als Fortbildungs- und Forschungsinstrument; Balint 2007; 8: 9-15
- Bahrs O, Andres E: Qualitätszirkel – Professionsentwicklung im Gesundheitswesen; Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg.) (2016): Handbuch Professionsentwicklung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt / UTB: 295-309; ISBN 978-3-8252-8266-4
- Bahrs O. „Positive Health“ in der universitären Lehre – ein Erfahrungsbericht. 7. Wissenschaftlicher Kongress „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“, 11. November 2023, Witten. <https://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.29263.05289>
- Bahrs O, Seuken N (2024). Forschungsprojekt „Kontextuierung und Strukturierung von Positive Health Gesprächen“. Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin, 2024, 64/65: 95
- Bahrs O, Seuken N (2025). How can "health" become an issue in the GP consultation?. <https://stars-society.org/how-can-health-become-an-issue-in-the-gp-consultation/>
- Kuhn R, Schmidt U, Dewald A, Bruder A, Jung B, Bahrs O, Riehl-Emde A: Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik; Forschung und Praxis der Sexuellaufklärung und Familienplanung, Band 30, BZgA, Köln 2008; ISBN: 978-3-937707-35-8
- Huber M, Jung HP & Dijkstra KvdB (2022). Handbook Positive Health in Primary Care, Springer; deutsch: Huber, M, Jung, HP, van den Brekel-Dijkstra KvdB. (2023). Handbuch Positive Gesundheit in der Hausarztpraxis. Springer, Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67303-4>

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.

Kuhn R, Schmidt U, Dewald A, Bruder A, Jung B, Bahrs O, Riehl-Emde A: Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik; Forschung und Praxis der Sexuellaufklärung und Familienplanung, Band 30, BZgA, Köln 2008; ISBN: 978-3-937707-35-8

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.

Möller, V.S. (2024) „My positive Health“ – Eine Möglichkeit zur Verbindung von Theorie und Erfahrungslernen aus Sicht einer Studierenden: Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin, 62/63, 2024, 1-2: 36-41

Ottomar Bahrs

ist Medizinsoziologe, Sprecher des Dachverbands Salutogenese, Herausgeber von „Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin“, Freier Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin Düsseldorf. Arbeitsschwerpunkte: Personenzentrierte Medizin und Salutogenese; Kontakt: obahrs@gwdg.de



Quelle: Autor

Alexandra Piotrowski

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und ambulante Gesundheitsversorgung (iamag) der Universität Witten/Herdecke tätig. Mitarbeit an Forschungsprojekten zu Gesundheitsförderung im hausärztlichen Setting (chronische Schmerzpatient*innen; Positive Health). Forschungsschwerpunkte in den Bereichen Versorgungsforschung und Implementierungsforschung. Website: www.iamag.de
Kontaktadresse: Alexandra.Piotrowski@uni-wh.de



Quelle: Autorin

Achim Mortsiefer

Seit 2003 niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in Köln und seit 2021 Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin II und Patientenorientierung in der Primärversorgung am Institut für Allgemeinmedizin und ambulante Gesundheitsversorgung (iamag) der Universität Witten/Herdecke. Website: www.iamag.de
Kontaktadresse: Achim.Mortsiefer@uni-wh.de



Quelle: Autor