

4 Bedeutung für den Patienten

4.1 Motivation von Patienten und Ärzten

S. Ludt, J. Szecsenyi

Nach der weit gefassten Definition von Mook werden unter dem Begriff „Motivation“ diejenigen Prozesse verstanden, die zielgerichtetes Verhalten auslösen und aufrechterhalten [Mook 1996]. Das Studium der Motivation beinhaltet die Suche nach generellen Prinzipien, die erklären sollen, warum Menschen und Tiere Handlungen in jeweils spezifischen Situationen wählen, beginnen und aufrechterhalten. In der Motivationspsychologie gibt es keine einheitlich gültige Motivationstheorie, sondern viele Ansätze, die sich zu einem „Motivationspuzzle“ zusammenfügen. Im Kontext des Praxisalltags interessiert vor allem die Fragestellung, wie Patienten zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen motiviert werden können und woraus das Praxisteam Motivationsimpulse zur Optimierung der Patientenversorgung erhalten kann.

Um den Prozess der Verhaltensänderung besser zu verstehen und für die Beratung nutzbar zu machen, wurden in den letzten Jahren verschiedene psychologische Modelle entwickelt, aus denen Beratungsinstrumente („5-A-Strategie“, s. Abb. 4.2) für die allgemeinärztliche Praxis abgeleitet werden können. Im folgenden Beitrag werden diese Beratungsinstrumente, die als Motivationshilfen für Patienten, aber auch als Handwerkszeug und Handlungsgerüst für den klinisch tätigen Arzt dienen sollen, vorgestellt. Der zweite Teil des Beitrags beschäftigt sich mit der Motivation klinisch tätiger Ärzte und ihrer Praxisteams, ihre Handlungsroutinen zu ändern und zu verbessern.

4.1.1 Motivation der Patienten

Im klinischen Praxisalltag geht es in der Versorgung und Beratung chronisch kranker Patienten neben diagnostischen Maßnahmen und der Medikamenten-Compliance häufig um die Änderung von Risikoverhaltensweisen bzw. um Hinweise zur Selbstbehandlung und die Stärkung des Selbstmanagements. Die positiven Auswirkun-

**Motivation durch
Beratung**

gen gesundheitsfördernder Lebensstiländerungen auf chronische Erkrankungen sind erwiesen; dies gilt insbesondere für die Ausübung regelmäßiger körperlicher Aktivität, Nichtrauchen, gesundes Ernährungsverhalten oder Stressmanagement [Blair et al. 1992, Ornish et al. 1998, U.S. Preventive Services Task Force 1996, WHO 2002].

Obwohl die Gesundheit in der Bevölkerung einen relativ hohen Stellenwert besitzt [Müller 2001], ist die Bereitschaft zum gesundheitsfördernden Handeln unterschiedlich ausgeprägt. Darüber hinaus stellen Verhaltensänderungen langfristige und störanfällige Prozesse dar, in denen der gesundheitliche Gewinn für den Patienten im Gegensatz zu kurativen Maßnahmen oft zunächst nicht spürbar und darüber hinaus mit Anstrengungen oder Genussverzicht (z.B. Kalorienreduktion) verbunden ist. Langzeituntersuchungen von multifaktoriellen gesundheitsfördernden Programmen bei Patienten nach Myokardinfarkt, die psychosoziale und edukative Maßnahmen mit Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität kombinierten, zeigten nach einem zunächst positiven Effekten auf die Mortalität mittelfristig nachlassende Effekte [Cupples, McKnight 1999]. Eine Verankerung von Grundprinzipien der motivierenden Beratung zu Gesundheitsverhalten ist in der hausärztlichen Langzeitversorgung daher unumgänglich, zumal der Hausarzt an zentraler Stelle der Gesundheitsversorgung steht und in der Regel den Patienten und dessen soziales Umfeld kennt und ihn kontinuierlich betreut, so dass Empfehlungen gezielt angepasst werden können. Für Patienten stellt umgekehrt der ärztliche Rat einen entscheidenden Motivationsfaktor dar [Baum et al. 1996].

Wie muss jedoch der ärztliche Rat erfolgen, damit er beim Patienten zur Verhaltensänderung oder zur Beibehaltung gesundheitsfördernder Aktivität führt?

Theoretische Grundlagen

Grundlagen der Beratungsaktivität

Beratung ist definiert als eine kooperative Form der Interaktion zwischen Patient und Hausarzt bzw. anderen in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen, die Patienten dabei behilflich sind, Verhaltensformen anzunehmen, die mit Gesundheitsverbesserungen einhergehen [U.S. Preventive Services Task Force 1996]. Dabei sind die Beratungsmechanismen nicht klar definiert und stellen eher eine Art „Blackbox“ dar als ein solides Handwerk; ferner stehen Ergebnis und Einsatz oft in keinem logischen Verhältnis zueinander. Neuere Ansätze aus der Lern-, Beratungs- und Motivationsforschung zeigen jedoch, dass (präventive) Beratung erlernt werden und ein wirksames und rationales Vorgehen in der hausärztlichen Praxis daraus abgeleitet werden kann [Bothelo, Skinner 1995, Keller, Kalkuza, Basler 2001].

Im Praxisalltag wird der Patient vom Hausarzt auf sein Risikoverhalten (z.B. Rauchen) angesprochen und damit ein Problem aufgeworfen. Der Patient ordnet dieses gesundheitliche Problem in seinen persönlichen Lebenskontext ein und entscheidet für sich, ob er zu einer Verhaltensänderung bereit ist oder andere Probleme Priorität haben. Ist der Patient veränderungsbereit, beginnt ein Umstellungsprozess, in dem er sein Wissen und seine Einstellungen ändern sowie Verhaltens- und Prozessfähigkeiten erlernen muss und unterstützende Hilfestellungen von Seiten des Arztes auf fruchtbaren Boden fallen. Bei fehlender Veränderungsbereitschaft des Patienten können jedoch ärztliche Interventionen zu Blockierung und Verdrängung führen und das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten. Auch muss bedacht werden, dass menschliches Verhalten sich nicht schlagartig verändert, sondern dass sich diese Veränderung in einem Prozess stufenweise vollzieht. Diesen Prozess der Verhaltensänderung beschreibt das **transtheoretische Modell** (TTM) von Prochaska und Di Clemente [Prochaska et al. 1994, Prochaska, Di Clemente 1985], das die theoretische Grundlage für die Entwicklung von Beratungsstrategien im hausärztlichen Alltag bildet und zur Effizienzsteigerung von Beratungsaktivitäten führt [Basler 1995, Keller 1999, Steptoe 1999].

Das transtheoretische Modell [Keller, Kalkuza, Basler 2001, Keller 1995] geht davon aus, dass Verhaltensänderung ein Prozess ist, der sich durch das aktive Durchlaufen unterschiedlicher, aufeinander aufbauender Stufen („stages of change“) beschreiben lässt:

- ▲ Absichtslosigkeit (Precontemplation)
- ▲ Absichtsbildung (Contemplation)
- ▲ Vorbereitung (Preparation)
- ▲ Handlung (Action)
- ▲ Aufrechterhaltung (Maintenance)

Die **5 Stufen der Verhaltensänderung** bilden das zentrale organisierende Konstrukt des TTM und repräsentieren die zeitliche Dimension des Veränderungsprozesses.

Die Verweildauer in den einzelnen Stadien ist individuell sehr unterschiedlich; für eine erfolgreiche Veränderung des Problemverhaltens ist jedoch das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der in diesen Stufen relevanten Veränderungsprozesse erforderlich, da sonst die Gefahr von Rückfällen steigt [Keller, Kalkuza, Basler 2001]. In der Regel ist das lineare Durchlaufen der verschiedenen Phasen jedoch eher die Ausnahme, da Rückfälle vorkommen und in das Modell integriert werden. Der tatsächliche Verlauf der Verhaltensänderung wird daher eher als spiralförmiges Geschehen verstanden, in dem die konstruktive Verarbeitung der Misserfolgserfahrungen vergange-

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM)

Tab. 4.1: Stufen der Veränderung, Charakteristika, Therapieziele und Schlüsselfragen

Quelle: Modifiziert nach [Keller, Kalkuza, Basler 2001]

Stufe der Veränderungs-bereitschaft	Charakteristika	Therapieziele	Schlüsselfragen
Absichtslosigkeit (Precontemplation)	Widerstand gegen das Erkennen oder Verändern des Problemverhaltens. Keine Intention, das Problemverhalten in der nächsten Zeit (z.B. in den nächsten 6 Monaten) zu verändern.	Vermittlung von Information, Wecken von Interesse, Problembewusstsein schaffen.	Was wissen Sie bereits über den Einfluss des Verhaltens auf die Gesundheit? Wie wirkt sich das Verhalten auf Ihr Befinden aus? Wie wirkt sich das Verhalten auf Personen, die Ihnen wichtig sind, aus? Was können Sie für sich gewinnen, wenn Sie Ihr Verhalten ändern? Wie sähe Ihr Leben ohne dieses Verhalten aus?
Absichtsbildung (Contemplation)	Bewusste Auseinandersetzung mit dem Risikoverhalten, ohne dass unmittelbare Maßnahmen zur Veränderung ergriffen werden. Es wird erwogen, das Problemverhalten innerhalb der nächsten sechs Monate zu verändern.	Auflösen der Ambivalenz einer Veränderung gegenüber Wecken des Wunsches nach Veränderung. Herausstellen von Vorteilen einer Verhaltensänderung.	Welche Vorteile sehen Sie in einer Verhaltensänderung? Welche persönlichen Ziele können Sie damit erreichen? Welche Schwierigkeiten fürchten Sie bei einer Verhaltensänderung? Wie sind Ihre Vorerfahrungen damit, etwas zu verändern? Welche schwierigen Dinge haben Sie bereits gemeistert?
Vorbereitung (Preparation)	Hohe Motivation, das Problemverhalten zu ändern. Erste Schritte zur Verhaltensänderung wurden eingeleitet; es wird erwogen, das problematische Verhalten innerhalb der nächsten 30 Tage zu ändern.	Konkrete Zielplanung, Formulierung eines Handlungsplans, Förderung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten.	Was wissen Sie darüber, wie andere ihr Verhalten geändert haben? Was haben Sie selbst schon getan, um das Verhalten zu ändern? Welche Hilfe und Unterstützung brauchen Sie? Was wollen Sie ab sofort erproben?
Handlung (Action)	Ausübung des Zielverhaltens, Veränderung der eigenen Verhaltensweisen und der Umweltbedingungen. Das Zielverhalten wird seit mehr als einem Tag, aber weniger als sechs Monaten beibehalten.	Verstärken des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, Unterstützen der Implementierung der neuen Verhaltensweisen, Mobilisierung sozialer Unterstützung.	Was haben Sie bereits erreicht? Worauf können Sie stolz sein? Was hat Ihnen bisher geholfen? Wie reagieren Sie auf Schwierigkeiten und Hindernisse? Wer unterstützt Sie? Wie belohnen Sie sich?

Tab. 4.1: Fortsetzung

Stufe der Veränderungs-bereitschaft ¹	Charakteristika	Therapieziele	Schlüsselfragen
Aufrechterhaltung (Maintenance)	Das Zielverhalten stabilisiert sich. Das Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten beibehalten.	Automatisierung des Zielverhaltens, Rückfallprophylaxe, konstruktiver Umgang mit Rückfällen.	Welche Vorteile des geänderten Verhaltens sind für Sie am wichtigsten? Was hat bisher am meisten geholfen? Wie werden Sie mit Ausrutschern und Rückfällen umgehen?

ner Versuche zur Auswahl günstigerer Strategien führt und ein Fortschreiten innerhalb des Prozesses begünstigt wird.

Viele Beratungsaktivitäten basieren auf der Annahme, dass die Adressaten bereit sind, ihr Verhalten zu ändern und etwas für ihre Gesundheit zu tun. Dies trifft aber nur für einen kleinen Teil der Bevölkerung wirklich zu. Wesentlich mehr Menschen befinden sich zum Zeitpunkt der Beratung in Stadien der Absichtslosigkeit (Precontemplation) oder der Absichtsbildung (Contemplation) [Prochaska, Di Clemente 1985]. Diese Tatsache erklärt die Beobachtungen, dass Beratungsversuche einerseits bei Patienten auf taube

**Phasensynchrone
Beratung steigert die
Effizienz**

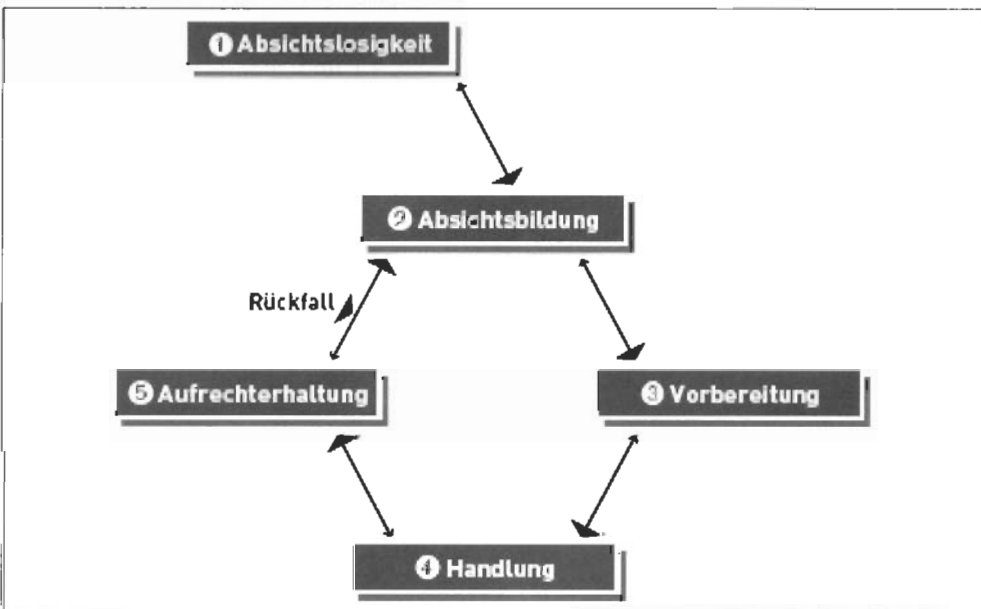


Abb. 4.1: Stufen der Veränderung als Spiralmodell

Ohren stoßen, bei einem anderen Teil aber zu überraschenden Fortschritten im Sinne des gewünschten Verhaltens führen. Die Effizienz von Beratungsaktivitäten wird also durch eine **phasensynchrone Beratung** gesteigert.

**Strategien bzw.
Prozesse der
Verhaltensänderung**

Die **Veränderungsstrategien** („processes of change“) beschreiben, wie eine Veränderung stattfindet bzw. welche Strategien das Fortschreiten in die nächste Stufe fördern. Hierbei werden kognitiv-affektive Strategien, die hauptsächlich in den frühen Stufen der Änderungsbereitschaft von Bedeutung sind, und verhaltensorientierte Strategien für die handlungsorientierten Stufen unterschieden.

Implikationen für die Praxis: Stufenbezogene individuelle Gesundheitsberatung

Das Wissen um die psychologischen Hintergründe der Verhaltensänderung ermöglicht eine individuelle, auf den Veränderungsprozess abgestimmte Beratung, die sich im Vergleich zu herkömmlichen Beratungskonzepten durch eine höhere Effizienz und Effektivität bei einem ökonomischen Einsatz von Beraterressourcen auszeichnet [Keller, Kalkuza, Basler 2001]. Es hat beispielsweise keinen Sinn, Patienten im Stadium der Absichtslosigkeit mit konkreten Veränderungsstrategien zu konfrontieren oder Patienten, die bereits den Entschluss zur Verhaltensänderung gefasst haben, mit Informationen über die Risiken des Problemverhaltens zu versorgen. Die Betrachtung der Verhaltensänderung als prozesshaftes Geschehen mit regelrecht zu durchlaufenden Stufen und darauf bezogenen, spezifischen Strategien (s. Tab. 4.1 und 4.2), kann im Übrigen zu einer entspannteren Beurteilung des eigenen Beratungserfolges und zur Entlastung für Berater und Patienten führen und somit Frustrationen und Resignation vorbeugen. Um den Veränderungsprozess in Gang zu halten, ist es erforderlich, das Veränderungsstadium bei jeder Konsultation neu zu erfragen. Hierzu sind einige Schlüsselfragen ausreichend:

Tab. 4.2: Veränderungsstrategien bzw. -prozesse (aus [Keller, Kalkuza, Basler 2001]). Die dargestellten Beratungsstrategien entsprechen den Prinzipien und Techniken des „Motivational Interviewing“ von Miller und Rollnick [Rollnick, Mason, Butler 1999]

Strategie bzw. Prozess der Verhaltensänderung	Inhalte	Interventionsstrategien zur Förderung des Prozesses *
Kognitiv-affektive Strategien		
Steigern des Problembewusstseins („ <i>consciousness raising</i> “)	Bewusstes Wahrnehmen der Gründe, der Konsequenzen und der möglichen Veränderungswege für ein bestimmtes Problemverhalten.	Gezielte Rückmeldung zum Problemverhalten; Aufklärung; Konfrontation; Anbieten alternativer Interpretationen; Vermitteln von Informationen.
Emotionales Erleben („ <i>dramatic relief</i> “, „ <i>emotional arousal</i> “)	Herstellen eines emotionalen Bezuges und der persönlichen Betroffenheit zu dem Problemverhalten und seinen Konsequenzen.	Rollenspiele; Formulieren von persönlicher Betroffenheit; Medien, die emotionale Aspekte in den Vordergrund rücken.
Neubewertung der persönlichen Umwelt („ <i>environmental reevaluation</i> “)	Bewusstes Wahrnehmen von emotionalen und kognitiven Konsequenzen des eigenen Problem- bzw. Zielverhaltens für die persönliche Umwelt.	Fördern von Empathie; Führen von Tagebüchern oder Protokollen; Fördern der Kommunikation von Personen des unmittelbaren Umfeldes.
Selbstneubewertung („ <i>self-liberation</i> “)	Bewusstes Wahrnehmen und Einschätzen von emotionalen und kognitiven Konsequenzen des eigenen Problem- bzw. Zielverhaltens für die eigene Person („ <i>self-image</i> “).	Reflexion der persönlichen Wertvorstellungen; Orientierung an Modellpersonen; Vorstellungsübungen.
Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen („ <i>social liberation</i> “)	Aktives Wahrnehmen und Bewusstmachen von Umweltbedingungen, die die Veränderung des Problemverhaltens erleichtern.	Lenken der Aufmerksamkeit auf sich ändernde günstige soziale Normen; Identifizieren von Bedingungen oder Personen, die das Zielverhalten begünstigen.
Verhaltensorientierte Strategien		
Selbstverpflichtung („ <i>self-liberation</i> “, „ <i>commitment</i> “)	Selbstverpflichtung zur aktiven Veränderung eines Problemverhaltens.	Öffentliches Bekunden der Änderungsabsicht; Verbinden der Änderungsabsicht mit bestimmten Ankerpunkten („ <i>Neujahrsvorsatz</i> “); Aufsetzen eines Vertrages.
Kontrolle der Umwelt („ <i>stimulus control</i> “)	Kontrollieren von Auslösern für das Problemverhalten und/oder Anreizen für ein günstiges Alternativverhalten.	Analyse von auslösenden Bedingungen und Reiz-Reaktionsmustern; Aufstellen eines Planes zur aktiven Umgestaltung der persönlichen Umwelt.

Tab. 4.2: Fortsetzung

Strategie bzw. Prozess der Verhaltensänderung	Inhalte	Interventionsstrategien zur Förderung des Prozesses *
Gegenkonditionierung („ <i>counterconditioning</i> “)	Ersetzen ungünstiger Verhaltensweisen durch günstiges Verhalten im Sinne einer Problemlösung.	Identifizieren problematischer Verhaltensweisen; Sensibilisieren für Versuchssituationen; Erarbeiten von alternativen Kognitionen und Verhaltensweisen.
Nutzen hilfreicher Beziehungen („ <i>helping relationships</i> “)	Aktives Bitten um oder Einfordern von konkrete(r) soziale(r) Unterstützung sowie die Fähigkeit, Hilfe anzunehmen.	Exploration des sozialen Netzes; Übungen zur Förderung von Kommunikations- und sozialen Kompetenzen (z.B. in Rollenspielen); Übungen zum Aufbau von Beziehungen.
(Selbst-)Verstärkung („ <i>reinforcement management</i> “, „ <i>reward</i> “)	Einsetzen von materiellen oder immateriellen (z.B. kognitiven) Verstärkern für Schritte, die zur Erreichung des Zielverhaltens führen.	Vermitteln eines Konzeptes operanter Lernmechanismen; Identifizieren von persönlich relevanten Verstärkern; Erarbeitung eines Verstärkerplanes.

Tab. 4.3: Aufgaben und Schlüsselfragen für die Beratung von Folgekonsultationen. Quelle: [Grüninger 1996]

Aufgaben in Folgeberatungen	Schlüsselfragen in Folgeberatungen
Problembewusstsein	
Erfahrungen mit dem Therapieplan überprüfen	„Welche Erfahrungen haben Sie seit der letzten Konsultation gemacht?“
Handlungsbereitschaft und Fertigkeiten	
Auch Teilerfolge verstärken Schwierigkeiten akzeptieren Verpflichtung erneuern Wichtige Fertigkeiten üben	„Was bedeuten diese Fortschritte, Schwierigkeiten für Sie?“ „Was wollen Sie weiter tun?“
Umsetzung	
Strategie verfeinern Teilprobleme analysieren und Lösungen finden	„Welche Schwierigkeiten sind aufgetreten?“ „Wie können Sie diese jetzt bewältigen?“
Unterstützung	
Unterstützungsnetz knüpfen Folgekonsultation bestätigen	„Welche Hilfe brauchen Sie?“ „Was ist jetzt Ihr Plan?“ „Wann sehen wir uns das nächste Mal?“
Dabeibleiben /Recycling	
Lernen aus Erfolgen und Schwierigkeiten	„Was könnten Sie anders machen?“ „Wie wollen Sie weitermachen?“

Zur Vereinfachung der Integration der beschriebenen Strategien in effektive, niedrigschwellige Kommunikations- und Beratungskonzepte hat sich im Praxisalltag die **5-A-Strategie** empirisch als erfolgreich erwiesen. Ziel ist nicht nur eine Systematisierung der Beratungsaktivität, sondern auch eine verstärkte Kontinuität, eine zielgerichtete Unterstützung der Betroffenen und eine höhere Patientenorientierung [Walter 2004].

Die 5-A-Strategie

Eine einfache und praktikable Beratungsstrategie, die aus den Theorien des transtheoretischen Modells TTM abgeleitet wurde, stellt das **5-A-Konzept** dar. Es wurde ursprünglich vom U.S.-amerikanischen National Cancer Institute als 4-A's-Konstrukt (*assess, advise, assist, arrange*) entwickelt, um Hausärzten einen Leitfaden für die Beratung zum Rauchverzicht an die Hand zu geben [Whitlock et al. 2002]. Die Canadian Task Force on Preventive Health fügte diesem Konstrukt ein weiteres A (*agree*) hinzu und schlug vor, dieses Modell als einen universalen Ansatz für die Beratung zu Verhaltensänderungen zu nutzen [Elford, MacMillan, Wathen 2001]. Inzwischen liegen zu diesem Thema mehrere Studien hierzu vor [Whitlock et al. 2002, Estabrooks, Glasgow, Dzewaltowski 2003].

Das 5-A-Konstrukt wird durch folgende Schritte beschrieben:

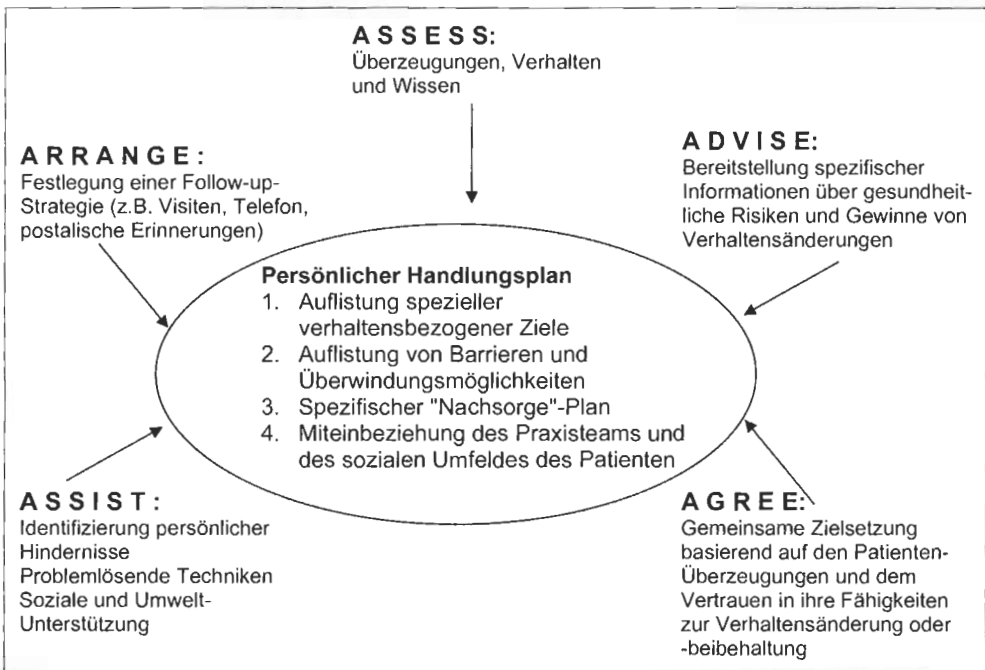


Abb. 4.2: 5 A und Selbstmanagement. Quelle: Modifiziert nach [Glasgow et al 2002]

Assess. Zu Beginn steht die Erfassung verhaltensbezogener Risikofaktoren, aber auch vorhandener Ressourcen anhand gezielter Fragen oder entsprechender Instrumente. Um die Beratung individuell zuschneiden zu können, ist es erforderlich, das Risikoverhalten des Patienten sowie die Änderungsbereitschaft und -möglichkeiten im sozialen Umfeld zu bestimmen. Die systematische Erfassung des Risikoverhaltens ist die Grundlage für weitere Beratungsmaßnahmen. Eine exakte Erfassung des Problemverhaltens (z.B. Ernährungsgewohnheiten) steht jedoch oft einer guten Praktikabilität entgegen. Eine Möglichkeit besteht darin, standardisierte und validierte Fragebögen, die die Patienten z.B. im Wartezimmer selbst ausfüllen können, zu verwenden. In den USA existieren bereits Kurzversionen einiger Fragebögen, die das Assessment vereinfachen und valide und reliable Daten liefern [Rafferty et al. 2002, U.S. Department of Health and Human Services 2002]. Eine andere Möglichkeit besteht in einem telefonischen Assessment durch medizinisches Personal, das unabhängig vom Praxisbesuch durchgeführt werden kann.

Advise. Die ärztliche Beratung kann ein entscheidender Anstoß für Patienten sein, ihr Risikoverhalten zu verändern. Um keine Abwehr bei Patienten aufkommen zu lassen, die noch nicht änderungsbereit sind, sollte die Beratung in einer kooperativen, empathischen und nicht verurteilenden Form stattfinden. Ein respektvoller, individualisierter Ansatz, der das Interesse des Patienten erweckt, ist sinnvoller in Bezug auf erwünschte Verhaltensänderungen als eine reine Risikokommunikation. Im Vordergrund der Beratung steht die Stärkung des Patienten zum Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, der Selbstwirksamkeitserwartung. Die Beratung sollte jedoch eindeutige, spezifische und personalisierte Hinweise zur Änderung des Verhaltens beinhalten.

Agree. Behandlungsentscheidungen sollten auf der Basis einer gemeinsamen Arzt-Patienten-Vereinbarung getroffen werden, nachdem verschiedene Behandlungsmöglichkeiten in Betracht gezogen und auf die Möglichkeiten des Patienten zugeschnitten wurden [Little et al. 2001]. Patienten, die in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden, entwickeln ein höheres Maß an internen Kontrollüberzeugungen, die eine wesentliche Voraussetzung für Verhaltensänderungen darstellen.

Assist. Hilfestellungen können in Form von Informationen zur Selbsthilfe, medikamentöser Unterstützung, Weitergabe von Adressen und Empfehlung von Institutionen oder auch durch Überweisungen zu bestimmten Hilfsangeboten wie z.B. Übungsgruppen oder Vereinen, sowie zu anderen Fachberufen und/oder -gruppen bereitgestellt werden. Idealerweise sollten hier verschiedene Ansätze

und Angebote im Gesundheitswesen ineinander greifen. Auch Techniken der Verhaltenspsychologie wie Selbstbeobachtung, Selbstbelohnungen, Stressmanagement-Training u.a. können Hilfestellungen sein.

Arrange. Frequenz und Intensität der Nachbetreuung hängen im Wesentlichen von der Ausgangssituation des Patienten ab. Es sollten jedoch Folgevereinbarungen getroffen werden, da es sich bei der Änderung von Risikoverhaltensweisen um einen Prozess handelt, der über eine Zeitspanne hinweg verläuft. Nachuntersuchungen bestehen im Wesentlichen aus der kurzen Wiederholung der 5 A's zur Aktualisierung der vereinbarten Behandlungsziele sowie der Bereitstellung von Hilfsangeboten zur Aufrechterhaltung und Rückfallprophylaxe bei Patienten, die ihr Verhalten bereits geändert haben. Allein die Ankündigung von weiteren Nacherhebungen kann für Patienten bereits einen entscheidenden Motivationsfaktor darstellen. Der Folgekontakt kann auch durch Praxispersonal oder „Telefon-Follow-up's“ aufrechterhalten werden. Durch dieses Grundgerüst können Beratungen besser strukturiert und dokumentiert werden. Im zeitlichen Prozess der Patientenbetreuung erlaubt es ferner, den Fokus auf gezielte Strategien zu legen, die ein Fortschreiten der Veränderungsbereitschaft ermöglichen. Die zur Verfügung stehenden Strategien und Hilfsangebote für Patienten können entsprechend der lokalen Möglichkeiten (z.B. Angebote zu Übungsgruppen, Selbsthilfegruppen, Schulungsangebote, Broschüren, Übungsblätter für Patienten etc.) zu einem Maßnahmenkatalog zusammengestellt werden, um die Beratung auch unter dem Aspekt der zeitlich knappen Ressourcen in der Hausarztpraxis effektiv zu gestalten. Unter solchen Voraussetzungen benötigen die Strategien der einzelnen Schritte nicht mehr als eine drei- bis zehnminütige Behandlungszeit. Im Disease-Management-Programm (DMP) kann darüber hinaus die Motivation durch spezielle Angebote und Anreize der Kostenträger synergistisch gesteigert werden.

4.1.2 Motivation der Ärzte

Woher beziehen Ärzte die Motivation für ihr ärztliches Tun? Nach Heckhausen bedeutet „Motivation“ in der Psychologie einen Sammelbegriff für vielerlei Prozesse und Effekte, deren gemeinsamer Kern darin besteht, dass ein Lebewesen sein Verhalten um der erwarteten Folgen willen auswählt und hinsichtlich Richtung und Energieaufwand steuert [Heckhausen 2003].

Die Arbeitsmotivation gilt dabei als Prädisposition zu einem spezifischen, zielgerichteten Verhalten, die Arbeitszufriedenheit ergibt sich als Konsequenz im Zusammenhang mit der erbrachten Leistung.

Die Leistungs- motivation

Theoretische Grundlagen

Die **Leistungsmotivation** ist das Bestreben, die eigene Tüchtigkeit in all jenen Tätigkeitsbereichen zu steigern oder möglichst hoch zu halten, in denen ein Gütemaßstab für verbindlich gehalten wird und deren Ausführung gelingen oder misslingen kann [Rheinberg 2000]. Dieser Gütemaßstab kann durch fremdgesetzte Kriterien (z.B. Richtlinien) oder durch selbstgesetzte Standards (Anspruchsniveau) definiert sein. Die Auseinandersetzung mit dem Gütemaßstab wird jedoch erst in Gang gesetzt, wenn sie durch bestimmte Anreize stimuliert wird. Die Person braucht einen bestimmten Anlass, um anzunehmen, dass durch ein bestimmtes Arbeitsverhalten das Gefühl der Leistung bewirkt wird. Das Endprodukt nach erfolgreich erbrachter Leistung ist ein inneres Gefühl der Zufriedenheit und des Leistungsstolzes. Die Leistungsmotivation wird unterteilt nach 3 Bedürfnissen: [Schlag 1995]:

- ▲ Leistungsstreben (*need for achievement*): relevant für Veränderungsverhalten, Ziel: kontinuierliche Verbesserung der Leistung;
- ▲ Soziales Streben (*need for affiliation*): Zusammenhalt in der Gruppe, Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung, interpersonale Attraktivität;
- ▲ Machtstreben (*need for power*): Überzeugungsfähigkeit, Wettbewerbsorientierung, Kampfbereitschaft.

Theorie nach Atkinson

Die Leistungsmotivation orientiert sich an festgelegten Zielen. Dabei ist nach Atkinson [ebd.] ihre Intensität abhängig von der Hoffnung auf Erfolg und der Furcht vor Misserfolg:

Ganz leichte oder ganz schwierige Aufgaben können kein Gefühl der Befriedigung auslösen, daher wirkt ein subjektiv-mittlerer Schwierigkeitsgrad bzw. ein realistisches Anspruchsniveau durch Erhöhung der subjektiven Erfolgswahrscheinlichkeit besonders motivationsfördernd. Die Förderung der Leistungsmotivation kann ebenfalls erreicht werden durch den Abbau der Furcht vor Misserfolg. Die Misserfolgserwartung wirkt demotivierend, daher muss die

Tab. 4.4: Leistungsmotivation

Hoffnung auf Erfolg	Furcht vor Misserfolg	resultierende Leistungsmotivation
hoch	niedrig	hoch
hoch	hoch	mittel
niedrig	hoch	niedrig

Tendenz zur Hoffnung auf Erfolg und zur Angstreduktion geschaffen werden.

Ein weiteres Erklärungsmodell für die Leistungsmotivation liefert die Attributionstheorie von Weiner [ebd., Rudolph 2003]. Der Begriff „Attribution“ stammt aus dem Englischen und bedeutet „Ursachenzuschreibung“. Die Attributionstheorie basiert auf dem grundlegenden Motiv von Menschen, die Ursachen von Handlungen zu verstehen. Unterschiedliche Formen der Ursachenzuschreibung beeinflussen wiederum sowohl die Erwartung von Erfolg und Misserfolg als auch die emotionalen Reaktionen und das folgende Leistungsverhalten entscheidend. Die resultierende Leistungsmotivation ist demnach abhängig von der Einschätzung eines Menschen, die Gründe für Erfolg oder Misserfolg bei sich selbst oder in situativen Faktoren zu sehen, sowie von der Beurteilung dieser Gründe als variabel oder stabil. Daraus ergibt sich das „Vier-Felder-Schema“ der Gründe für Handlungsergebnisse:

Die Leistungsmotivation ist am größten bei internal variabler Attribution, also dann, wenn Erfolg oder Misserfolg mit ausreichender oder mangelnder Anstrengung begründet und nicht widrigen Umständen (externalen Attributionen) zugeschrieben wird. Die Attribution von Misserfolg auf mangelnde Fähigkeit wirkt demotivierend.

Die Lernmotivation stellt einen weiteren wichtigen Motivationspfad dar [Schraeder-Naef 1999]. Dabei bezeichnet Lernmotivation einen Sammelbegriff für die emotionalen und kognitiven Prozesse, die dem Lernenden helfen, etwas Neues zu lernen. Bedingungen erfolgreichen Lernens sind

- ▲ Interesse am Fachgebiet,
- ▲ das Gefühl, den Anforderungen gerecht zu werden,
- ▲ die Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Gestaltung,
- ▲ der Bezug zur Anwendung, zum Alltag,
- ▲ auf Selbstvertrauen basierend.

Tab. 4.5: „Vier-Felder-Schema“

	internal (in der Person)	external (in der Situation)
stabil (zeitlich überdauernd)	Fähigkeit	Aufgabenschwierigkeit
variabel (sich innerhalb einer Zeitspanne verändernd)	Anstrengung	Zufall

Attributionstheorie nach Weiner

Die Lernmotivation

Die Lernmotivation setzt Fachinteresse und die Definition von Zielen bzw. eines Anspruchsniveau voraus. Durch entsprechende Erfolgskontrollen und/oder Anreize wird die intrinsische (aus sich selbst heraus) bzw. extrinsische (Belohnung von außen) Motivation gefördert. Unter einem **intrinsischen Motiv** versteht man die Bereitschaft, sich mit einem Lernstoff auseinander zu setzen, dessen Inhalte an sich motivierend wirken. Der intrinsisch Motivierte lernt aus Interesse, Freude und Bedürfnis. Der Aufforderungscharakter ist das wichtigste intrinsische Motiv; Der Lernende fühlt sich vom Thema/Gegenstand aufgefordert, sich mit dem Inhalt zu beschäftigen, auch wenn er keinen Nutzen davon hat. Weitere intrinsische Motive sind der Drang, etwas zu vollenden, die Neugier und der Wissensdrang.

Das extrinsische Motiv ist das außen liegende Motiv, das außerhalb der Beziehung des Lernenden zum Lernstoff liegt, aber veranlassend oder verstärkend auf die Lernmotivation einwirkt. Der extrinsisch Motivierte lernt aus dem Wunsch nach Anerkennung, Lob oder Prestige. Dabei werden materielle Motive wie Belohnung und Bestrafung und soziale Motive wie Wettbewerb und Gruppengefühl unterschieden.

Intrinsische und extrinsische Motivation sollten nicht als Gegenpole angesehen werden, sondern als Ergänzung. Aus einer extrinsischen Motivation kann in vielen Fällen auch eine intrinsische Motivation entstehen. Der Vorteil der intrinsischen Motivation kann in der geringeren äußeren Verstärkung und ihrer Unabhängigkeit gesehen werden.

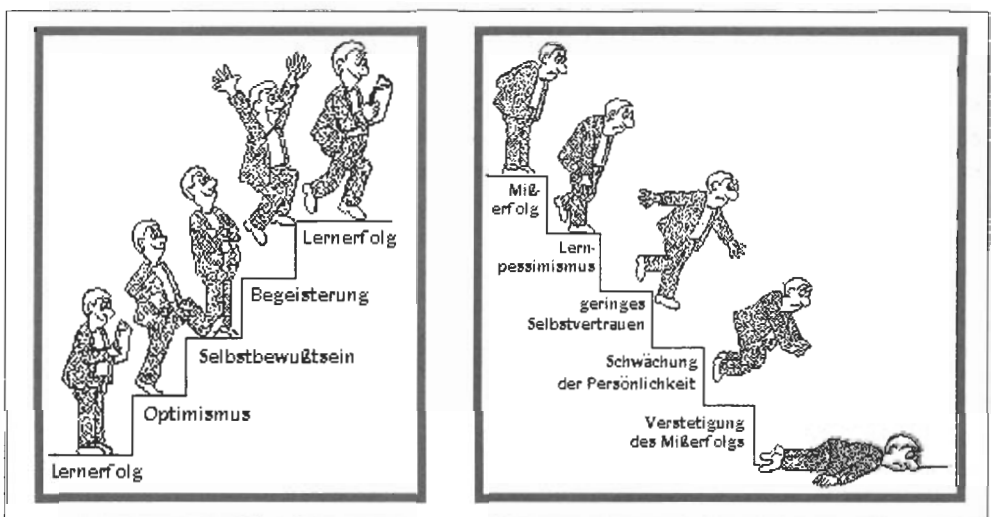


Abb. 4.3: Motivation durch Lernerfolg. Quelle [Stangl 2003]

Praktische Umsetzung

Sowohl lern- als auch leistungsmotivationale Elemente lassen sich in einem **Feedback-Konzept** integrieren:

Der Begriff **Feedback** stammt aus der Kybernetik. Er bezeichnet ursprünglich die Rückmeldung, Rückkoppelung von Informationen. Nach London hat Feedback ganz allgemein 13 Funktionen [London 1997]:

- ▲ Feedback steuert Verhalten.
- ▲ Feedback hilft, zielgerichtet zu arbeiten.
- ▲ Positives Feedback ermutigt.
- ▲ Feedback hilft bei der Fehlersuche.
- ▲ Feedback fördert persönliche Lernprozesse.
- ▲ Feedback hebt die Motivation.
- ▲ Feedback hilft bei der Selbsteinschätzung.
- ▲ Feedback ermöglicht, sich hilfreiches Feedback zu beschaffen.
- ▲ Feedback führt zu einem Zuwachs an Einfluss sowohl beim Empfänger als auch beim Geber von Rückmeldungen.
- ▲ Feedback bewirkt eine engere Verbindung mit der Aufgabe.
- ▲ Feedback hilft bei der Identifikation mit der Arbeitsumgebung und der Planung der beruflichen Entwicklung.
- ▲ In Verhandlungen hilft Feedback bei der Einschätzung von Angeboten.
- ▲ Feedback hilft, die Qualität von Entscheidungen zutreffend zu bewerten, zu beurteilen.

In den Disease-Management-Programmen werden Behandlungsdaten erstmals systematisch erfasst und mittels geeigneter Qualitätsindikatoren in einem individuellen, strukturierten Feedback-Bericht, der Vergleichsdaten zum Praxisdurchschnitt erhält, zusammengestellt. Hierdurch wird eine Beobachtung und Einschätzung der eigenen Versorgungsqualität – auch im Vergleich zu anderen – möglich und insbesondere die Leistungsmotivation gefördert. Dies wird jedoch für die Beteiligten nur dann akzeptabel, wenn das Feedback von einer vertrauenswürdigen Institution gegeben wird. Durch Einbindung des Feedbacks in einen Gruppenprozess wie z. B. Qualitätszirkel werden darüber hinaus die Teamentwicklung und die Leistungsmotivation, sowie die gemeinsame Zielfestlegung und die Ableitung von Handlungsimpulsen zur Qualitätsverbesserung gefördert.

Folgende Motivationstechniken können im Feedback-Konzept umgesetzt werden:

- ▲ aktive Miteinbeziehung der Teilnehmer
- ▲ Neugier wecken
- ▲ Zielvereinbarungen treffen
- ▲ gute Strukturierung des Lerninhaltes (Information)

Das Feedback-System

Motivation durch den Gruppenprozess

- ▲ selbstständiges Erarbeiten von Problemlösungen
- ▲ Rückmeldung geben über den Leistungsstand
- ▲ Belohnungen /Sanktionen

Studien, die die Wirksamkeit von Feedback auf Qualitätsverbesserungen im ärztlichen Bereich untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass reines Feedback gar nicht oder nur in geringem Maße zu Verhaltensänderungen und Leistungssteigerung führt. Wird jedoch der schriftliche Feedback-Report kombiniert mit weiteren Maßnahmen, wie z.B. Qualitätszirkeln oder „Facilitatoren“ (externe, speziell trainierte Praxisberater), so kann die Effektivität der Feedback-Maßnahme deutlich gesteigert werden [Thomson O'Brien et al. 2000a, Thomson O'Brien et al. 2000b, Thue, Klovning, Sandberg 2001, White 1995, Grol, Grimshaw 2003].

Durch die Kombination von Feedback-Berichten mit Qualitätszirkeln kann insbesondere die Lern- und Leistungsmotivation angeregt werden. In der Lernpsychologie geht man davon aus, dass Menschen ein grundlegendes Interesse daran haben zu wissen, ob sie ihre Arbeit gut erledigen, und dass die Erwartung von Erfolg, wie oben aufgeführt, zu stärkerer Anstrengung und Motivation führt [Jacobs 1998, King 1999]. Das Feedback gibt in diesem Kontext Rückmeldung darüber, ob Handlungsweisen erwünscht sind oder nicht, und beeinflusst damit die Wahrscheinlichkeit, mit der diese Handlung wiederholt ausgeführt wird – ob also eine Handlung positiv oder negativ verstärkt wird [Alke 2002]. Über diesen motivationalen Aspekt hinaus hat Feedback aber auch noch einen informationalen Aspekt in dem Sinne, dass eine Information über den Abstand zwischen Ist- und Sollzustand gegeben wird. Idealerweise können im Feedback oder in der Gruppenarbeit dann auch noch Operationen bzw. Handlungen herausgearbeitet werden, die den Abstand zwischen Ist- und Sollzustand verringern können und dazu dienen, die Handlungen entsprechend zu korrigieren. Durch Vergleiche der eigenen Ergebnisse innerhalb der Gruppe wird die Motivation geschaffen, die eigenen Meinungen und Fähigkeiten zu bewerten. Die Gruppe bildet dann ein Koordinatensystem, das dem Praxisteam seinen Standort in Bezug auf die Versorgungsqualität aufzeigt und es ermöglicht, die eigenen Einschätzungen zu objektivieren. Durch die gemeinsame Festlegung von Zielen wird die Leistungsmotivation gefördert. Feedback über Lernfortschritte kann unter Anlegung zweier Referenzsysteme erfolgen:

- ▲ durch den Vergleich der individuellen Leistung mit der Leistung einer Gruppe (soziale Bezugsnorm).
- ▲ durch den Vergleich mit der früher erzielten Leistung desselben Individuums (individuelle Bezugsnorm).

Ständige Vergleiche und Konkurrenz können jedoch auch die Lernatmosphäre beeinträchtigen, insofern kommt der Moderation der Gruppenarbeit und der Gruppenatmosphäre eine entscheidende

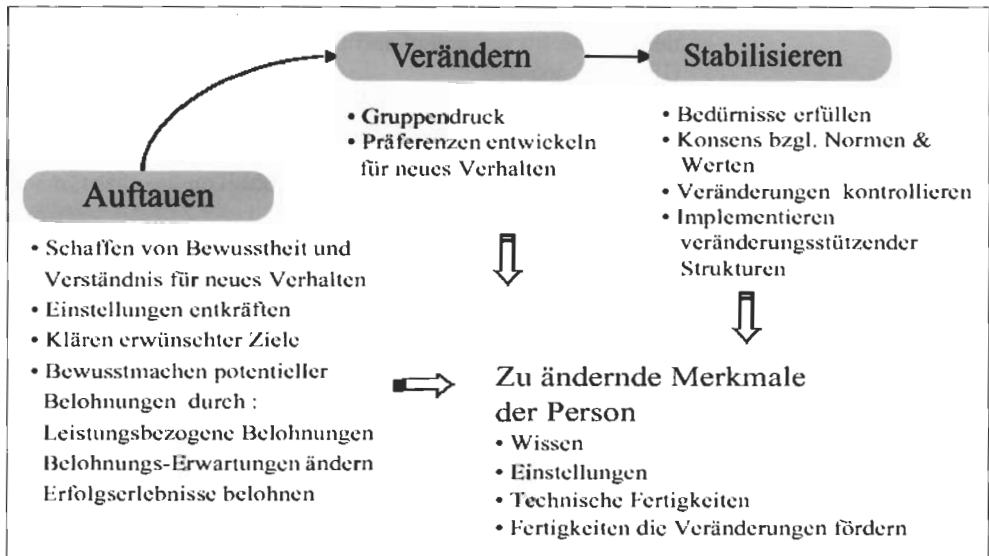


Abb. 4.4: Prozess der Verhaltensänderung. Quelle: [Anton, 2004]

Bedeutung zu. Direkte Vergleiche der Gruppenmitglieder sollten vermieden und individuelle Verbesserungen herausgestellt werden; ferner sollte eher prozessorientiert als rein resultatorientiert vorgegangen werden. Fehler sollten nicht als Versagen, sondern als notwendiger Teil der Fähigkeitsverbesserung dargestellt werden [Musch 2000]. Es ist wichtig, in einer vertrauensvollen Umgebung zunächst einmal ein Bewusstsein und ein Verständnis für neues Verhalten zu schaffen. Unter dem Einfluss der Gruppe können sich dann neue Präferenzen für Verhaltensänderungen entwickeln, die sich schließlich durch weitere Kontrollen (Feedback) stabilisieren.

Literatur

- Alke M (2002) Konstruktives Feedback beim Training sozialer Kompetenzen. Hausarbeit der Universität Flensburg–Internationales Institut Arbeits- und Organisationspsychologie, unveröffentlicht
- Antoni C. (2004) Organisationspsychologie. Universität Trier, Abteilung für Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie
- Arnold K (Hrsg) Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Ferdinand Enke, Stuttgart, 137–150
- Basler HD, Patient education with reference to the process of behavioral change. Patient Educ Couns (1995), 26(1–3), 93–98
- Baum E et al., Erwartungen der Patienten und ärztliches Handeln in der Allgemeinarztpraxis. In: Lang E, Blair SN et al., How much physical activity is good for health? Annu Rev Public Health (1992), 13, 99–126

- Bothelo RJ, Skinner H, Motivating change in health behavior. Implications for health promotion and Disease Prevention. *Primary Care* (1995), 22, 565–589
- Cupples ME, McKnight A, Five year follow up of patients at high cardiovascular risk who took part in randomised controlled trial of health promotion. *BMJ* (1999), 319 (7211), 687–688
- CTFPHC Technical Report 01-7. November, 2001. London, ON: Canadian Task Force
- Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzawaltowski DA, Physical activity promotion through primary care. *JAMA* (2003), 289(22), 2913–2916
- Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001) Counseling For Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners. London, Canadian Task Force
- Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN with the Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001)
- Counseling For Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners
- Glasgow RE et al., Response to Connelly. Response from the Behavior Change Consortium Representativeness and Translation Work Group: the issue is one of impact, not of world view or preferred approach. *Health Educ Res* (2002), 17(6), 696–699
- Grol R, Grimshaw J, From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* (2003), 362(9391), 1225–1230
- Grüninger UJ (1996) Gesprächsführung und Beratung: Lernen und Lehren in der Sprechstunde. In: Allhoff P.G.; Leidel J.; Ollenschläger G.; Voigt H.-P. (Hrsg), *Präventivmedizin*. 1–43, Springer Loseblatt Systeme
- Heckhausen H (2003) *Motivation und Handeln*, 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Jacobs B (1998) Aufgaben stellen und Feedback geben. Übersichtsartikel des gleichnamigen Forschungsprojekts am Medienzentrum der Philosophischen Fakultäten der Universität des Saarlandes, <http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/>
- Keller S, Kalkuza G, Basler HD, Motivierung zur Verhaltensänderung, Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. *Psychmed* (2001), 13, 101–111
- Keller S. (1999) *Motivation zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- King J, Giving feedback. *BMJ* (1999), 318(7200), 2
- Little P et al., Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* (2001), 322(7284), 468
- London M (2003) *Job Feedback: Giving, seeking and using Feedback for performance improvement*. Lea; 2nd edition; New Jersey
- Mook DG. (1996) *Motivation*. W.W.Norton, New York
- Müller U H-GM (2001) *Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit*. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt, Wiesbaden, Heft 102c

- Musch J, Die Gestaltung von Feedback in computergestützten Lernumgebungen: Modelle und Befunde. *Z Paed Psychol* (2000), 13, 148–160
- Ornish D, et al., Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA* (1998), 280(23), 2001–2007.
- Prochaska JO et al., Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* (1994), 13(1), 39–46
- Prochaska JO, Di Clemente CC (1985) Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. In: Shiffman S, Wills T (Ed), *Coping and substance use*, Academic Press, New York, 345–363
- Rafferty AP et al., A healthy diet indicator: quantifying compliance with the dietary guidelines using the BRFS. *Prev Med* (2002), 35(1), 9–15
- Rheinberg Falko (2000) *Motivation*. Kohlhammer Stuttgart
- Rollnick S, Mason P, Butler C (1999) *Health Behaviour Change: A guide for Practitioners*. Churchill Livingstone, London
- Rudolph U (2003) *Motivationspsychologie*. Beltz, Weinheim
- Schlag B (1995) *Lern- und Leistungsmotivation*. UTB für Wissenschaft; Leske + Budrich, Opladen
- Schraeder-Naef R (1999) *Lerntraining für Erwachsene*. Beltz, Weinheim
- Stangl W (2003) *Lernmotive und Lernmotivation*.
<http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at/INTERNET/ARBEITSBLAETTERORD/Arbeitsblaetter.html> (03.09.2003)
- Stepoe A et al., Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* (1999), 319(7215), 943–947
- Thomson O'Brien MA et al., Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* (2000a), (2), CD000260
- Thomson O'Brien MA et al., Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* (2000b), (2), CD000259
- Thue G, Klovning A, Sandberg S, External quality assessment of general practice laboratories: organizational issues and interpretation of feedback reports. *Scand J Clin Lab Invest* (2001), 61(2), 103–110
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (2002) *Physical Activity Evaluation Handbook*
- U.S. Preventive Services Task Force (1996) *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd Edition. <http://www.ahrq.gov/clinic/cpsix.htm>
- Walter U, Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention – Strategien und Wirksamkeit. *Der Internist* (2004), 45(2), 148–156
- Whitlock EP et al., Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* (2002), 22(4), 267–284
- WHO (2002) *World Health Report 2002*. WHO, Geneva
- White et al., Using information from asthma patients: a trial of information feedback in primary care. *BMJ* (1995), 311 (7012), 1065–1069