

Potenziale und Barrieren des Konzeptes „Positive Health“ für das Setting der hausärztlichen Versorgung

Autor*innen: Margit Christiansen, Christian Brähler, Katina de Buhr, Franziska Heyd

Hochschule Fulda, Forschungsprojekt in den Masterstudiengängen „Public Health“ und „Interprofessionelles Management in der Gesundheitsversorgung“ unter der Leitung von Prof. Margit Christiansen und Dr. Ottomar Bahrs

Zusammenfassung

Hintergrund: Das niederländische Gesundheitsmodell „Positive Health“ bildet ein wichtiges Bindeglied zwischen einer erweiterten Definition von Gesundheit und dessen Etablierung im Gesundheitswesen. Ziel dieses Artikels ist es, Potenziale und Barrieren für die Anwendung des „Positive Health“ Ansatzes im hausärztlichen Setting zu betrachten.

Methodisches Vorgehen: Mittels leitfadengestützter Experteninterviews wurden von September bis November 2023 vierzehn Personen aus der hausärztlichen Versorgung in Deutschland interviewt. Für die Auswertung der Interviews wird sich einer Inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse bedient.

Ergebnisse: „Positive Health“ wird von allen Befragten, insbesondere von denjenigen, die es bereits anwenden, als gut geeignet für das Setting der hausärztlichen Versorgung bewertet. Auch bei der Analyse der Aufgaben hausärztlicher Versorgung und des Nutzens des „Positive Health“ Konzeptes lässt sich feststellen, dass es zur Verbesserung der Patientenversorgung eingesetzt werden kann. Zurzeit fehlt es noch an Kenntnissen über die Anwendung und der Verbreitung des Konzeptes in den hausärztlichen Praxen. Vorbehalte, wie der zeitliche Aufwand und Verständnisprobleme können in der praktischen Anwendung durch den erfahrenen Nutzen aufgehoben werden.

Schlussfolgerungen: Für die Realisierung dieses Potenzials bedarf es einer ganzheitlichen Strategie, mit der das Konzept in der hausärztlichen Versorgung bekannt gemacht wird und mit der Bildung von Netzwerken unter der aktiven Beteiligung von Akteur*innen im Gesundheitssystem verbreitet und angewendet wird.

Abstract

Background: The Dutch health model Positive Health forms an important link between an expanded definition of health and its establishment in the healthcare system. The aim of this work is to uncover potential and barriers for the establishment of Positive Health as well as for its use and application and to look at them from a health science perspective.

Methods: Between September and November 2023, fourteen people from primary care in Germany were interviewed using guideline-based expert interviews. A structuring content analysis was used to evaluate the interviews.

Results: “Positive Health” is rated by all respondents, especially by those who already use it, as well suited to the patient care in primary care setting. When analysing the tasks of family doctors and the benefits of the “Positive Health” concept, it can also be seen that it can be used to improve patient care. At present, there is still a lack of knowledge about the application and dissemination of the concept in primary care setting practices. Reservations, such as the time required and problems of understanding, can be overcome in practical application by the benefits experienced.

Conclusions: To realize this potential, a holistic strategy is needed to publicise the concept in patient care in primary care setting and to disseminate and apply it by forming networks with the active participation of stakeholders in the healthcare system.

1. Einleitung

In Deutschland überwiegt traditionell die pathogenetische Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit, womit viele Bemühungen des Gesundheitssystems darauf abzielen, Risikofaktoren zu reduzieren. Diese Sichtweise wird zunehmend durch einen salutogenetisch orientierten Blickwinkel ersetzt, durch den die Schutzfaktoren in den Fokus kommen. Dabei werden Gesundheit und Krankheit als gegensätzliche Pole eines Kontinuums betrachtet, die in einer wechselseitigen Beziehung koexistieren [1]. Vor diesem Hintergrund hat die niederländische Allgemeinmedizinerin Machteld Huber das Konzept Positive Health für die hausärztliche Versorgung entwickelt. Damit wird nicht nur eine neue Konzeption von Gesundheit vermittelt, sondern es bietet auch einen Rahmen für die Gesprächsführung mit Patient*innen [11, 13, 12].

Auch im Sozial- und Gesundheitssystem in Deutschland sollte diese Neudefinierung Beachtung finden, um die Gesundheit zu fördern, indem Ressourcen gestärkt werden. Das Studienprojekt der Masterstudiengänge Public Health und Interprofessionelles Management in der Gesundheitsversorgung der Hochschule Fulda verfolgt das Ziel, den Stand der Etablierung von „Positive Health“ in der gesundheitsbezogenen Praxis Deutschlands sowie damit verbundene Aspekte aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive zu untersuchen. Es wird die Forschungsfrage „Welche Potenziale und Barrieren des Gesprächsinstrumentes „Positive Health“ ergeben sich hinsichtlich der interprofessionellen Gesundheitsversorgung aus Perspektive von Akteur*innen im Gesundheitswesen?“ formuliert. Der Fokus dieses Artikels liegt auf den Potenzialen und Barrieren des Konzeptes „Positive Health“ für das Setting der hausärztlichen Versorgung.

Zunächst wird das Konzept selbst sowie die Rolle der hausärztlichen Versorgung vorgestellt, bevor das methodische Vorgehen bei der Datenerhebung und –analyse behandelt wird. Daraufhin werden die Ergebnisse hinsichtlich der Potenziale und Barrieren des Konzeptes „Positive Health“ für das Setting hausärztliche Versorgung dargelegt und anschließend mit dem Ziel Handlungsempfehlungen herauszuarbeiten diskutiert.

2. Theoretische Grundlagen

Gegenstand des Projektes ist das niederländische Gesundheitskonzept „Positive Health“. Diesem liegt ein umfassendes Gesundheitsmodell mit transformativen Gesundheitsansatz zugrunde. Es hebt sich von den traditionellen pathogenetisch-orientierten Sichtweisen ab, welche Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definieren, und betrachtet Gesundheit und Krankheit, durch seine salutogenetische Ausrichtung, als zwei Pole eines Kontinuums. „Positive Health“ zielt auf die Widerstandsfähigkeit des Einzelnen ab. Fachpersonen, die „Positive Health“ anwenden, verstehen darunter keine neuartige Definition von Gesundheit, sondern eine Philosophie, die gelebt werden sollte [14]. Da die allgemeingültige WHO-Definition von 1948 aufgrund von Veränderungen in der Gesellschaft und Krankheitszuständen nicht mehr zweckdienlich ist, entwickelten Huber et al. eine neue Betrachtung des Gesundheitsbegriffes mit Schwerpunkt auf der Selbstwirksamkeit, welche die Fähigkeit stärkt „[...] sich angesichts sozialer, körperlicher und emotionaler Herausforderungen anzupassen und selbst zu bewältigen.“ [12]. Aus dieser neuen Sichtweise auf Gesundheit entsprang auch das Konzept „Positive Health“ [13].

Innerhalb des Konzepts wird Gesundheit zentral, weder als ein zu erreichendes Ziel angesehen, noch als ein statischer Zustand beschrieben. Vielmehr wird es als Fähigkeit gesehen, sich den diversen Herausforderungen des Lebens anzupassen und diese durch die sechs Dimensionen von „Positive Health“ widerzuspiegeln. Es verfolgt einen dynamischen Ansatz, der den vielfältigen Bedürfnissen sowie Prioritäten eines Individuums gerecht wird [14]. Das Konzept ist stark angelehnt an das Salutogenese-Mo-

dell und dessen Gesundheitsansatz von Aaron Antonovsky, in welchem Gesundheit nicht als ein binärer Zustand gilt, sondern vielmehr Gesundheit und Krankheit als Gegenpole auf einem Kontinuum dargestellt werden [4]. Hierbei wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, bei dem das Individuum, sowie dessen Widerstandsfähigkeit, im Vordergrund steht. Diese wird nach salutogenetisch-orientiertem Ansatz durch unterschiedliche Copingstrategien gefördert und stärkt in der Folge das individuelle Kohärenzgefühl [8]. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Merkmalen zusammen: dem Verständnis vom eigenen Leben (Verstehbarkeit), den Zusammenhängen sowie die Überzeugung aufkommende Schwierigkeit im Leben zu überwinden (Handhabbarkeit) und dem Gefühl, dass die investierte Energie im Leben sinnvollen Zwecken dient (Sinnhaftigkeit) [5]. Die Salutogenese stellt, mit ihrem umfassenden Blick auf Gesundheit und dem Bezug auf Ressourcen und Prioritäten eines Individuums, die Basis für „Positive Health“ dar und schenkt damit den individuellen Bedürfnissen der Personen besondere Aufmerksamkeit. Durch den Bezug zum Kohärenzgefühl legt „Positive Health“ zusätzlich den Fokus auf die Widerstandsfähigkeit von Individuen, bspw. durch eine gesteigerte Resilienz als Schutzfaktor zum Umgang mit Stresssituationen.

Die Anwendung von „Positive Health“ wird mit einem Tool umgesetzt, das sowohl auf Kommunikation als auch auf Selbstreflexion ausgerichtet ist. In diesem wird Gesundheit mit den sechs Dimensionen „körperliche Funktion“, „mentales Wohlfühl“, „Sinnggebung“, „Lebensqualität“, „Partizipation“ sowie das „tägliche Leben“ durch eine Art „Spinnennetz“ (Abb. 1) abgebildet. Die ausfüllenden Personen schätzen sich auf einer Skala von Null bis Zehn Punkten in den einzelnen Dimensionen ein. Dies dient nicht nur zur Selbstreflexion, sondern ermöglicht über dies einen Ausgangspunkt für Gespräche zwischen Behandelnden und Patient*innen über deren Gesundheitszustand und Wohlbefinden. Es kann somit zusätzlich als Kommunikationstool betrachtet werden, das eine Kommunikation auf Augenhöhe fördert [14].

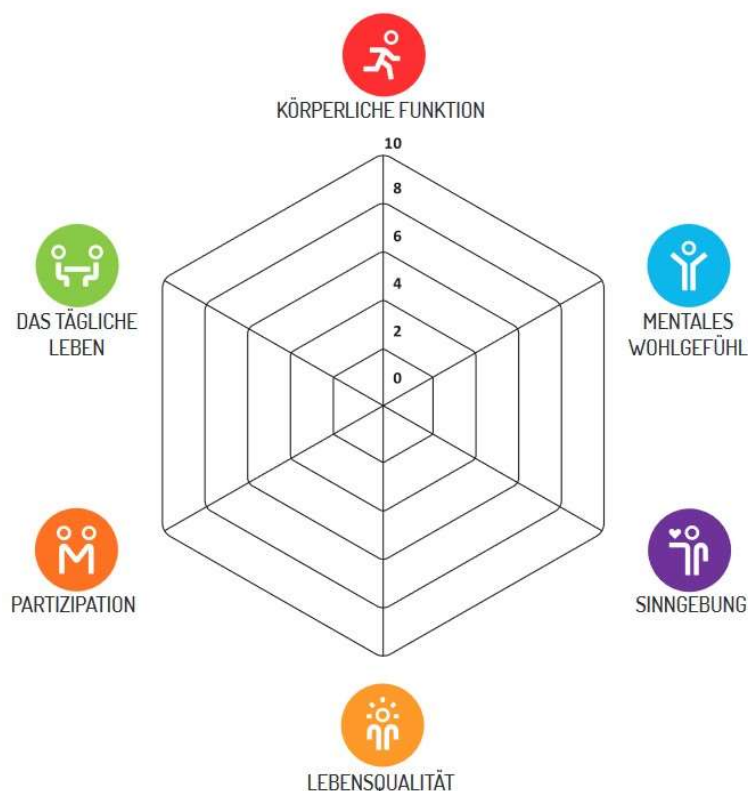


Abbildung 1: Positive Health, Erwachsenen-Spinnennetz [11]

Innerhalb des Forschungsvorhabens wird die Umsetzung und Anwendung sowie der Etablierungsstand des Gesprächsinstruments unter anderem im Setting der hausärztlichen Versorgung untersucht. Der Begriff der hausärztlichen Versorgung wird im Sozialgesetzbuch V (§ 73 Abs. 1. SGB V) festgehalten und beinhaltet:

1. „die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“

Akteur*innen der hausärztlichen Versorgung sind Allgemeinärzt*innen, Kinder- und Jugendärzt*innen sowie Internist*innen ohne Schwerpunktbezeichnung. Überdies stellt die Hausarztmedizin im Gesundheitssystem, gemäß der Definition der Europäischen Union (2002), einen primären Anlaufpunkt dar. Dieser soll für jeden Menschen, unabhängig von Alter und Geschlecht, uneingeschränkt und offen zugänglich sein. In der hausärztlichen Versorgung wird, wenn nötig, an spezielle Fachpersonen überwiesen. Hausärzt*innen agieren speziell mit Blick auf die individuelle Situation der einzelnen Patient*innen. Dies umfasst nicht nur das Individuum, sondern auch deren Familie und Lebensumfeld. Sie sind Ansprechpartner für akute und chronische Gesundheitsprobleme, dienen durch geeignete Interventionen der aktiven Gesundheitsförderung und beachten bei der Behandlung umfassend physische, psychologische, soziale, kulturelle und existenzielle Dimensionen der Gesundheit [17].

3. Methodisches Vorgehen

3.1 Der Feldzugang

Das Forschungsfeld wird auf Akteur*innen der hausärztlichen Versorgung eingegrenzt und fokussiert auf Personen, die bereits Kontakt oder Erfahrung mit „Positive Health“ oder ähnlichen Konzepten hatten oder in einem für „Positive Health“ geeigneten Setting arbeiten. Der Feldzugang wird über Gatekeeper unterstützt, die Informationen über das Projekt an Personen weitergeben, die an Workshops zu „Positive Health“ teilgenommen haben oder bereits Erfahrungen in der Anwendung haben. Darüber hinaus wird das Forschungsanliegen über den ListServer für Allgemeinmedizin geteilt, um Personen zu erreichen, die mit „Positive Health“ vertraut sind. Im Rahmen des Feldzugangs werden insgesamt 69 Personen aus sechs unterschiedlichen Institutionen, Organisationen und Netzwerken angeschrieben. Hierzu werden ein Anschreiben und ein Informationsflyer mit den Eckdaten des Projektes erstellt. Insgesamt konnten vierzehn Personen für das Vorhaben gewonnen werden. Die Interviews fanden zwischen dem September und November 2023 digital oder telefonisch statt. Die Verteilung nach den Professionen der Befragten und ihrer Expertise hinsichtlich „Positive Health“ ist in Abbildung 2 dargestellt.

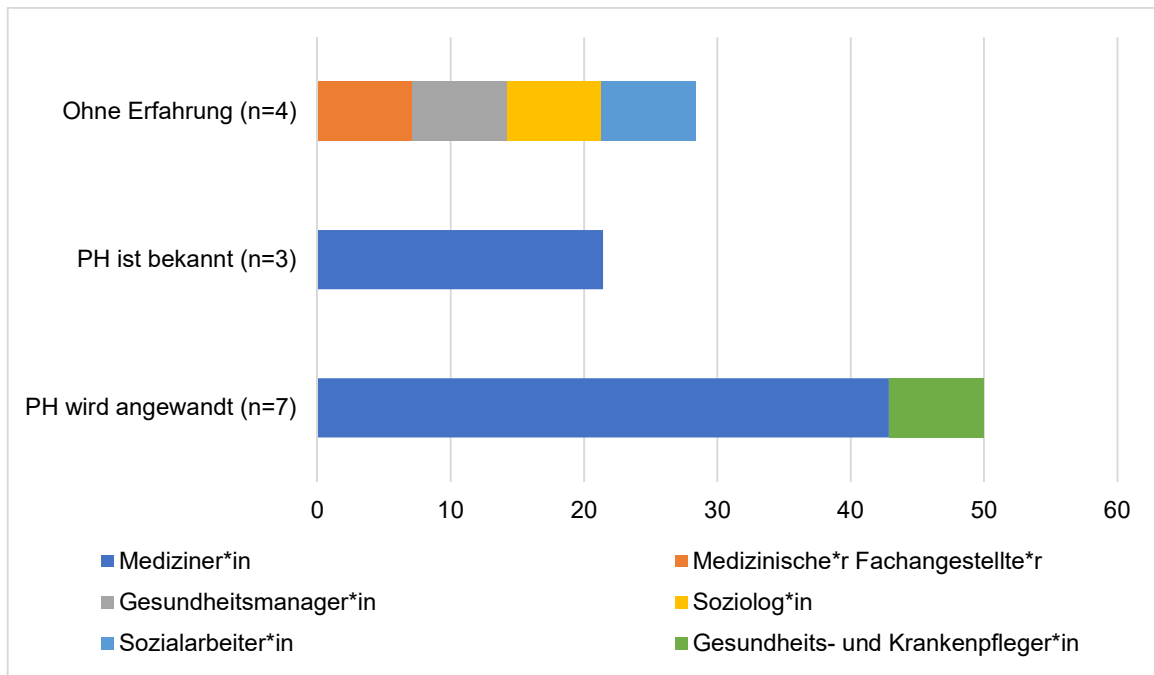


Abbildung 2: Verteilung von Professionen nach Grad der Expertise (in Prozent), eigene Darstellung

3.2 Das leitfadengestützte Experteninterview

Die diesem Artikel zugrundeliegenden Daten wurden in Form leitfadengestützter Experteninterviews erhoben, um den Interviewpartner*innen die Gelegenheit zu bieten, sich in Bezug auf bestimmte Themenfelder auf Grundlage ihrer persönlichen Relevanzen aber auch mit Hilfe ihrer eigenen Sprache mitzuteilen [10]. Durch einen Leitfaden können zudem Aspekte außerhalb der Relevanzen des Gegenübers erfragt werden [9].

Da die Wissensgebiete „Positive Health“ und hausärztliche Versorgung Teil der Forschungsfrage sind, sollen hier Sonderwissensbestände der genannten Personengruppe rekonstruiert werden [10, 2, 6]. Als Expert*innen werden Personen angesehen, die durch ihr Wissen über „Positive Health“ oder ähnliche Konzepte sowie durch dessen Anwendung eine relevante Beziehung zum Forschungsgegenstand vorweisen. Ein weiteres Kriterium in der Einstufung als Expert*in ist die Fachkompetenz, die z.B. durch den Erwerb einer beruflichen Profession erreicht wird [10]. Da die Forschungsfrage explizit auf die Perspektive von Akteur*innen aus der hausärztlichen Versorgung eingeht, ist es notwendig, dass die Befragten durch spezifisches Rollenwissen Handlungs- und Sichtweisen aus diesem Setting adäquat repräsentieren [10, 9].

Um eine ausgeprägte Datentiefe zu erreichen, bietet sich ein funktionsorientiertes, asymmetrisches Kommunikationsdesign in Form eines Leitfadens an. Dadurch wird Raum für detaillierte Nachfragen geboten, ein größerer Bezug zu praxis- und erfahrungsbezogenem Wissen hergestellt und eine bessere Vergleichbarkeit der erhobenen Daten für den späteren Forschungsverlauf gewährleistet [9].

Die Leitfäden werden mit Hilfe der SPSS-Methode entwickelt. SPSS steht als Akronym für die Schritte Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsummieren [9]. Insgesamt werden zwei Leitfäden für Fachpersonen aus der hausarztzentrierten Versorgung mit und für Fachpersonen ohne Erfahrung in der Anwendung von „Positive Health“ erstellt. Zur Erprobung wird für jeden Leitfaden ein Pretest durchgeführt und danach werden die Leitfäden zur finalen Anwendung angepasst.

3.3 Die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Für die Auswertung werden die Interviews anhand von Transkriptionsregeln in Anlehnung an mehreren Autoren transkribiert [3, 7, 15, 16]. Im Rahmen der weiteren Bearbeitung wird mithilfe der Software MAXQDA 2022 gearbeitet.

Bei der Auswertungsmethode wird sich für die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz entschieden, da der Fokus auf einer inhaltlichen und thematischen Auswertung liegt. Erste Hauptkategorien werden deduktiv mithilfe der Forschungsfrage, deren Unterfragen sowie des Leitfadens gebildet. Mittels dieser deduktiv gebildeten Hauptkategorien wird das Material durchkodiert, wodurch weitere relevante Textstellen identifiziert und daraufhin diverse Kategorien induktiv gebildet werden.

| Code | Hauptkategorie | Code | Subkategorie |
|------|---|------|--|
| 1. | Subjektive Bewertung durch Akteure ohne PH-Erfahrung | 1.1 | Zugang zum PH-Instrument |
| 2. | Verständnis des Konzepts bei Personen mit PH-Erfahrung | | |
| 3. | Mögliche Anwendungsfelder des Instruments | 3.1 | Mögliche Nicht-Anwendungsfelder des Instruments |
| 4. | Potenziale (zusätzlicher Nutzen für Beteiligte und Akteure sowie IPZ) | 4.1 | Wahrgenommene Potenziale |
| | | 4.2 | Erwartete Potenziale |
| 5. | Barrieren | 5.1 | Barrieren/ Herausforderungen im Rahmen der Implementierung |
| | | 5.2 | Barrieren/ Herausforderungen im Rahmen der Anwendung |
| 6. | Bedarfe | | |
| 7. | Erfahrungen in der IPZ | 7.1 | Erwartungen an das Gesprächstool „PH“ bzgl. der IPZ |
| | | 7.2 | Vor Etablierung des Instruments |
| | | 7.3 | Nach Etablierung des Instruments |
| | | 7.4 | Herausforderungen in der IPZ |
| | | 7.5 | Bedarfe in der IPZ |
| 8. | Einschätzung der Umsetzbarkeit des Instruments im Berufsalltag | 8.1 | Erwartete Umsetzbarkeit |
| | | 8.2 | Erfahrene Umsetzbarkeit |
| | | 8.3 | Flächendeckende Umsetzbarkeit |
| 9. | Erfahrungen mit dem Instrument | 9.1 | Anwendung mit Patient*innen |
| | | 9.2 | Anwendung im Team |
| 10. | Alternative Konzepte/ Anamnesetools | 10.1 | Erfahrung in der Anwendung von alternativen Konzepten/ Anamnesetools |

Tabelle 1: Übersicht der Haupt- und Subkategorien, eigene Darstellung

Innerhalb der Forschungsgruppe werden alle induktiven und deduktiven Haupt- sowie Subkategorien diskutiert und definiert. Auf dessen Grundlage wird ein Kategorienhandbuch erstellt. In Tabelle 1 erfolgt eine Übersicht der Haupt- und Subkategorien. Nach der Finalisierung des Kategorienhandbuchs wird mit dessen Hilfe das gesamte Interviewmaterial nachkodiert. Die kodierten Textstellen werden

anschließend paraphrasiert und in eine Paraphrasenmatrix zusammengefasst. Anhand dieser erfolgt die Generalisierung der Paraphrasen. Diese werden zur besseren Übersicht aufsummiert und in eine Generalisierungstabelle überführt.

4. Ergebnisse

4.1 Die Implementierung von Positive Health

Für die Ergebnisse der förderlichen und hindernden Faktoren bezüglich der Etablierungsphase von „Positive Health“, der Anwendung mit Patient*innen sowie der Nutzung von „Positive Health“ im hausärztlichen Setting werden die Kategorien 1. Subjektive Einschätzung des Konzepts, 4. Potenziale, 4.1 Wahrgenommene Potenziale, 4.2 erwartete Potenziale, 5. Barrieren, 5.1 Barrieren im Rahmen der Etablierung sowie 6. Bedarfe einer nachhaltigen Etablierung beleuchtet. Ebenso werden die Kategorien 3. und 3.1 Geeignete und ungeeignete Anwendungsfelder eingeschlossen.

4.1.1 Subjektive Einschätzung des Konzeptes

Bei der Entscheidung, ob ein Konzept wie „Positive Health“ im Alltag einer Hausarztpraxis etabliert werden soll, spielt die subjektive Einschätzung von behandelnden Personen eine wichtige Rolle. Neben der am häufigsten genannten ansprechenden Optik wird das Konzept zudem als hilfreiches Werkzeug für den Berufsalltag von Hausarzt*innen eingeschätzt. Dies wird mit dem hohen Maß an Patient*innen-zentrierung durch den Fokus auf die individuellen Ressourcen, aber auch mit dem Potenzial einer gesteigerten Patient*innen-Partizipation sowie einem umfassenden, gemeinsamen Gesundheitsbegriff begründet. Auch wird dem Konzept das Potenzial zugeschrieben, einen Perspektivwechsel von Pathogenese zur Salutogenese zu unterstützen.

Dem gegenüber werden Aspekte angesprochen, die gegen die Etablierung des Konzeptes sprechen. Hierzu zählen unter anderem die Subjektivität des Instruments und, dass die Dimensionen nicht als weitreichend genug empfunden werden.

4.1.2 Geeignete Handlungsfelder für Positive Health

„Positive Health“ wird von allen Befragten als gut geeignet für das Setting der hausärztlichen Versorgung eingeschätzt. Explizit wird sich auf die Bereiche der Check-Up- und U-Untersuchungen sowie die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und chronisch Kranken und auf Erstgespräche bezogen. Lediglich der Bereich der Behandlung von akuten Beschwerden und Erkrankungen wird als ungeeignet erachtet.

4.1.3 Barrieren im Implementierungsprozess

Der Zeitaufwand, der mit dem „Positive Health“-Konzept einhergeht, stellt für Anwendende und für Personen ohne Anwendungserfahrung die größte Barriere dar. Auch die fehlende Implementierung selbst wird in Form einer ungenügenden Verbreitung des Instruments und fehlendem Netzwerk von beiden Gruppen aufgegriffen. Nicht explizit auf die Implementierung bezogen, nennen beide Personengruppen fehlende Klarheit über die tatsächliche Aussagekraft und den damit verbundenen Nutzen des Konzepts als weitere große Barriere.

Personen ohne Erfahrung in der Anwendung von „Positive Health“ nennen als häufigste Barriere der Implementierung den Zugang zu Informationen zum Konzept und den Mehraufwand für Behandelnde und Praxen, der mit der Übersetzung des Konzepts in die deutsche Sprache einhergeht. Fehlende technische Ressourcen zum Informationsaustausch und für die Datenübertragung sowie mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit erschweren die Implementierung.

Von den „Positive Health“-Anwendenden werden politische Hürden des Gesundheitssystems als mitunter größte strukturelle Barriere für die Implementierung geschildert.

4.1.4 Bedarfe für die nachhaltige Implementierung

Personen, die „Positive Health“ aktiv nutzen, betonen die Notwendigkeit der Qualifizierung von Fachpersonen über das „Positive Health“ Konzept und die Einbindung des Teams zur nachhaltigen Implementierung. Sie skizzieren einen Bedarf an Anreizen, sowohl für die Qualifikation als auch für die Anwendung. Neben einer stärkeren Öffentlichkeitsarbeit wird von den Anwendenden die Stärkung der Kommunikationsfähigkeit in der Gesprächsführung angeführt. Auch wird als Schwachpunkt des Konzepts der Wunsch nach einer alternativen Anwendungsmethode für Personen mit intellektuellen Förderbedarfen angebracht.

Gerade Personen, die „Positive Health“ nicht aktiv anwenden, sehen die Vernetzung von „Positive Health“-Nutzenden als Fundament einer nachhaltigen Implementierung. Eine starke Vertrauensbasis zwischen Patient*innen und Behandelnden sowie klare Zuschreibungen von Verantwortlichkeiten im Rahmen der Anwendung innerhalb der Praxis werden ebenfalls benötigt.

4.2 Die Anwendung von Positive Health mit den Patient*innen

4.2.1 Barrieren in der Anwendung mit Patient*innen

Als häufigste Barriere wird die Notwendigkeit eines Vertrauensverhältnisses genannt. Personen mit als auch ohne Anwendungserfahrungen sehen zudem einen möglichen Trigger, im Sinne von Druck durch eine persönliche Ansprache. Weiterhin beziehen sich beide Gruppen auf Verständnisprobleme aufgrund der hohen Komplexität des Instruments. Darunter werden sowohl vereinzelt sprachliche Hürden bzw. fehlende Literalität genannt, als auch Problematiken, die aufgrund der Darstellung beim Ausfüllen des Spinnennetzes entstehen können.

Weitere häufig genannte Barrieren sind der zeitliche Faktor innerhalb der Patient*inneninteraktion sowie möglicherweise fehlende Selbstreflexionsfähigkeit von Seiten der Patient*innen. Eine fehlende Bekanntheit von „Positive Health“ und eventuell fehlendes Interesse der Patient*innen sowie der Aspekt, dass „Positive Health“ nur geeignet ist, wenn Personen sich darauf einlassen, wird außerdem als hinderlich in der Anwendung gesehen. Ebenso werden Bedenken bzgl. des Datenschutzes, eine Verzerrung durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit und die Schwierigkeit der Einschätzung einer passenden Zielgruppe genannt.

4.2.2 Potenziale in der Anwendung mit Patient*innen

Allgemein sind die Interviewten der Meinung, dass das Konzept „Positive Health“ als Reflexionswerkzeug gut geeignet ist und eine neue Sicht auf Gesundheit sowie eine Steigerung des Lebensgefühls bietet. Am häufigsten werden die Förderung der Selbstwirksamkeit sowie die Förderung des Ressourcenmanagements durch das Konzept geschildert. Ein weiterer Mehrwert verspricht die Förderung der Kommunikation zwischen Fachpersonen und Patient*innen.

Im Rahmen der Interviews werden sowohl erwartete als auch wahrgenommene Potenziale abgefragt. Hier gibt es Überschneidungen der Antworten, wobei am häufigsten die Förderung des patient*innen-zentrierten Blickwinkels, welcher eine Identifizierung der individuellen Bedürfnisse ermöglicht, und die Förderung der Selbstwirksamkeit genannt werden.

Ebenso wird die Förderung der Kommunikation zwischen Fachpersonen und Patient*innen sowie die Förderung des Ressourcenmanagements als Potenzial im Rahmen der Anwendung von „Positive

Health“ wahrgenommen und erwartet. Vereinzelt werden auch die Ganzheitlichkeit sowie Motivationsförderung als wahrgenommene und erwartete Potenziale benannt.

Personen mit „Positive Health“-Erfahrung nehmen die einfache Verständlichkeit, den niedrighschwelligen Zugang zum Instrument sowie Zeitersparnis durch die Anwendung von „Positive Health“ als Potenziale wahr. Niedrighschwelliges Empowerment, die Förderung eines gemeinsamen Gesundheitsbegriffs und des Gefühls von Wertschätzung werden ebenfalls als Potenziale benannt. Es wird berichtet, dass die Patient*innen sich ernstgenommen fühlen und auch die schwere Thematik von psychischen Beschwerden berücksichtigt werden kann. Dies kann die Sinnhaftigkeit für und die aktive Rolle von Patient*innen im Ärzt*innengespräch fördern. Weiterhin kann schrittweise eine Zielsetzung für Patient*innen erfolgen und das „Positive Health“-Konzept bietet Hilfe bei multiplen gesundheitlichen Problemen.

Für Personen ohne „Positive Health“-Erfahrung sind die ganzheitliche Verbesserung des Wohlbefindens von Patient*innen, die Förderung der Arzt-Patienten-Beziehung und eine patient*innen-zentrierte Problemorientierung zu erwartende Potenziale. Am häufigsten wird genannt, dass die Einbeziehung der persönlichen Ziele der Patient*innen sowie die Interaktion mit Patient*innen gefördert werden kann. Zudem kann mit dem Instrument das Gespräch sowohl von den Patient*innen als auch von Fachpersonen vorbereitet werden. Ebenso wird als Potenzial benannt, dass die Alltagsprobleme und vorhandene Emotionen im „Positive Health“-Konzept erfasst werden und, dass eine Selbstermächtigung der Patient*innen erwartet wird.

4.3 Die Nutzung von „Positive Health“ im Setting

4.3.1 Barrieren in der hausärztlichen Versorgung

Als Barriere für die Implementierung und Anwendung wird die Vorarbeit sowie Unklarheit des Verständnisses des Instrumentes genannt. Herausfordernd ist der Zugang zu Informationen und dem Instrument selbst. Hinsichtlich der Anwendung ist ein Perspektivwechsel im Praxisteam notwendig, der alternative Behandlungsmethoden in Betracht zieht.

Der zeitliche Aspekt wird wiederholt als hinderlicher Faktor genannt. Darunter fallen zeitliche Ressourcen beim gesamten Praxisteam, die für das Informieren und Erlernen notwendig sind sowie die Zeit zur Anwendung des Instruments im Praxisalltag mit den Patient*innen. Diese zeitlichen Ressourcen bedeuten einen Mehraufwand für Hausarztpraxen. Finanzielle Barrieren werden ebenfalls wahrgenommen, aufgrund des hohen wirtschaftlichen Drucks auf Hausarztpraxen und der Kosten von „Positive Health“-Kursen. Als weitere hinderliche Faktoren werden vor allem die Unbekanntheit und ungenügende Verbreitung des Instruments genannt sowie das noch nicht etablierte Netzwerk identifiziert.

Des Weiteren werden Verständnisprobleme aufgrund einer zu hohen Komplexität des Instrumentes genannt. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass Patient*innen klare Anweisungen beim Ausfüllen des Spinnennetzes benötigen. Zudem sei es schwer einzuschätzen, welche Patient*innen erfolgversprechend für das Instrument seien.

4.3.2 Potenziale in der Nutzung in der hausärztlichen Versorgung

Von Fachpersonen ohne „Positive Health“-Erfahrung wird erwartet, dass sich durch eine Etablierung des Instrumentes eine Förderung der Kommunikation unter dem Fachpersonal und den Patient*innen ergeben könnte. Dem Gesprächsinstrument wird eine hohe Flexibilität in der Anwendung hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, da es sowohl von Ärzt*innen als auch von medizinischem Fachangestellt*innen (MFA), mit gewissen Freiheiten und nach deren Präferenzen, angewendet werden kann. Zudem kann es als eine Art der Anleitung für eine Anamnese dienen. Zusätzlich wird erwartet, dass es zu einer Verbesserung der Kommunikation innerhalb des Praxisteams führt. Weitere

erwartete Potenziale sind die Annahmen, dass die Anwendung zu einem umfassenderen Gesundheitsblick führt und der Bedarf von Patient*innen leichter einschätzbar wird und so eine schnellere Identifizierung geeigneter Behandlungsansätze möglich ist.

Allgemein wird die Erfahrung geschildert, dass das Instrument als sehr verständlich und einfach in der Handhabung wahrgenommen wird. Darüber hinaus wird berichtet, dass das Instrument die Zufriedenheit des Fachpersonals steigert, da sie die Erfolge bringen kann, die von Fachpersonen angestrebt werden. Eine Zeitersparnis wird ebenfalls wahrgenommen, da relevante Informationen in kurzer Zeit erschlossen werden können.

5 Diskussion

Anhand der Ergebnisse lässt sich erkennen, dass sowohl für die Implementierung, die Anwendung mit Patient*innen und die Nutzung von „Positive Health“ im Setting der hausärztlichen Versorgung verschiedene Barrieren als auch Potenziale bestehen. Als Barrieren werden hauptsächlich der zeitliche Faktor sowie die fehlende Bekanntheit des Konzeptes angegeben und als Potenziale wird der Perspektivwechsel, von Pathogenese hinzu Salutogenese, ein neuer und umfassender Blick auf Gesundheit sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Gesundheitsbegriffs genannt.

Verständnisprobleme durch eine zu hohe Komplexität wird als Hindernis bei der Nutzung im Setting und in der Anwendung mit Patient*innen befürchtet. Anhand der Interviewergebnisse zeigt sich jedoch, dass die Förderung der Kommunikation zwischen Fachpersonen und Patient*innen sowie auch die generelle Förderung der Arzt-Patienten-Beziehung identifiziert werden können. Ebenso identifiziert wird das Potenzial zur Förderung der Kommunikation sowohl im Praxisteam als auch in der Gesprächsführung.

Im Rahmen der Implementierung wird ein Mehraufwand für die Praxen gesehen, besonders durch die Übersetzung des Konzepts in die deutsche Sprache. Die aktuelle Publikation des Handbuchs in der deutschen Sprache wirken der Kritik bereits entgegen. Alle Materialien sind direkt verfügbar, womit das ermittelte Potenzial, der niedrighschwellige Zugangs zum Instrument, bestärkt wird.

Einige Ergebnisse widersprechen sich, wie z.B. die Aussage des zeitlichen Faktors, welcher sowohl durch den zeitlichen Aufwand als Barriere als auch durch eine Zeitersparnis als Potenzial genannt wird. Ebenso steht die einfache Verständlichkeit als Potenzial im Gegensatz zu Unklarheiten über das Instrument und Verständnisproblemen durch eine hohe Komplexität des Instruments. Zudem wird die fehlende Vermittlung von Krisenbewältigung sowie Selbstreflexion, was im Antagonismus zu dem Instrument als gutes Reflexionswerkzeug steht, und mangelnde Umfänglichkeit der Dimensionen als Barriere genannt. Diese Ergebnisse lassen sich dadurch erklären, dass sowohl Personen mit „Positive Health“-Erfahrung sowie Personen ohne Vorkenntnisse zu dem Konzept und Erfahrungen in der Anwendung interviewt wurden. Es lässt sich ableiten, dass Vorbehalte bei der Anwendung des Konzeptes nicht bestätigt werden. Somit könnten dies durch den vermehrten Einsatz in der hausärztlichen Praxis aufgelöst werden.

Die hausärztliche Betreuung soll koordinierend in der Versorgung unter Einbezug des häuslichen und familiären Umfeldes tätig sein. Neben der Dokumentation von Behandlungen ist es die Aufgabe, präventive und rehabilitative Maßnahmen durchzuführen oder zu veranlassen. Dabei sind nichtärztliche Hilfen und flankierender Dienste mit einzubeziehen (vgl. Abschnitt 2). Da „Positive Health“ den ganzheitlichen patientenzentrierten Blick ermöglicht, wird der Einbezug des häuslichen und familiären Umfeldes unterstützt. Mit dem Spinnennetz wird die Selbsteinschätzung der Patient*innen dokumentiert und kann somit als Grundlage für weitere Maßnahmen dienen. Die Patient*innen werden darin unterstützt zu erkennen, welche präventiven oder rehabilitativen Maßnahmen sowie nichtärztliche oder flankierende Maßnahmen für sie sinnvoll sind. Dadurch kann der Erfolg dieser Maßnahmen gefördert

werden, da die Patient*innen eine aktive Rolle einnehmen. Zudem können sich sowohl Behandelnde als auch Patient*innen mithilfe des Instruments auf das Arzt-Patienten-Gespräch vorbereiten, was eine Zeitersparnis und schnelle Identifizierung der Behandlungsansätze ermöglicht.

Insgesamt kann das Instrument als gut geeignetes Tool zur Anwendung mit Patient*innen im hausärztlichen Setting eingestuft werden, da es einen weitreichenden Nutzen aufweist. Im Rahmen der Anwendung und Implementierung sollten die Barrieren berücksichtigt und Lösungsansätze für diese gesucht werden. So ist es wichtig, durch die Bildung von Netzwerken und durch die Verbreitung des Konzeptes sowohl für die hausärztlichen Praxen als auch für die Patient*innen das Konzept nutzbringend einzusetzen.

6. Fazit

Mit Hilfe der Daten können sowohl Barrieren als auch Potenziale für die Implementierung von „Positive Health“ im hausärztlichen Setting identifiziert werden. Obgleich sich Fachpersonen mit diversen Herausforderungen, wie der mit der Implementierung und Anwendung verbundene zeitliche Aufwand, dem begrenzten Bekanntheitsgrad und einem noch nicht etablierten Netzwerk rund um „Positive Health“ sowie den finanziellen Hürden, welche die Schulungs- und Materialkosten miteinschließen, konfrontiert sehen, überwiegen die Potenziale hinsichtlich Umsetzung und Anwendung. Ausgehend von einem Perspektivwechsel, von der Patho- zur Salutogenese, wird neben der ganzheitlichen Gesundheitsbetrachtung auch der personenzentrierte Blickwinkel von Fachpersonen gefördert. Die Daten weisen zudem darauf hin, dass die Kommunikation zwischen Patient*innen und Fachkräften verbessert und das Instrument der oftmals zugeschriebenen Rolle als Gesprächsstool gerecht wird.

Insgesamt zeigt sich, dass „Positive Health“ einen vielversprechenden Ansatz für das hausärztliche Setting darstellt, welcher das Potenzial besitzt, eine optimale Patient*innenversorgung zu fördern. Für die Überwindung der beschriebenen Hindernisse braucht es eine ganzheitliche Strategie, welche insbesondere den Perspektivenwechsel auf die Ressourcen der Patient*innen und die Einbeziehung der Patient*innen in die Entscheidungsfindung sowie die Bildung von Versorgungsnetzwerken und die politische Unterstützung betrifft.

Zwar füllen die erhobenen qualitativen Daten einen Teil der Forschungslücke, dennoch wird mit ihnen lediglich ein Grundstein gesetzt, da es für einen ganzheitlichen Überblick weitere Forschung bedarf, die neben der Perspektive von Akteur*innen der hausärztlichen Versorgung auch die Rolle von Sozialarbeiter*innen und Community Health Nurses betrachtet. Hierfür ist auch die Sicht von Patient*innen auf das „Positive Health“-Konzept essentiell.

7. Literaturverzeichnis

- [1] Antonovsky A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen.
- [2] Baur N., Blasius J. (2022): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- [3] Berge B. von dem (2020): Teilstandardisierte Experteninterviews. In: Tausendpfund M., Fortgeschrittene Analyseverfahren in den Sozialwissenschaften. Grundwissen Politik. Springer VS, Wiesbaden, S. 275-300.
- [4] Dresen B. (2009): Was ist Salutogenese?, 2. Auflage. Salutogenese und Sinn – Herz mit Ohren. Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim.
- [5] Faltermaier T. (2023): Salutogenese. Leitbegriffe der BZgA. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>. Accessed 27 Apr 2024.
- [6] Flick U. (2003): Qualitative Sozialforschung — Stand der Dinge. In: Orth B., Schwietring T., Weiß J., Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven. Ein Handbuch. leske + budrich, S. 309–321.
- [7] Gläser J., Laudel G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, 3. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- [8] Habermann-Horstmeier L. (2023): Studienmaterial wissenschaftliches Weiterbildungsangebot EE-Ewiss Modul Nr. 5 Gesundheitskompetenz. Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften Braunschweig/ Wolfenbüttel.
- [9] Helfferich C. (2022): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N., Blasius J., Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 875–892.
- [10] Honer A. (1994): Das Explorative Interview. Zur Rekonstruktion der Relevanzen von Expertinnen und anderen Leuten. Schweiz. Z. Soziol. 20(3), S. 623–640.
- [11] Huber M., Jung H.P., van den Brekel-Dijkstra K. (2023); Handbuch Positive Gesundheit in der Hausarztpraxis. Gemeinsam an einer sinnvollen Versorgung arbeiten. Springer, Berlin.
- [12] Huber M., Knottnerus J.A., Green L., van der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M.I., van der Meer J.W.M., Schnabel P., Smith R., Weel C., Smid H. (2011): How should we define health? BMJ (Clinical research ed.) S.343.
- [13] 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): e010091.
- [14] Institute for Positive Health. <https://www.iph.nl/en/>. Accessed 23 Feb 2024.
- [15] Kuckartz U. (2010): Die Texte: Transkription, Vorbereitung und Import. In: Kuckartz U., Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Lehrbuch, 3. Aktualisierte Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 29–56.
- [16] Mayer H.O. (2013): Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung, 6. Aufl. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.
- [17] Wonca Europe (2002): Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin, World family doctors. Caring for people. Europe (Wonca), Barcelona.