



# GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN dokument

47

## Motivation als Grundlage für Gesundheitskompetenz-Interventionen

Bettina Ottendörfer, Werner Bencic

Erhältlich bei:

**Oberösterreichische Gebietskrankenkasse**

Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: [sekretariat.dgw@oegkk.at](mailto:sekretariat.dgw@oegkk.at)

Linz 2015

Die in Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik allgemein anerkannte Sicht auf Gesundheitskompetenz fokussiert die Fähigkeit *und* Motivation mit gesundheitsrelevanten Informationen versiert und selbstbestimmt umzugehen (Sørensen 2012). Aktuelle Bemühungen in der Sozialversicherung, die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken, zeigen, dass es dabei in vielen Fällen vor allem und zuerst um die Motivation zum selbstbestimmten Informationsmanagement geht.

## Eine sich verändernde Typologie der PatientInnen

In den letzten Jahrzehnten hat eine markante Veränderung in den Beziehungen zwischen

- BürgerInnen bzw.
- Versicherten bzw.
- PatientInnen

auf der einen Seite und

- dem Gesundheitssystem bzw.
- Krankenkassen und
- Gesundheitsberufen

auf der anderen Seite stattgefunden.

Im Zentrum dieser Veränderung stehen zunehmende Ansprüche der System-Betroffenen nach Mitgestaltung und Selbstbestimmung (Gerhards 2001, S. 180 und Ruckstuhl 2011, S. 59). Mit dem Internet und den daraus hervorgegangenen sozialen Netzwerken haben diese Ansprüche neue Medien zur Verfügung. Die Internet-Nutzung hat die Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig verändert. (Kuppersmith 2002, S. 1147) Patientenplattformen im Internet und Web-Petitionen zu Gesundheitsfragen sind Beispiele für den Trend aktiv mehr Mit- und Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen zu erreichen. Das System antwortet darauf uneinheitlich, doch die tonangebenden ExpertInnen reagieren positiv und stellen die Partizipation und das Empowerment der Betroffenen ganz oben auf die gesundheitspolitische Agenda: Das Rahmenkonzept der WHO Europa „Gesundheit 2020“ stellt beispielsweise fest: *„Die Befähigung der Menschen, Bürger, Konsumenten und Patienten zu selbstbestimmtem Handeln ist eine Voraussetzung für die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse, der Leistung des Gesundheitssystems und der Zufriedenheit der Patienten.“* (WHO Europa www S. 6)

Allerdings haben sich nicht alle Betroffenen kollektiv zu selbstbewussten und aktiven Co-Managern ihrer Gesundheit verändert. Es scheint bloß eine Tendenz hin zu einem immer größeren Anteil an selbstbewussten Partizipationswilligen sichtbar zu werden. Die „alten“ Beziehungstypen des paternalistischen Gesundheitssystems machen aber immer noch einen erheblichen Anteil aus. Nur wenige wissenschaftliche Quellen quantifizieren die Aufteilung der Beziehungs- und Patiententypen. So kommt eine rund zehn Jahre zurückliegende Befragung in Deutschland zu einem Anteil traditioneller NutzerInnen des Gesundheitssystems von 35 Prozent, während die PatientInnen mit systemkritischer Forderung nach mehr individuellen Gestaltungs- und Mitsprachemöglichkeiten 25 Prozent und die system-bejahenden PatientInnen mit (bloß) dem Wunsch nach partnerschaftlicher Entscheidungsfindung gemeinsam mit dem Arzt ebenfalls 25 Prozent reprä-

sentieren. Die restlichen PatientInnen fallen in der vorliegenden Typologie im Wesentlichen auf jene, die sich im Gesundheitssystem als reine MarktteilnehmerInnen sehen. (Koyuncu 2007, S. 63)

Eine aktuelle Studie der Johannes Kepler Universität Linz erstellte eine Gesundheitskompetenz-Typologie der Oberösterreicher/innen mit Anmerkungen zur partizipativen Motivationslage. Die vier unterschiedlichen Health-Literacy-Typen sind ungefähr gleich verteilt:

- Typ 1: „wenig literat“ – geringe Gesundheitskompetenz, passiv, unzufrieden; Typ mit geringem sozioökonomischen Status
- Typ 2: „unterschätzt sich subjektiv“ – hohes Gesundheitswissen, aber niedrige Werte bei der Gesundheitskompetenzerhebung; dieser Typ ist skeptisch und distanzierter und hat partizipative Rollenerwartungen.
- Typ 3: „überschätzt sich subjektiv“ – geringes Gesundheitswissen, schätzt dieses aber höher ein; dieser Typ zeigt traditionelle, paternalistische Erwartungen.
- Typ 4: „literat“ – hohe Gesundheitskompetenz, hohes Gesundheitswissen; dieser junge, sozioökonomisch besser gestellte Typ ist das Ideal der kompetenten, empowernten und zufriedenen PatientInnen, und hat „Shared Decision“ Erwartungen.

Das heißt, rund die Hälfte der Bürger/innen gehören dem „passiven“ oder „traditionell/paternalistischen“ Lager an, die andere Hälfte hat partizipative Ansprüche. (Gerich 2015 www).

Der Teilbereich der Gesundheitsförderung hat im Gesundheitssystem offenbar die wenigsten Probleme mit dem neuen Wunsch nach Mitbestimmung: Partizipation der Betroffenen ist integraler Bestandteil von Gesundheitsförderungsprojekten. Im kurativen Sektor hingegen ist der (durchaus auch benevolente) Paternalismus noch immer allgegenwärtig. Oft wird von ÄrztInnen und anderen VertreterInnen der Gesundheitsberufe der Begriff „*Begehrlichkeit*“ verwendet, um die Forderung selbstbewusster Betroffener nach Transparenz und Mit-Entscheidung abzuwerten.

## **Die ethische und die gesundheitsstrategische Komponente**

Wir wollen selbstbestimmte BürgerInnen, die auf Basis einer soliden Gesundheitskompetenz

- „mündig“ sind,
- dort wo es notwendig ist in den partnerschaftlichen Diskurs mit Gesundheitsberufen treten,
- im Meer der gesundheitsbezogenen Informationen und Angebote einigermaßen Richtiges für sich auswählen.

Wir wollen nicht:

- BürgerInnen, die zum eigenverantwortlichen Gesundheitsverhalten ökonomisch angereizt, verpflichtet, und damit jedenfalls bevormundet werden.
- Menschen mit Gesundheitsproblemen wie Adipositas oder psychischen Problemen, die als deviant und „selbst schuld“ abgestempelt werden.
- PatientInnen, die sich von Health Apps versklaven lassen.

(Österreichische Gesellschaft für Public Health 2015, unpublizierte Diskussionsbeiträge)

Das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz sind zweifelsfrei maßgebliche Determinanten von Gesundheit und Krankheit. Aber die Wege zum gesunden Verhalten und zur Gesundheitskompetenz haben Selbstbestimmung und Menschenwürde zu achten. Das sollte die ethische Maxime des Gesundheitssystems bei der Verhaltensprävention sein.

Es ist klar, dass der allgegenwärtige gesundheitsbezogene Markt hinsichtlich der Gesundheitswirksamkeit seiner Produkte und Informationen weit weniger zimperlich vorgeht: Werbepsychologisch positionierte Zuckerbomben als Jugendgetränke oder fetttriefende Snacks in Großportionen beispielsweise, sind ungleiche Gegner für Gesundheitsbehörden und Public Health ExpertInnen, die die Menschen nicht bevormunden, sondern zur gesünderen Wahl ermuntern wollen. Daher müssen Behörden und Experten gesundheitsfördernde Ansatzhebel auch im Waren- und Informationsangebot, und in der restlichen Lebens- und Arbeitswelt nutzen. Das Spektrum dieser Hebel reicht von gesetzlichen Regelungen bis zu partnerschaftlichen Vereinbarungen zwischen den Akteuren in den Lebens- und Arbeitswelten. Ausschließlich im Vertrauen auf die gesundheitskompetenten BürgerInnen wird die Gesundheit nicht effektiv zu verbessern sein. Verhältnisprävention muss immer parallel zum individuellen Verhalten und zur individuellen Gesundheitskompetenz bearbeitet werden.

## **Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von passiven PatientInnen**

Der oben erwähnte Anteil der passiven PatientInnen im System, die sich auf traditionelle Art im System leiten lassen wollen, wirft bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz Probleme auf. Diese PatientInnen wollen gar nicht gesundheitskompetent werden, sie wollen sich dem Arzt überantworten und selbst lieber nichts entscheiden. Wenn auch der Anteil dieser PatientInnen zurückgeht, erscheint es doch zielführend, gerade diese Gruppe zur Entwicklung ihrer Gesundheitskompetenz zu motivieren. Denn unsere Hypothese lautet, dass die an Mitbestimmung interessierten Patiententypen ohnehin auch hinsichtlich des individuellen Managements von gesundheitsrelevanten Informationen gut ansprechbar sein werden, die passiven PatientInnen hingegen am meisten von der Entwicklung ihrer Gesundheitskompetenz profitieren können.

Was motiviert Menschen zu einer Anpassung ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens und ihres gesundheitsbezogenen Informationsmanagements? Die Literatur und Studien dazu setzen vielfach erst an, wenn die Menschen bereits für Maßnahmen gewonnen wurden und beschäftigen sich nicht mit der Frage, wie Individuen von Grund auf bewegt werden können, Co-ManagerInnen ihrer Gesundheit zu sein.

## **Wissenschaftliche Modelle zur Motivation in Einzelinterventionen**

In früherer Forschung wurde eine Reihe von gesundheitswissenschaftlichen Modellen hinsichtlich der motivationalen Prozesse, die die Grundlage für gesundheitsrelevante Verhaltensänderungen sind, untersucht. Das *sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens* beispielsweise

ist ein dynamisches Modell, das davon ausgeht, dass eine Verhaltensänderung immer zwei Phasen durchläuft. Die Motivationsphase und die Willensphase. Die Motivation wird durch drei Faktoren beeinflusst, die Risikowahrnehmung, die Handlungsergebniserwartung und die Verhaltens- oder Aktions-Selbstwirksamkeitserwartung (Action Self-efficacy). Das Zusammenwirken der drei Kräfte führt dann zur Intention. Diese beschreibt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Verhaltensänderung auch durchgeführt wird. Mangelnde Planung, Probleme oder äußere Barrieren verhindern vielfach die Verhaltensänderung. Für die Willensphase ist es wichtig, die entsprechenden Selbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich Planung, Initialisierung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von neuen Verhaltensweisen zu entwickeln und diese an die Gegebenheiten zu adaptieren. (Seibt 2010a)

Das *Transtheoretische Modell* beschreibt die unterschiedlichen Erklärungen und Prinzipien, die Verhaltensänderungen zugrunde liegen und dient zur Entwicklung effektiver und pragmatischer Verhaltensänderungsmaßnahmen. Es wurde ursprünglich für die Raucher- und Drogenentwöhnung entwickelt und bald auch für andere gesundheitsrelevante Themen verwendet. Das Modell umfasst fünf Phasen, die Menschen bei Verhaltensänderungen durchlaufen. Diese Phasen bauen aufeinander auf: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Umsetzung, Stabilisierung. Das Modell dient dazu, KlientInnen in die jeweiligen Phasen einzuteilen und die Unterstützungsmaßnahmen daran anzupassen. (Üblicherweise richten sich Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme an Personen, die bereits in der dritten oder einer höheren Phase sind und unentschlossene Personen werden damit nicht erfasst). Um Menschen, die sich in den ersten beiden Phasen befinden und daher noch unentschlossen sind, bei der Entscheidung für die Verhaltensänderung zu unterstützen wird die *motivierende Gesprächsführung* eingesetzt (Seibt 2010b). Als „Motivational Interviewing“ nach Miller und Rollnick (1991) begründet es einen klientenorientierten und direktiven Kommunikationsstil. Das Motivierende Gespräch gliedert sich in zwei Phasen, von denen sich die erste dem Aufbau der Änderungsbereitschaft widmet und die zweite Phase der Erarbeitung und Vereinbarung persönlich verbindlicher Ziele. Diese werden in einen Änderungsplan eingetragen. Man geht dabei von der Idee aus, dass Menschen nicht unmotiviert sondern ambivalent gegenüber Verhaltensänderungen sind. Daher zielt das Motivierende Gespräch darauf ab, herauszufinden, was die Ursachen für die Ambivalenzen sind und versucht diese dann abzubauen. Das Motivierende Gespräch ist durch die folgenden Prinzipien gekennzeichnet: Empathie zeigen, Widersprüche aufzeigen, Wortgefechte vermeiden, nachgiebig auf Widerstand reagieren sowie Selbstwirksamkeit erhöhen (BKK 2005). Der Beratungsstil beim Motivierenden Gespräch ist dadurch geprägt, dass nicht überredet oder belehrt sondern gefördert und unterstützt werden soll. Die intrinsische Motivation des/der KlientenIn soll durch seine/ihre persönliche Sichtweise, Ziele und Wertvorstellungen beeinflusst werden. Zu den zwei wesentlichen Zielen zählen die Förderung der Änderungsbereitschaft sowie der Änderungskompetenz (BZgA 2006).

## **Praxisbeispiel Motivierendes Interview**

Die motivierende Gesprächsführung kommt in einer Reihe von Projekten und Programmen zum Einsatz. Unter anderem bietet die deutsche Betriebskrankenkasse (BKK) eine verhaltensprä-

ventive Intervention zur Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und zur Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Arbeitslosen an (BKK 2005). Eine Kurzintervention zur Raucherentwöhnung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland basiert ebenfalls auf der Methode der Motivierenden Gesprächsführung (Lindinger/ Batra 2006). Auch beim Projekt „Gesundheitscoaching“ des Schweizer Kollegiums für Hausarztmedizin kommt die Methode zum Einsatz (Neuner-Jehle 2013).

Beispiele für Gesprächstechniken, die beim Motivierenden Interview wichtig sind (BKK 2005):

- Offene Fragen stellen
  - „Inwieweit machen Sie sich Gedanken um Ihren Alkoholkonsum / Ihr Essverhalten?“ (Nachteile der aktuellen Situation)
  - „Wie würde Ihr Leben in fünf Jahren aussehen, wenn Sie sich wegen Ihres Alkoholkonsums keine Gedanken mehr machen müssten?“ (Vorteile einer Änderung)
  - „Was haben Sie schon einmal in Ihrem Leben geändert? Wie haben Sie das gemacht?“ (Zuversicht)
  - „In welcher Form möchten Sie Ihr Trinken ändern?“ (Änderungsabsicht)
- Wichtigkeit/Zuversicht einer Verhaltensänderung abfragen
  - „Wenn Sie auf einer Skala von 0 bis 10 angeben sollten, wie wichtig es Ihnen ist/wie zuversichtlich Sie sind, weniger Alkohol zu trinken“ (0 steht für überhaupt nicht wichtig/zuversichtlich und völlig egal/pessimistisch, 10 für extrem wichtig/zuversichtlich), „wo stehen Sie dann derzeit?“
  - „Was müsste passieren, damit Sie sich für einen höheren Wert entscheiden?“
- Abwägen von Vor- und Nachteilen anhand einer 4-Felder-Entscheidungsmatrix:  
Folgende Fragen können hilfreich sein:
  - „Was sind die Konsequenzen Ihres jetzigen Verhaltens für Sie selbst?“
  - „Welche Konsequenzen hat Ihr Verhalten für andere?“
  - „Wie fühlen Sie sich selbst dabei?“
  - „Wie fühlen sich andere dabei im Umgang mit Ihnen, wenn Sie das Verhalten zeigen?“
- Extremfragen
  - „Was könnte denn schlimmstenfalls passieren, wenn Sie nächstes Wochenende keinen Alkohol trinken?“
- Individuelle nicht wertende Rückmeldung zum eigenen Verhalten
  - „Sie haben auf Ihrem Bogen angegeben, dass Sie fünf halbe Liter Bier trinken und glauben, das ist normal. Was meinen Sie, wie viel Gramm reinen Alkohols eine Frau / ein Mann am Tag maximal trinken sollte? Was glauben Sie, wie viel Alkohol in einem halben Liter Bier ist?“
- Positive Rückmeldung und strukturierte Zusammenfassung  
Des Weiteren ist es wichtig, dem Gesprächspartner zwischendurch immer wieder eine positive Rückmeldung zu geben und eine strukturierte Zusammenfassung des bisher Besprochenen zu machen.
  - „Sie haben mir jetzt erzählt, wie viel Sie rauchen und in welchen Situationen es Ihnen besonders schwer fällt, nicht zu rauchen.“

Dieser Ansatz hat sich bei Personen, die gering motiviert und bereit für Veränderungen sind, als

effizient erwiesen. In einer Pilotstudie zur Effektivität des Motivierenden Interviews bei Arbeitslosen zeigte sich, dass eine Sensibilisierung gegenüber dem eigenen Gesundheitszustand erreicht und eine Verhaltensänderung insbesondere bei den Essgewohnheiten, dem Alkoholkonsum und der körperlichen Aktivität erreicht werden konnte (Horns et al. 2012).

Das Motivierende Interview ist gut untersucht und die Studienlage teilweise widersprüchlich, manche Studien attestieren keinen oder nur einen geringen Nutzen, einige zeigen die Vorteile des motivierenden Interviews gegenüber Vergleichsinterventionen. Eine Reihe von Studien zur Wirksamkeit (insbesondere auch Meta-Studien) konnte den Nutzen bei Ernährungs-, Bewegungs- und Suchtmittelthemen bestätigen. Keine Evidenz liegt allerdings für die Wirksamkeit bei Tabakentwöhnung vor. Die motivierende Gesprächsführung kann außerdem die Selbstwirksamkeitserfahrung (self-efficacy) der Klienten in Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensänderungen fördern. Der besondere Vorteil dieser Methode liegt darin, dass sie eine sehr zeitsparende Intervention ist und in vielen verschiedenen Settings sowie für die verschiedensten Zielgruppen beinahe unabhängig von Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit eingesetzt werden kann (Burke et al. 2003, S. 843ff.; Lundahl/Burke 2009, S. 1232; Lundahl et al. 2013, S. 166).

## **Aktivierende Interventionen in Gruppen**

Die aktivierende Befragung dient ursprünglich der Aktivierung zum Empowerment der BürgerInnen in der Gemeinwesenarbeit. Der Prozess der Beteiligung soll hier angestoßen werden. Diese Form der Befragung richtet sich an Gruppen und entspricht der Strategie „Selbstbefähigung durch Partizipation“. Die Befragung erfolgt in mehreren Schritten, der Voruntersuchung, der Hauptuntersuchung sowie der Auswertung und Aktivierung. Ein besonderer Fokus liegt auch in dieser Methode auf offenen Fragen, da diese mehr Aussagekraft haben (Gold et al. 2014).

## **Gruppencoaching zur Stärkung der Gesundheitskompetenz**

Die österreichische Sozialversicherung will wirkungsvolle Beiträge zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der österreichischen Bevölkerung (Ziel 3 der zehn Rahmengesundheitsziele für Österreich) einbringen. Die Sozialversicherung erwartet sich, dass gesundheitskompetentere BürgerInnen bessere Co-ManagerInnen ihrer Gesundheit sind und hat dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz angekündigt: Neben dem Bemühen, als Organisation selbst gesundheitskompetenter zu werden, soll die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten in Einrichtungen der Sozialversicherung (Rehabilitationszentren, Ambulatorien und Ähnliche) gestärkt werden. Als zentrale Methode, wie die Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Sozialversicherung gestärkt werden soll, wird das Gruppencoaching ins Auge gefasst.

Gemäß dem Austrian Coaching Council (2014) ist Coaching *„die individuelle Beratung von einzelnen Personen, Gruppen oder Teams [und] richtet sich auf fachlich-sachliche und/oder psychologischsoziodynamische Fragen bzw. Problemstellungen, die sich auf die Arbeitswelt beziehen.“*

*Coaching findet auf einer tragfähigen Beziehungsbasis statt, die durch Freiwilligkeit, gegenseitiges Respektieren und Vertrauen begründet ist und eine gleichwertige Ebene des Kooperierens bedingt.“*

Coaching-Methoden und im Besonderen Gruppencoachings, sind im Gesundheits- und Sozialbereich schon seit längerem in Verwendung. Im Folgenden wird versucht, Grundsätze und Praxiserkenntnisse aus Publikationen zusammenzufassen, um für das zu entwickelnde Gesundheitskompetenz-Coaching in Gruppen zu lernen. Die wissenschaftliche Literatur zu Gruppencoaching ist allerdings sehr spärlich. Hauptsächlich stellen in öffentlich zugänglichen Publikationen mehr oder weniger wissenschaftlich fundierte Coaching-Anbieter ihre Programme und Vorgehensweisen dar. Dabei findet sich viel Werbung.

In den unterschiedlichen Coaching-Angeboten (wie beispielsweise dem Jugendcoaching des Sozialministeriums) weist Coaching jeweils einen stufenartigen Aufbau – je nach benötigter Intensität – auf. Wobei jede Stufe eine mehrstündige Coachingeinheit enthält. Gruppencoaching ist im Wesentlichen in der Personalentwicklung (auch mit Fokus auf die Gesundheit) angesiedelt, die wesentliche Zielgruppe sind üblicherweise Führungskräfte und Arbeitsgruppen bzw. Teams aus demselben organisationalen Kontext (Badura et al. 2000, S. 259ff.; Wegener et al. 2013). Gruppencoaching als gesundheits(kompetenz)förderliche Maßnahme für Personen, die nicht aus demselben Arbeitsumfeld stammen, ist hingegen seltener anzutreffen. Häufig wird es dabei in der Arbeit mit Erwerbslosen eingesetzt.

Die wesentlichen Vorteile des Gruppencoaching im Vergleich zu Einzelinterventionen sind Synergieeffekte, gegenseitiges Erfahrungslernen durch die TeilnehmerInnen und Kosteneinsparungen. Ein wesentlicher Nachteil des Gruppencoachings ist, dass der Intimitätsgrad geringer ist als beim Einzelcoaching und somit eventuelle durch das Gruppensetting verursachte Hemmschwellen bei TeilnehmerInnen überwunden werden müssen.

## **Internationale und Österreichische Praxisbeispiele**

Das Jobs Search Skills Programme in den USA setzte Gruppeninterventionen zur Förderung der Jobsuchfähigkeiten, der Self-efficacy (Selbstwirksamkeitsgefühl), der Bewältigungsfähigkeiten und zur Verbesserung der gegenseitigen sozialen Unterstützung der Betroffenen ein. Das Programm bestand aus acht Workshops zu je drei Stunden über einen Zeitraum von zwei Wochen mit 15 bis 20 TeilnehmerInnen und zwei TrainerInnen. Die Evaluation der Intervention ergab, dass die TeilnehmerInnen schneller wieder einen Job fanden, zufriedener waren und die depressiven Phasen (bei den schwerer betroffenen Personen) um ein Drittel reduziert werden konnten (Price et al. 1992, S. 158ff.).

Erfahrungen mit Gruppencoaching aus einem Projekt zur Arbeitsmarktintegration aus Deutschland hat Vorteile des Gruppencoachings gegenüber Interventionen (herkömmliche Beratungssituation) mit Einzelpersonen gezeigt. Das Gruppensetting führt dazu, dass eine andere Form der

Zusammenarbeit zwischen dem/der KundIn und Beratenden entstand. Mehr (fachlich-inhaltliche) Klarheit und ein verbessertes Verständnis von Seiten der KlientInnen konnte erzeugt werden. Außerdem steigerte sich das Selbstwertgefühl und die Motivation der TeilnehmerInnen. Durch die Gruppensituation profitierten die TeilnehmerInnen von der Kooperation und dem gemeinsamen Erfahrungsaustausch, es entstand durch die gegenseitige Förderung ein Synergieeffekt. Die Netzwerkbildung zwischen den TeilnehmerInnen wurde ebenfalls gefördert. Die Rekrutierung erfolgte durch die Vermittlungsfachkräfte des Jobcenters, welche nach einer entsprechenden Einzelberatung interessierten KundInnen in eine Liste eintrugen. Aus dieser stellten die Coaches (die Jobvermittler) dann die Gruppen zusammen. Anschließend wurden die TeilnehmerInnen schriftlich eingeladen und eine Woche vor Beginn des Coachings telefonisch informiert (Jobcenter Landkreis Aschaffenburg 2014).

## **Kombinationen von Einzel- und Gruppeninterventionen mit Fokus auf die Motivation**

Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass insbesondere bei problematischem Gesundheitsverhalten Gruppeninterventionen (als Ergänzung zu Einzelberatungen) geeignet sind, Verhaltensänderungen zu ermöglichen. Ein wesentlicher Faktor ist es, die Motivation zu steigern und beispielsweise eine Re-Integration in den Arbeitsmarkt zu erleichtern. In dem bereits erwähnten Projekt mit Langzeitarbeitslosen in Deutschland wurden Gesundheitskompetenztrainings bestehend aus individuellen Beratungsgesprächen („Motivational Interviewing“) mit partizipativen Gruppenangeboten angeboten. Es zeigte sich, dass das Ernährungs- und Bewegungsverhalten effektiv verändert werden konnte (Hanna et al. nach Horns et al. 2012, S. 728).

Das Interventionsprogramm MoVo-LISA (motivational-volitionales Interventionsprogramm zum Aufbau von Lebensstil-Integrierter Sportlicher Aktivität) wurde von Fuchs et al. im Rahmen einer von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) geförderten längsschnittlichen Kontrollgruppenstudie entwickelt, um Aufbau und Aufrechterhaltung eines körperlich-aktiven Lebensstils im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation zu unterstützen. Die Evaluation dieser Intervention konnte zeigen, dass die Kombination aus Einzelgespräch und Gruppengesprächen mit postalischer Erinnerung, das Gesundheitsverhalten der TeilnehmerInnen verbessern konnte (Uni Freiburg 2015; Fuchs et al. 2010).

Das vom Fonds Gesundes Österreich, der Wiener Gesundheitsförderung, der Wiener Gebietskrankenkasse und dem Land Steiermark geförderte Frauengesundheits-Projekt „Durchblick“ zeigt, wie Gesundheitskompetenz verbessert werden kann. Insbesondere Frauen mit chronischen Erkrankungen, Migrantinnen und ältere Frauen werden in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt und ermutigt, sich aktiv als Expertinnen für sich selbst im Gesundheitswesen einzubringen. Frauen und Männer, die in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung arbeiten, werden beteiligt, um die Anliegen der Frauen zu unterstützen. Gestartet wurde das Projekt 2013 mit einer partizipativen Bedarfserhebung. Befragt wurden Frauen, sowie ÄrztInnen, BeraterInnen und BetreuerInnen, die im Gesundheitsbereich beschäftigt sind. Neben anderen Aktivitäten werden Workshops

(Kurse für Selbstmanagement, Gesundheitsinformationen etc.) für die Zielgruppen veranstaltet. Dabei finden die Kurse in den jeweiligen Settings statt und bestehen aus sechs bis acht Einheiten zu je 2,5 Stunden mit fünf bis höchstens 15 TeilnehmerInnen. Die Evaluation der Kurse ergab, dass besonders die Fähigkeit zu beurteilen, wann eine zweite Arztmeinung notwendig wird und das Finden von Hilfe bei psychischen Problemen verbessert werden konnten. Vor allem MigrantInnen, da hier auch das größte Defizit an Wissen bestand, konnten von den Kursen profitieren. (FEM 2015; Sladek/Wolf 2015).

„Evivo“ ist ein Gruppenangebot des Frauengesundheitszentrums Graz mit der Careum Stiftung (Schweiz), das das Selbstmanagement für Frauen und Männer, die mit chronischen Erkrankungen leben, erleichtern soll. Das Programm umfasst einen Kurs und ein dazugehöriges Handbuch. Entwickelt wurde das Angebot auf Grundlage des Chronic Disease Self-Management Program's (CDSMP) der Stanford University (USA), welches beispielsweise in Großbritannien und Dänemark Anwendung findet. Im deutschsprachigen Raum wurde das Projekt von der Careum Stiftung Schweiz übernommen und angepasst. Ein Kurs besteht aus einer Informationsveranstaltung und aus wöchentlichen 2,5-stündigen Treffen über die Dauer von 6 Wochen. Die Inhalte umfassen verschiedene Themen wie z.B. im Alltag mit einer chronischen Krankheit besser umzugehen, die Kommunikation mit den behandelnden Ärzten verbessern oder sich gesünder zu ernähren. (Hirtl/Groth 2012).

## **Bei der Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz geht es zuerst um Motivation!**

Wenn wir die Österreicher/innen effektiv dabei unterstützen wollen ihr gesundheitsbezogenes Informationsmanagement weiter zu entwickeln, sollten wir ihnen nicht nur Wissen (über Informationsquellen, Grundbegriffe und Bewertungskriterien) vermitteln. Wir müssen auch – und zwar zuerst – ihre Motivation ermuntern, um die für sie relevanten Informationen aktiv finden, verstehen, hinterfragen zu wollen, und so diese Informationen reflektiert zur Anwendung zu bringen. Denn wenn sich auch die Rolle der Bürger/innen im Gesundheitswesen tendenziell hin zu selbstbestimmten mit-entscheidenden Co-Produzenten ihrer Gesundheit entwickelt, bleiben noch immer Teile der Bevölkerung passiv im paternalistischen System verhaftet. Wir gehen davon aus, dass gerade für diese Gruppen eine Stärkung der Gesundheitskompetenz besonders lohnt. Die Methoden zur Unterstützung der Motivation dieser Zielgruppen gibt es und sie sind über weite Strecken wissenschaftlich erprobt. Diese Zusammenstellung von Literatur, Gedanken und Beispielen für ein motivierendes Gesundheitskompetenz-Coaching möchte einen Beitrag dazu leisten, Gesundheitskompetenz in Österreich erfolgreich zu stärken.

## Literatur:

- Austrian Coaching Council (2014). Information zur Berufsanerkennung als Coach. URL: [http://www.coachingdachverband.at/media/pdf\\_content\\_acc/berufsanerkennung\\_information.pdf](http://www.coachingdachverband.at/media/pdf_content_acc/berufsanerkennung_information.pdf) (dl: 2.4.2015)
- Badura et al. (2000): Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz. Berlin/Heidelberg: Springer
- BKK (2005): Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose.
- Burke, B. et al. (2003): The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology (71); S. 843-861
- BZgA (2006): Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern. Köln
- Faller, H./ Reusch, A./ Meng, K. (2011): Innovative Schulungskonzepte in der medizinischen Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt (54); S. 444-450
- FEM (2015): Durchblick. Gesundheitskompetenz für Frauen. URL: [http://www.fem.at/FEM\\_Sued/files/Flugblatt%20Durchblick.pdf](http://www.fem.at/FEM_Sued/files/Flugblatt%20Durchblick.pdf) (dl: 20.4.2015)
- Fuchs, R./ Göhner, W./ Seelig, H./ Fleitz, A./ Mahler, C./ Schittich, I. (2010): Lebensstilintegrierte sportliche Aktivität: Ergebnisse der MoVo-LISA Interventionsstudie. Bewegungstherapie und Gesundheitssport (26); S. 270–276
- Gerhards, J.: Der Aufstand des Publikums. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 30, Heft 3, 2001
- Gerich, J. (2015): Health Literacy in Oberösterreich. Einflussfaktoren und korrespondierende Merkmale von Gesundheitskompetenz. Vortrag im Rahmen der Veranstaltung Health Literacy – Information und Kommunikation für mehr Gesundheitskompetenz am 19. Mai 2015 in Linz
- Hirtl, C./ Groth, S. (2012): Pilotkurs Evivo. Gewinnung von Wissen und Erfahrung zur Einführung von Kursen für chronisch kranke Frauen und Männer in Österreich.
- Horns, K. et al. (2012): Gesundheitskompetenztraining für Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit. Auswirkungen auf die Motivation zu einem gesünderen Lebensstil. In: Bundesgesundheitsblatt (55); S. 728–738
- Jobcenter Landkreis Aschaffenburg (2014): Gruppencoaching zum Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung Motiv AG. URL: <http://www.gib.nrw.de/service/downloaddatenbank/201emotiv-ag201c-2013-gruppencoaching-im-jobcenter-aschaffenburg> (dl: 20.4.2015)
- Koyuncu, A.: Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Gesundheitspolitik – Management – Ökonomie Nr. 3, 2007
- Kuppersmith, R.B.: The physician-patient relationship and the Internet. In: Otolaryngol Clin N Am, Vol 35, 2002
- Lindinger, P.; Batra, A. 2006: Kurzintervention bei Rauchern mit einem Schwerpunkt auf der Motivierenden Gesprächsführung. BzGA
- Lundahl et al. (2013): Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: Patient Education and Counseling. (93); S. 157-168
- Lundahl, B. et al. (2013): Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: Patient Education and Counseling (93); S. 157-168
- Lundahl, B./Burke, B. (2009): The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing; A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. In: Journal of Clinical Psychology 65 (11); S. 1232-1245
- Neuner-Jehle, S. et al. 2013: The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. In: BMC Family Practice , 14:100 URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/100> (dl:22.4.2015)
- Ostermann, D. (2010): Gesundheitscoaching. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

- Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH): Unpublizierte Diskussionsbeiträge bei der ÖGPH Wintertagung 16./17.1.2015 „Öffentliche Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ethik und Selbstbestimmung“. Lochau
- Price, R.H. et al. (1992): Impact of a Preventive Job Search Intervention on the Likelihood of Depression Among the Unemployed. In: Journal of Health and Social Behavior (33); S. 158-167
- Ruckstuhl, B.: Gesundheitsförderung – Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health Perspektive. Juventa 2011
- Schäck, T. (2012): Coaching-Arten. Einzel-/Gruppen-Coaching. URL: <http://www.coaching-globe.net/artikel/term/Coaching-Arten.html> (dl: 24.4.2015)
- Seibt, A. C. (2010a): Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens. URL: [http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-181.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-181.html) (dl: 23.3.2015)
- Seibt, A. C. (2010b): Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung. URL: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=88> (dl: 23.3.2015)
- Sladek, U./ Wolf, H. (2015): „Durchblick“: Projekt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Frauen. In: Journal Gesundheitsförderung (1); S. 24-27
- Sørensen, K. et al. (2012): Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health, 12:80; <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80> (9.9.2014)
- Uni Freiburg (2015): Ein Kleingruppenprogramm zur Veränderung des Bewegungsverhaltens. URL: [http://www.sport.uni-freiburg.de/institut/Arbeitsbereiche/psychologie/psych\\_proj/movolisa/index?set\\_language=en](http://www.sport.uni-freiburg.de/institut/Arbeitsbereiche/psychologie/psych_proj/movolisa/index?set_language=en) (dl: 28.4.2015)
- Wegener, R. /Fritze, A. /Loebbert, M. (2013): Coaching-Praxisfelder – Praxis & Forschung im Dialog. Springer VS
- WHO Europa (2013): Gesundheit 2020 – Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, URL: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being> (dl: 8.9.2014)