Digi4 MSK

Kofinanziert von der Europäischen Union

LEHRMATERIAL VON
DIGI4MSK- BAND 3

3. Beurteilung der Bereitschaft von Patienten/Patientinnen zum Selbstmanagement: Motivation



Autoren der Serie

Víctor Doménech-García[1], Julia Blasco-Abadía[1], Kieran O'Sullivan[2], Lara Coyne[2], Mary O'Keeffe[3,4], Nathan Skidmore[3,5], Zsófia Nagy[3,6], Thorvaldur Skuli Palsson[7,8], Steffan Wittrup McPhee Christensen[9,10], Morten Hoegh[9], Alice Baroncini[11], Domenico Compagnone[11], Pedro Berjano[11], Lisa Zauber[12], Pablo Bellosta-López[1].

[1] Universidad San Jorge. Campus Universitario, Autov. A23 km 299, 50830. Villanueva de Gállego, Zaragoza, Spain.

[2] School of Allied Health, University of Limerick, Ireland.

[3] European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium.

[4] School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

[5] Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Northumbria University, UK.

[6] Rétköz Health Center, Budapest, Hungary.

[7] Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg Denmark.

[8] Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Aalborg University Hospital, Denmark.

[9] Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.

[10] Department of Physiotherapy, University College of Northern Denmark, Aalborg, Denmark.

[11] IRCCS Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio, Milan, Italy.

[12] Research & Development Department, SYNYO GmbH, Vienna, Austria.

Hauptautoren des Kapitels: Mary O'Keeffe[3,4], Nathan Skidmore[3,5], Zsófia Nagy[3,6].

Digi4MSK – Erasmus+ Projekt Nr. **101111708**

Unter der Leitung der **Universität San Jorge (Spanien)** mit Partnern: **SYNYO (Österreich), European Pain Federation (EFIC®), Universität Aalborg (Dänemark), Universität Limerick (Irland), VITECO und IRCCS Ospedale Galeazzi – Sant'Ambrogio (Italien), INP und Irudigital (Spanien).**

Weitere Informationen: **https://digi4msk.eu/de/**

© Februar 2026. Digi4MSK. Lizenziert unter CC BY 4.0.
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/



doi: https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2032



Digi4MSK - Von der Europäischen Union finanziert. Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen jedoch ausschließlich denen des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wide. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. ERASMUS-EDU- 2022-PI-ALL-INNO: Projekt n.101111708

Haftungsausschluss:

Dieses Dokument wurde im Rahmen eines europäischen Projekts ausschließlich zu Bildungs- und Informationszwecken erstellt. Der Inhalt ersetzt weder klinisches Urteilsvermögen noch berufliche Richtlinien oder institutionelle Protokolle. Es handelt sich nicht um medizinische Beratung, Diagnose oder Behandlung. Medizinisches Fachpersonal sollte sich bei Entscheidungen auf sein eigenes Fachwissen, seine klinische Erfahrung und die geltenden Versorgungsstandards stützen. Weder die Autoren/Autorinnen noch die Projektpartner:innen übernehmen Verantwortung für Handlungen oder Entscheidungen, die auf der Grundlage der in diesem Material enthaltenen Informationen getroffen werden.

Transparenzhinweis:

Generative KI-Tools wurden verwendet, um das vom DIGI4MSK-Konsortium erstellte Originalmaterial zu entwerfen, zu bearbeiten und anzupassen. Alle KI-generierten Ergebnisse wurden von den Autorinnen und Autoren überprüft, verifiziert und gegebenenfalls umformuliert.

Kofinanziert von der Europäischen Union

Zusammenfassung

Digi4MSK ist ein Erasmus+-Projekt, das Lernressourcen entwickelt, um die Kommunikation von Fachleuten über die Gesundheit des Bewegungsapparats zu verbessern und evidenzbasiertes Selbstmanagement zu implementieren. Diese Ressource fasst hochwertige Forschungsergebnisse zu prägnanten, umsetzbaren Leitlinien für die tägliche Praxis zusammen. Jeder Band enthält strukturierte Zusammenfassungen, Tools und Beispiele zur Unterstützung gemeinsamer Entscheidungsfindung, gesundheitskompetenzorientierter Kommunikation und sicherer, patientinnen – und patientenorientierter Versorgung bei Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Diese kostenlosen Bildungsmaterialien sind für die **Verwendung und Anpassung** durch medizinisches Fachpersonal, Pädagogen/Pädagoginnen und Forscher:innen weltweit für Schulungs- und Ausbildungszwecke im klinischen Bereich konzipiert.. Bitte geben Sie die Quelle „Digi4MSK-Konsortium" an und weisen Sie auf etwaige Änderungen hin. Informationen zur Lizenzierung und zu den zulässigen Verwendungszwecken finden Sie auf der Seite „Credits & Licensing" (Quellenangaben und Lizenzierung).

Die ersten vier Bände umfassen: die Voraussetzungen für die Umsetzung des Selbstmanagements, allgemeine Grundsätze des Selbstmanagements, den Ausschluss schwerwiegender Pathologien bei muskuloskelettalen Schmerzen und die Beurteilung der Bereitschaft eines Patienten/einer Patientin in Bezug auf Motivation und Gesundheitskompetenz.

Band 3 — Beurteilung der Bereitschaft von Patienten/Patientinnen zum Selbstmanagement: Motivation

Dieser Band bietet praktische Rahmenbedingungen zur Beurteilung und Steigerung der Motivation für das Selbstmanagement von muskuloskelettalen Erkrankungen. Er übersetzt Konzepte aus der Theorie der Verhaltensänderung (z. B. Phasen der Veränderung, COM-B/Behaviour Change Wheel, motivierende Gesprächsführung) in konkrete Techniken und Beispiele. Ärzte/Ärztinnen erhalten Werkzeuge, um Interventionen auf die motivationale Bereitschaft zuzuschneiden und das Engagement über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten.

Stichworte: Motivation, Verhaltensänderung, COM-B, Behaviour Change Wheel, motivierende Gesprächsführung, Phasen der Veränderung.

INDEX

3. Beurteilung der bereitschaft von patientinnen und patienten zum selbstmanagement: Motivation 5
3.1 Überblick 5
3.2 Ziele 5
3.3 Einleitung: Verhalten und Motivation beim Selbstmanagement 6
3.4 Verhaltensänderungstechniken in der MSK-Schmerztherapie 7
3.5 Motivierende Gesprächsführung in der MSK-Schmerztherapie 8
3.5.1 Grundsätze 8
3.5.2 Techniken und Beispiele 9
3.6 Die Phasen der Veränderung 11
3.6.1 Wie man die Veränderungsphase eines Patienten oder einer Patientin einschätzt 13
3.7 Anwendung des Behaviour Change Wheel (COM-B) 14
3.7.1 Stufe 1: Verständnis der Auslöser von Verhalten 15
3.7.2 Stufe 2: Identifizierung von Interventionsmöglichkeiten 15
3.7.3 Stufe 3: Ermittlung der Interventionsinhalte (konkrete Techniken) 17
3.8 MSK-Schmerzen anhand des Gesundheitsüberzeugungsmodells verstehen .. 18
3.8.1 Wurde dies bereits bei muskuloskelettalen Schmerzen angewendet? 18
3.8.2 Kernkonzepte des HBM 19
3.8.3 Überzeugungen mit Verhaltensänderungen verbinden 20
3.9 Ergänzende Modelle bei muskuloskelettalen Schmerzen 21
3.9.1 Fit-for-Purpose-Modell 21
3.9.2 Fear Avoidance Model 21
3.9.3 Prädiktive Verarbeitungstheorie 22
3.10 Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen 23
Referenzen 24

Kofinanziert von der Europäischen Union

3. Beurteilung der bereitschaft von patientinnen und patienten zum selbstmanagement: Motivation

3.1 Überblick

Um Menschen dabei zu unterstützen, gut mit muskuloskelettalen (MSK) Schmerzen zu leben, muss man ihnen oft dabei helfen, kleine, aber bedeutende Veränderungen in ihren täglichen Gewohnheiten, Überzeugungen und Routinen vorzunehmen. Diese Veränderungen sind selten einfach. Sie werden durch das Wissen, das Selbstvertrauen, das soziale Umfeld sowie die körperlichen Fähigkeiten einer Person beeinflusst. Zu verstehen, was das Verhalten einer Person antreibt – und was sie möglicherweise zurückhält – ist für das Selbstmanagement und das langfristige Gesundheitsmanagement von zentraler Bedeutung.

Die Förderung einer dauerhaften Einhaltung des Selbstmanagements ist einer der schwierigsten Aspekte der klinischen Praxis. Um dies zu unterstützen, wurden eine Reihe von Modelle zur Verhaltensänderung entwickelt. In diesem Modul stellen wir mehrere bekannte Rahmenkonzepte vor – wie das COM-B, das transtheoretische Modell (Stufen der Veränderung) und die motivierende Gesprächsführung – als Beispiele dafür, wie diese Ideen die Praxis leiten können. Diese Beispiele werden nicht als festes Rezept oder vollständige Liste präsentiert, sondern als Hilfsmittel, mit denen Sie erkennen können, welcher Ansatz für Ihre eigene Situation und Patienten – und Patientinnengruppe am besten geeignet ist.

Im gesamten Modul liegt der Schwerpunkt auf der praktischen Anwendung: Wie kann man Motivation erforschen, Kommunikation individuell anpassen und die Therapietreue in realen klinischen Situationen unterstützen? Wir sind uns auch bewusst, dass Verhaltensänderungen nicht einfach sind – weder für Patientinnen und Patienten noch für Ärztinnen und Ärzte – und dass Fortschritte oft mit Rückschlägen verbunden sind und eine enge und wiederholte Nachsorge erfordern. Die Integration einfacher Verhaltensstrategien in die routinemäßige MSK-Versorgung kann das Engagement verbessern, die Funktion steigern und das Selbstmanagement nachhaltiger gestalten.

3.2 Ziele

Zu den Zielen gehören das Verständnis und die Anwendung praktischer Rahmenbedingungen und Kommunikationsstrategien, die Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen dabei unterstützen, Selbstmanagement-Verhaltensweisen anzunehmen und

beizubehalten, um ihre Gesundheit zu fördern. Am Ende dieses Kapitels werden Sie in der Lage sein:

- ***zu erklären,*** *wie Motivation und Verhaltensfaktoren die Einhaltung von Selbstmanagement bei MSK-Schmerzen beeinflussen.*
- *die Schlüsselelemente von Rahmenwerken zur Verhaltensänderung wie COM-B, das Stufenmodell der Veränderung und motivierende Gesprächsführung* ***zu identifizieren****.*
- *Kommunikationsstrategien* ***anzuwenden****, die gute Beziehungen aufbauen, Überzeugungen erforschen und die aktive Teilnahme am Selbstmanagement fördern.*
- *realistische, patientenzentrierte Ziele unter Verwendung des SMART-Rahmenwerks* ***zu entwickeln****.*
- *Ansätze zur Aufrechterhaltung der Motivation und Einhaltung durch effektive Nachsorge* ***zu beschreiben****.*

3.3 Einleitung: Verhalten und Motivation beim Selbstmanagement

Verhalten spielt eine entscheidende Rolle für die Gesundheit und Lebensqualität, insbesondere für Menschen mit muskuloskelettalen Schmerzen. Es wird durch viele miteinander interagierende Faktoren geprägt – Wissen, Selbstvertrauen, sozialer Kontext und körperliche Fähigkeiten. Um sinnvolle Veränderungen zu unterstützen, müssen medizinische Fachkräfte die Absichten, Erfahrungen und Werte verstehen, die das Verhalten einer Person anleiten. In diesem Sinne muss jede Verhaltensänderung patienten- und patientinnenzentriert sein, da sie davon abhängt, was für den Einzelnen am wichtigsten ist.

Menschen dabei zu unterstützen, ihr Verhalten zu ändern, kann die Gesundheit fördern und die Belastung durch Langzeitpflege verringern, bleibt jedoch einer der schwierigsten Aspekte der klinischen Praxis. Aus diesem Grund wurden mehrere Rahmenkonzepte entwickelt, um zu erklären, wie und warum Menschen sich verändern, darunter das Gesundheitsüberzeugungsmodell, das Stufenmodell der Veränderung und die Selbstbestimmungstheorie (Davis et al., 2015). Die Wahl des Modells hängt vom Kontext und der Art des zu behandelnden Verhaltens ab, insbesondere wenn in interprofessionellen Teams oder in mehreren Bereichen der Veränderung gearbeitet wird.

Kofinanziert von der Europäischen Union

In diesem Kapitel konzentrieren wir uns auf eine kleine Anzahl von Rahmenwerken, die für die Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen am relevantesten sind. Diese Beispiele sollen nicht starr angewendet werden, sondern Ärztinnen und Ärzten helfen, über ihren eigenen Ansatz nachzudenken und die Perspektive der Patientinnen und Patienten besser zu verstehen. Die Integration von Techniken zur Verhaltensänderung in die konventionelle Physiotherapie und Aufklärung kann Schmerzen lindern, die körperliche Funktion verbessern und die Einhaltung von Trainingsprogrammen erhöhen (Jamil et al., 2021).

3.4 Verhaltensänderungstechniken in der MSK-Schmerztherapie

Die Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Einhaltung von Selbstmanagementplänen ist ein wesentlicher Bestandteil einer effektiven muskuloskelettalen Versorgung. Schmerzen sind selten nur ein körperliches Problem – sie werden auch davon beeinflusst, wie Menschen darüber denken, wie zuversichtlich sie sind, diese zu behandlen und was sie realistisch gesehen im Alltag tun können. Unterstützung bei Veränderungen bedeutet daher, mit der Person als Ganzes zu arbeiten und nicht nur die Symptome zu behandeln.

Viele Ansätze können dazu beitragen, positive Veränderungen zu fördern – manchmal werden sie als „Verhaltensänderungstechniken" (BTCs) bezeichnet. Dazu gehören Strategien wie das Setzen erreichbarer Ziele, das Geben von Feedback zu Fortschritten und die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Lösung realer Probleme im Zusammenhang mit Hindernissen. In der Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen sind diese Techniken eng mit dem biopsychosozialen (BPS) Modell verbunden, welches davon ausgeht, dass Schmerzen durch biologische, psychologische und soziale Faktoren beeinflusst werden. Mit Hilfe dieser Techniken können Ärztinnen udn Ärzte die physischen, emotionalen und kontextuellen Faktoren behandeln, die die muskuloskelettalen Gesundheit beeinflussen. Einfache, konsequente Maßnahmen – wie das Besprechen von Erwartungen, das Feiern kleiner Erfolge oder das Anpassen von Plänen bei nachlassender Motivation – können einen großen Unterschied für das langfristige Selbstmanagement bewirken.

Letztendlich ist es das Ziel des Klinikers, den Patienten und die Patientin dabei zu unterstützen, nachhaltige Anpassungen vorzunehmen, die ihre Funktion, ihr Selbstvertrauen und ihre Unabhängigkeit verbessern, indem positive Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Selbstmanagement verstärkt werden. Dies bedeutet, dass die Einhaltung von Strategien wahrscheinlicher wird und das Risiko einer langfristigen Erkrankung verringert werden kann.

3.5 Motivierende Gesprächsführung in der MSK-Schmerztherapie

Motivierende Gesprächsführung ist ein kooperativer, zielorientierter und personenzentrierter Ansatz, der Menschen dabei unterstützt, ihre eigene Motivation für Veränderungen zu erkunden und zu stärken. Motivierende Gesprächsführung wurde in den 1980er Jahren von William R. Miller und Stephen Rollnick entwickelt und zunächst bei der Behandlung von Substanzmissbrauch eingesetzt, wird heute jedoch in der gesamten Gesundheitsversorgung zur Unterstützung einer gesunden Verhaltensänderung verwendet (Miller & Rollnick, 2013; Shannon & Hillsdon, 2007).

In der muskuloskelettalen Schmerztherapie unterstützt motivierende Gesprächsführung Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen dabei, gemeinsam Unsicherheiten oder Vorbehalte gegenüber neuen Gewohnheiten – wie Bewegung, Einteilung oder Lebensstiländerungen – anzugehen. Der Schwerpunkt liegt nicht darauf, den Patienten oder die Patientin zu überzeugen, sondern ihn/sie dabei zu begleiten, seine/ihre eigenen Gründe für Veränderungen zu entdecken.

3.5.1 Grundsätze

Empathie ausdrücken: Verwenden Sie reflektierendes Zuhören, um echtes Verständnis für die Gedanken und Gefühle der Person zu zeigen, ohne sie zu beurteilen.

> Beispiel: *„Es klingt, als wären Sie frustriert über frühere Übungen, die Ihnen nicht geholfen haben."*

Entwickeln Sie Diskrepanzen: Helfen Sie der Person, den Unterschied zwischen ihrem aktuellen Verhalten und dem, was sie sich für ihre zukünftige Gesundheit oder ihren Lebensstil wünscht, zu erkennen.

> Beispiel: *„Sie haben gesagt, dass Sie gerne wieder mit dem Hund spazieren gehen möchten – was könnte Ihnen Ihrer Meinung nach dabei helfen, diesem Ziel näher zu kommen?"*

Gehen Sie mit Widerstand um: Vermeiden Sie es, zu argumentieren oder auf Veränderungen zu drängen. Nehmen Sie stattdessen die Zurückhaltung zur Kenntnis und laden Sie den Patienten oder die Patientin ein, mehr über seine/ihre Bedenken zu sprechen.

> Beispiel: *„Sie sind sich nicht sicher, ob diese Übungen wirklich etwas bewirken – erzählen Sie mir mehr darüber."*

Kofinanziert von der Europäischen Union

Selbstwirksamkeit fördern: Stärken Sie das Selbstvertrauen, indem Sie sich auf Stärken und vergangene Erfolge konzentrieren.

Beispiel:*„Sie haben bereits an den meisten Tagen kurze Spaziergänge geschafft, das zeigt echte Fortschritte und Engagement."*

3.5.2 Techniken und Beispiele

Offene Fragen	Helfen dabei, den Patienten oder die Patientin zu ermutigen, detaillierte und persönliche Informationen über seine Erfahrungen mitzuteilen.	-Die Art der Schmerzen verstehen. -Untersuchung des Auftretens und der Auslöser der Schmerzen. -Bewertung der Auswirkungen auf das tägliche Leben Beurteilung der Reaktion und Bewältigungsstrategien des Patienten oder der Patientin. -Erkundung der Ziele und Erwartungen.	**Arzt/Ärztin:** *„Was könnte Ihrer Meinung nach Ihre Schmerzen verursacht oder dazu beigetragen haben?"* **Patient:in:** *„Mir ging es gut, bis ich zu Hause mit Kräftigungsübungen begonnen habe. Dann habe ich eine falsche Bewegung gemacht und seitdem kann ich kaum noch sitzen."*
Reflektierendes Zuhören	Reflektierendes Zuhören beinhaltet das Wiederholen oder Paraphrasieren der Aussagen des Patienten oder der Patientin, um Verständnis zu zeigen und zur weiteren Erforschung anzuregen.	- Versetzen Sie sich in die Lage des Patienten oder der Patientin, um seine Gefühle zu bestätigen und Empathie zu zeigen. - Zeigen Sie Interesse an seinem/ihrem Lebenskontext. - Ermutigen Sie den Patienten oder die Patientin, weitere Details mitzuteilen.	**Arzt/Ärztin:** *„Es klingt, als wäre dieser Schmerz eine ständige Belastung für Sie und beeinträchtigt wirklich Aktivitäten, die Ihnen Freude bereiten, wie zum Beispiel Spaziergänge, die Sie mittlerweile vermeiden. Ich sehe auch, dass Sie verschiedene Strategien ausprobiert haben, um damit umzugehen, aber es scheint, als hätte bisher nichts wirklich geholfen. Das kann schwierig sein."*

Bestätigung	Heben Sie die Stärken, Bemühungen oder die Widerstandsfähigkeit des Patienten oder der Patientin hervor, um sein/ihr Selbstvertrauen zu stärken und ihm/ihr Hoffnung zu geben.	- Würdigen Sie die Bemühungen und Stärken des Patienten oder der Patientin. - Verbessern Sie die Beziehung zum Gesundheitsdienstleister. - Helfen Sie dabei, Gefühle der Hilflosigkeit zu reduzieren	**Arzt/Ärztin:** *„Ich kann hören, wie hart Sie daran arbeiten, diese Schmerzen zu bewältigen, indem Sie verschiedene Strategien wie Dehnübungen und Entspannung ausprobieren. Das zeugt von großer Entschlossenheit und Engagement, auch wenn es sich schwierig anfühlt."*
Zusammenfassung	Wird verwendet, um Klarheit zu schaffen und die Erfahrungen des Patienten oder der Patientin zu bestätigen.	-Schenkt den Erfahrungen des Patienten oder der Patientin Anerkennung und zeigt aktives Zuhören. -Stellt sicher, dass nichts Wichtiges übersehen wurde -Bietet die Möglichkeit zur Korrektur oder Erläuterung und zur Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin. - Bereitet das Gespräch für die nächsten Schritte vor.	**Arzt/Ärztin:** *„Lassen Sie mich sicherstellen, dass ich bisher alles richtig verstanden habe. Sie leiden seit über einem Jahr unter Schulterschmerzen, seit diesem Wanderunfall. Es klingt, als hätten die Schmerzen Ihr tägliches Leben erheblich beeinträchtigt – insbesondere das Schlafen und das Heben von Gegenständen, was früher ein normaler Teil Ihrer Routine war. Sie haben es mit Physiotherapie und Medikamenten versucht, aber diese haben nicht die erhoffte Linderung gebracht. Es ist verständlich, dass Sie frustriert sind und sich sogar Sorgen machen, ob sich Ihr Zustand verbessern wird. Habe ich das richtig verstanden?"*

3.6 Die Phasen der Veränderung

Das Stufenmodell der Veränderung, auch bekannt als Transtheoretisches Modell (TTM), wurde Ende der 1970er Jahre von James O. Prochaska und Carlo C. DiClemente entwickelt. Es beschreibt, wie Menschen verschiedene Phasen durchlaufen, wenn sie versuchen, eine bestimmet Verhaltensweise zu ändern (Prochaska & Norcross, 2001). Obwohl es ursprünglich zum Verständnis von Sucht entwickelt wurde, kann es medizinischem Fachpersonal dabei helfen, die Bereitschaft eines Patienten oder einer Patientin zur Anwendung von Selbstmanagementstrategien bei der Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen zu erkennen.

Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass Veränderungen im realen Leben selten streng dieser Abfolge folgen. Menschen bewegen sich oft zwischen den Phasen hin und her, und die Motivation kann im Laufe der Zeit schwanken. Das Modell sollte daher als Leitfaden für Reflexion und Kommunikation betrachtet werden und nicht als lineare Checkliste.

1. **Vorüberlegung** – Nicht bereit zur Veränderung

Menschen in dieser Phase sehen noch keine Notwendigkeit für eine Veränderung oder glauben möglicherweise, dass eine Veränderung die Situation verschlimmern würde.

- Merkmale: Mangelndes Bewusstsein, Verleugnung oder Widerstand gegen Veränderungen. Beispiele für Schlüsselwörter: „Ich halte das nicht für ein so großes Problem"; „Ich halte es nicht für notwendig, Sport zu treiben".
- Schwerpunkt: Bewusstsein und Vertrauen aufbauen. Informationen behutsam vermitteln, Konfrontationen vermeiden und Überzeugungen in Bezug auf Schmerzen und Aktivität erkunden.

  Beispiel: *„Ich halte das nicht für ein so großes Problem." / „Ich halte es nicht für notwendig, Sport zu treiben."*

2. **Kontemplation** – Über Veränderungen nachdenken

Die Person erkennt die Notwendigkeit einer Veränderung, ist sich jedoch unsicher oder ambivalent, was als Nächstes zu tun ist.

- Merkmale: Ambivalenz, Abwägen von Vor- und Nachteilen, Neugierde ohne Handeln.

- Fokus: Verwenden Sie offene Fragen, um Ambivalenz zu erforschen, persönliche Werte hervorzuheben und Veränderungen mit sinnvollen Ergebnissen zu verbinden.

  Beispiel: *„Vielleicht sollte ich etwas dagegen unternehmen." / „Ich könnte es versuchen, bin mir aber nicht sicher, wie."*

3. **Vorbereitung** – Sich auf Veränderungen vorbereiten

Die Person beabsichtigt, bald zu handeln, und unternimmt möglicherweise kleine Schritte oder schmiedet Pläne.

- Merkmale: Wachsendes Selbstvertrauen, Einholen von Ratschlägen, Planung konkreter Maßnahmen.
- Fokus: Helfen Sie dabei, realistische, erreichbare Ziele zu setzen. Bieten Sie klare, einfache Pläne und positive Verstärkung.

  Beispiel: *„Ich möchte mit dem Training beginnen, benötige jedoch Unterstützung dabei, herauszufinden, was ich tun soll." / „Ich habe mir neue Turnschuhe gekauft – ich bin fast bereit."*

4. **Aktion** – Die Veränderung umsetzen

Die Person ändert aktiv ihr Verhalten und nimmt neue Routinen an.

- Merkmale: Sichtbare Verhaltensänderungen, Engagement, gelegentliche Schwierigkeiten, konsequent zu bleiben.
- Fokus: Bestärken Sie die Fortschritte, würdigen Sie die Bemühungen und lösen Sie Probleme frühzeitig.

  Beispiel: *„Ich habe angefangen, mich fast jeden Morgen zu dehnen." / „Ich hoffe, ich kann das durchhalten."*

5. **Aufrechterhaltung** – Die Veränderung beibehalten

Das neue Verhalten wird zur Routine, auch wenn es noch zu Rückschlägen kommen kann.

- Merkmale: Erhöhte Selbstwirksamkeit, etablierte Muster, gelegentliche Rückfälle.

Kofinanziert von der Europäischen Union

- Fokus: Reflexion über Fortschritte fördern, Motivation aufrechterhalten und Ziele bei Bedarf anpassen.
  - Beispiel: *„Ich fühle mich besser, wenn ich meine Übungen durchhalte.“ /„Ich habe es die meisten Wochen geschafft.“*

6. **Beendigung** – Die Veränderung wird zur Gewohnheit

Das neue Verhalten fühlt sich natürlich an, und das Risiko eines Rückfalls ist gering.

- Merkmale: Selbstvertrauen, Stabilität, Selbstständigkeit.
- Fokus: Stärken Sie die Autonomie, fördern Sie die Selbstkontrolle und unterstützen Sie das langfristige Selbstmanagement.

  Beispiel: *„Dehnen gehört jetzt einfach zu meiner Morgenroutine.“ / „Ich mache es, weil es mir hilft, mich gut zu fühlen.“*

Das Stufenmodell der Veränderung hilft Ärzten und Ärztinnen dabei, zu erkennen, in welcher Phase der Bereitschaft zur Übernahme neuer Gewohnheiten sich Patientinnen und Patienten befinden, um ihre Kommunikation entsprechend anzupassen. Der Fortschritt verläuft selten linear; Menschen bewegen sich häufig zwischen den einzelnen Phasen hin und her. Das Erkennen dieser Variabilität und das Reagieren mit Empathie, Flexibilität und Ermutigung kann das Selbstmanagement realistischer und nachhaltiger machen.

3.6.1 Wie man die Veränderungsphase eines Patienten oder einer Patientin einschätzt

Um zu erkennen, in welcher Phase der Veränderungsbereitschaft sich ein Patient oder eine Patientin befindet, ist oft sorgfältige Kommunikation erforderlich. Offene Fragen ermöglichen es den Patientinnen und Patienten, ihre Erfahrungen mit eigenen Worten zu beschreiben, während reflektierendes Zuhören den Ärzten und Ärztinnen hilft, das Gehörte zu bestätigen und Verständnis zu zeigen. Zusammen zeigen diese Techniken, was die Person motiviert, was sie schätzt und wo sie sich möglicherweise festgefahren fühlt.

Kommunikationshinweise – die Worte, der Tonfall und die Haltung der Patientinnen und Patienten – können dabei helfen, ihre Veränderungsphase zu identifizieren. Durch die Berücksichtigung dieser Hinweise können medizinische Fachkräfte ihre Herangehensweise entsprechend anpassen. Beispielsweise deuten Zweifel („Ich glaube nicht, dass es so ernst ist“)

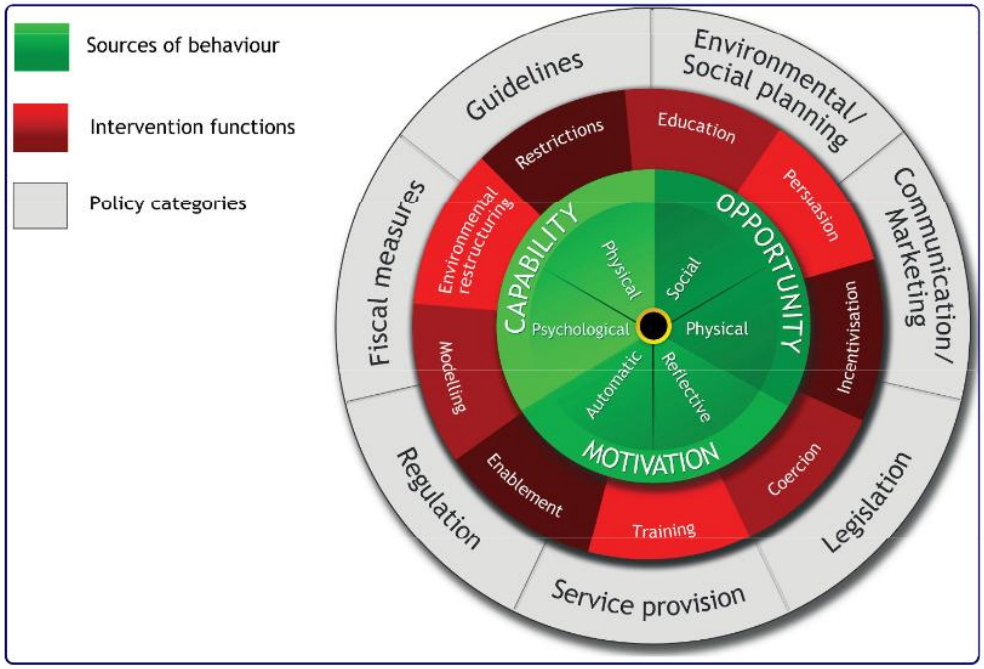
auf eine Vorüberlegungsphase hin, während Fragen zum Einstieg („Wo soll ich anfangen?“) auf eine Vorbereitungsphase hindeuten.

Sobald man die Phase des Patienten oder der Patientin erkannt hat, kann der Arzt oder die Ärztin seine Unterstützung auf dessen/deren Bereitschaft abstimmen. In der Vorüberlegungsphase beispielsweise sehen Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Schmerzen ihre Erkrankung möglicherweise noch nicht als Problem an oder lehnen professionelle Ratschläge ab. In dieser Situation sollte der Schwerpunkt auf dem Aufbau einer Beziehung und der Sensibilisierung liegen – dem Austausch von Informationen, der Erörterung von Bedenken und der Anerkennung von Widerständen ohne Wertung.

Durch diese Gespräche können Ärztinnen udn Ärzte wertvolle Informationen über die Werte, den Lebensstil und den sozialen Kontext eines Patienten oder einer Patientin sammeln, die dann als Grundlage für die gemeinsame Zielsetzung und die nächsten Schritte der Interventionsplanung dienen können.

3.7 Anwendung des Behaviour Change Wheel (COM-B)

Das BCW hilft dabei, das Verhalten und seine Komplexität zu verstehen (Chester et al., 2023; Michie & Prestwich, 2010; Michie et al., 2011).



(Michie & Prestwich, 2010)

Es ist unerlässlich, die Auslöser für Verhalten zu verstehen, die sich in den Kernbereichen des Verhaltensrades widerspiegeln. Diese sind **Fähigkeit, Gelegenheit und Motivation.**

3.7.1 Stufe 1: Verständnis der Auslöser von Verhalten

Verhaltensänderungen beginnen damit, die wichtigsten Einflussfaktoren auf das aktuelle Verhalten zu identifizieren:

- **Fähigkeit –** die physische und psychische Fähigkeit, das Verhalten auszuführen.
- **Chancen –** die physischen und sozialen Bedingungen, die diese ermöglichen oder einschränken.
- **Motivation –** die inneren Antriebe, Überzeugungen und Gewohnheiten, die Handlungen unterstützen oder behindern.

Jeder dieser Faktoren kann beeinflussen, wie realistisch ein Ziel ist und welche Maßnahmen am besten geeignet sind. Beispielsweise können die körperlichen Fähigkeiten eines Patienten oder einer Patientin (Kraft, Mobilität) und seine/ihre physischen oder sozialen Möglichkeiten (Zeit, Unterstützung, Zugang zu Räumlichkeiten) sowohl die Zielsetzung als auch die Art des empfohlenen Trainingsplans beeinflussen.

3.7.2 Stufe 2: Identifizierung von Interventionsmöglichkeiten

Sobald die wichtigsten Verhaltensfaktoren erkannt sind, besteht der nächste Schritt darin, Maßnahmen auszuwählen, die diese Faktoren wirksam beeinflussen. Das COM-B-Modell kann sowohl auf Patientinnen und Patienten als auch auf medizinisches Fachpersonal angewendet werden, das im Bereich der muskuloskelettalen Versorgung tätig ist.

Fähigkeiten

- Körperliche Fähigkeiten
  - Hindernisse: Eingeschränkte Bewegungsfähigkeit aufgrund von Schmerzen, Steifheit oder funktionellen Einschränkungen.
  - Maßnahmen: Schrittweise Physiotherapie oder abgestufte Trainingsprogramme zum Wiederaufbau der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Selbstvertrauens.
- Psychische Fähigkeiten
  - Hindernisse: Begrenztes Verständnis der Schmerzmechanismen oder der Behandlungsgrundlagen.
  - Maßnahmen: Bereitstellung klarer, verständlicher Informationen über muskuloskelettale Schmerzen – Erläuterung der Schmerzwahrnehmung, der Genesungsprozesse und der Frage, wie Aktivität die Heilung unterstützt.

Chancen

- Körperliche Möglichkeiten
  - Hindernisse: Eingeschränkter Zugang zu Einrichtungen, Geräten oder Terminen.
  - Maßnahmen: Schlagen Sie Optionen für zu Hause und kostengünstige oder gerätefreie Alternativen vor, die der Umgebung und den Ressourcen der Person entsprechen.
- Soziale Möglichkeit
  - Hindernisse: Einstellungen in der Familie, am Arbeitsplatz oder in der Kultur, die Aktivitäten oder das Offenlegen von Schmerzen erschweren.
  - Maßnahmen: Beziehen Sie Familie oder Gleichaltrige mit ein, klären Sie den Arbeitsplatz auf und fördern Sie unterstützende Netzwerke oder Gruppensitzungen.

Motivation

- Reflektierende Motivation
  - Hindernisse: Zweifel an der Wirksamkeit der Behandlung oder die Überzeugung, dass Ruhe sicherer ist als Bewegung.
  - Maßnahmen: Motivierende Gesprächsführung oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Prinzipien anwenden, um Überzeugungen zu hinterfragen und das Vertrauen in aktive Strategien zu stärken.
- Automatische Motivation
  - Hindernisse: Vermeidungsverhalten aus Angst oder Abhängigkeit von passiven Behandlungsmethoden (z. B. ausschließlich Medikamente).
  - Maßnahmen: Kombinieren Sie Aufklärung mit überwachten, abgestuften Aktivitäten und positiver Verstärkung. Fördern Sie kleine, regelmäßige Erfolge, um Gewohnheiten aufzubauen und Ängste abzubauen.

VERHALTEN (B)

Um das gewünschte Verhalten zu erreichen – wie z. B. die konsequente Teilnahme an Physiotherapie oder regelmäßige Bewegung – muss die Intervention alle COM-B-Komponenten berücksichtigen, die den Fortschritt einschränken.

Wenn mehrere Optionen zur Auswahl stehen, können Ärztinnen udn Ärzte die APEASE-Kriterien als Leitfaden für die Auswahl verwenden:

Die folgende Tabelle zeigt die Kriterien, deren Akronym APEASE lautet.

Akzeptanz	Inwieweit ist sie für alle wichtigen Interessengruppen akzeptabel?
Praktikabilität	Kann sie wie vorgesehen im vorgesehenen Kontext, mit den vorgesehenen materiellen und personellen Ressourcen umgesetzt werden?
Wirksamkeit	Wie effektiv und kosteneffizient ist es bei der Erreichung der gewünschten Ziele in der Zielgruppe?
Erschwinglichkeit	Inwieweit ist es finanzierbar, wenn es im vorgesehenen Umfang bereitgestellt wird?
Nebenwirkungen	Inwieweit führt es zu unbeabsichtigten negativen oder positiven Ergebnissen?
Gerechtigkeit	Inwieweit vergrößert oder verringert es die Unterschiede zwischen begünstigten und benachteiligten Teilen der Gesellschaft?

3.7.3 Stufe 3: Ermittlung der Interventionsinhalte (konkrete Techniken)

In dieser Phase konzentriert sich die Gesundheitsfachkraft darauf, was wie umgesetzt werden soll. Anhand der Erkenntnisse aus den Phasen 1 und 2 soll ein personalisierter Plan erstellt werden, der auf die spezifischen Hindernisse abzielt, die bereits durch die COM-B-Analyse identifiziert wurden.

Interventionen können Aufklärung, Kompetenztraining, Anpassungen der Umgebung oder motivierende Unterstützung umfassen – jeweils angepasst an die Fähigkeiten, Möglichkeiten und die Motivation des Patienten oder der Patientin.

MSK-Beispiel

Einem Patienten oder einer Patientin mit chronischen Rückenschmerzen wurde ein Heimtrainingsprogramm verschrieben, aber er/sie hat Schwierigkeiten, sich daran zu halten.

- Fähigkeiten: Die Gesundheitsfachkraft überprüft, ob der Patient oder die Patientin weiß, wie die Übungen korrekt ausgeführt werden (geringe psychologische Fähigkeiten).

  Intervention: Persönliche oder videogestützte Demonstrationen, um Wissen und Selbstvertrauen aufzubauen.

- Möglichkeiten: Dem Patienten oder der Patientin fehlt es an Zeit oder Platz, um zu Hause zu trainieren (geringe physische Möglichkeiten).

  Intervention: Schlagen Sie kurze, gerätefreie Übungen vor, die sich leicht in den Alltag integrieren lassen.
- Motivation: Der Patient oder die Patientin bezweifelt, dass die Übungen helfen werden (geringe reflektierende Motivation) und befürchtet eine Verschlimmerung der Schmerzen (geringe automatische Motivation).

  Intervention: Nutzen Sie motivierende Gesprächsführung, um Bedenken zu erörtern und Erfolgsgeschichten von anderen zu teilen, die von ähnlichen Programmen profitiert haben.

Durch diese individuelle Anpassung von Inhalt und Umsetzung werden Interventionen relevanter, erreichbarer und nachhaltiger – und unterstützen so die Einhaltung und das Selbstmanagement in der muskuloskelettalen Versorgung.

3.8 MSK-Schmerzen anhand des Gesundheitsüberzeugungsmodells verstehen

Das Gesundheitsüberzeugungsmodell (Health Belief Model, HBM) ist ein Rahmenkonzept, das erklärt, warum Menschen sich aufgrund ihrer Überzeugungen über Gesundheit, Krankheit und deren Folgen für oder gegen gesundheitsbezogene Verhaltensweisen entscheiden.

3.8.1 Wurde dies bereits bei muskuloskelettalen Schmerzen angewendet?

Bei muskuloskelettalen Schmerzen hilft das HBM Ärzten und Ärztinnen zu verstehen, wie die Wahrnehmung der Patienten oder Patientinnen ihre Entscheidungen über Aktivitäten, Behandlung und Selbstmanagement beeinflusst. Es zeigt auf, wie individuelle Überzeugungen die Motivation und die Therapietreue beeinflussen können. Das HBM ist zwar nützlich für die Führung von Patienten- und Patientinnengesprächen, kann jedoch die psychologischen und soziokulturellen Einflüsse hinter dem Verhalten zu stark vereinfachen. Es sollte am besten zusammen mit anderen Modellen – wie COM-B und den Startegien der motivierenden Gesprächsführung – verwendet werden, um ein umfassenderes Verständnis von Verhaltensänderungen zu ermöglichen.

3.8.2 Kernkonzepte des HBM

Wahrgenommene Anfälligkeit: Die Überzeugung des/der Einzelnen hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, dass sich seine/ihre Schmerzen verschlimmern oder er/sie Funktionsverluste erleidet.

Fokus: Besprechen Sie mögliche Folgen von unbehandelten Schmerzen und erörtern Sie, was nach Ansicht des Patienten oder der Patientin seine/ihre Schmerzen verschlimmern könnte.

> Beispiel: *„Manche Menschen stellen fest, dass ihre Schmerzen zunehmen, wenn sie mit dem Training aufhören. Inwiefern trifft dies Ihrer Meinung nach auf Sie zu?“*

Wahrgenommene Schwere: Wie schwerwiegend schätzt der Patient oder die Patientin seinen/ihren Zustand ein und inwieweit beeinträchtigt er sein/ihr tägliches Leben?

Fokus: Untersuchen Sie, wie die Schmerzen die Routinen, Ziele oder das Wohlbefinden des Patienten oder der Patientin beeinflussen.

> Beispiel: *„Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre täglichen Aktivitäten aus?“ / „Was würde es für Sie bedeuten, wenn diese Schmerzen unverändert blieben?“*

Wahrgenommene Vorteile: Überzeugungen über die positiven Ergebnisse der empfohlenen Verhaltensweisen (z. B. Bewegung, Physiotherapie, Pacing).

Fokus: Heben Sie die Vorteile einer aktiven Behandlung mit einfachen Erklärungen, Patienten- und Patientinnengeschichten oder visuellen Hilfsmitteln hervor.

> Beispiel: *„Viele Menschen finden, dass regelmäßige Bewegung ihnen hilft, ihre Schmerzen unter Kontrolle zu halten – möchten Sie erfahren, was bei anderen geholfen hat?“*

Wahrgenommene Hindernisse: Praktische oder emotionale Hindernisse, die eine gesunde Lebensweise verhindern, wie Zeit, Kosten, Angst oder geringes Selbstvertrauen.

Fokus: Stellen Sie offene Fragen, um Hindernisse zu identifizieren, und arbeiten Sie gemeinsam an Lösungen.

> Beispiel: *„Was könnte es Ihnen erschweren, Übungen in Ihren Tagesablauf zu integrieren?“*

Handlungsaufforderungen: Ereignisse, Erinnerungen oder Aufforderungen, die jemanden zum Handeln motivieren, wie z. B. Symptomverschlimmerungen, familiäre Unterstützung oder Nachsorgetermine beim Arzt oder bei der Ärztin.

Fokus: Identifizieren und schaffen Sie sinnvolle Auslöser, Erinnerungen, Routinen oder Check-ins, die zu gesunden Handlungen anregen.

> Beispiel: *„Würde es Ihnen helfen, wenn Sie Ihre Übungen mit etwas verbinden würden, das Sie bereits jeden Morgen tun?“*

Selbstwirksamkeit: Das Vertrauen der Person in ihre Fähigkeit, die empfohlenen Verhaltensweisen auszuführen und beizubehalten.

Fokus: Bauen Sie Selbstvertrauen auf, indem Sie Aufgaben in kleine, erreichbare Schritte unterteilen und Fortschritte feiern.

> Beispiel: *„Sie haben diese Woche zweimal Dehnübungen gemacht – das ist ein guter Anfang. Wie können wir es Ihnen erleichtern, weiterzumachen?“*

3.8.3 Überzeugungen mit Verhaltensänderungen verbinden

Die Überzeugungen der Patienten oder Patientinnen zu erforschen, ist nur der erste Schritt; das Ziel ist es, diese Erkenntnisse mit praktischen, erreichbaren Maßnahmen zu verknüpfen. Techniken aus der motivierenden Gesprächsführung – wie offene Fragen, Bestätigungen und reflektierendes Zuhören – können dabei helfen, herauszufinden, was jede(n) Einzelne(n) antreibt oder zurückhält.

Sobald die Überzeugungen klar sind, können Ärztinnen udn Ärzte mithilfe von SMART-Zielen gemeinsam realistische Ziele festlegen und die Fortschritte regelmäßig überprüfen. Das Wiederaufgreifen dieser Gespräche trägt dazu bei, die Motivation aufrechtzuerhalten und Rückschläge zu bewältigen.

Die Konstrukte des HBM können daher einen wertvollen Ausgangspunkt für Diskussionen bieten und Ärzten und Ärztinnen dabei helfen, psychologische Barrieren zu adressieren, das Engagement zu stärken und ein nachhaltiges Selbstmanagement bei muskuloskelettalen Schmerzen zu fördern.

Kofinanziert von der Europäischen Union

3.9 Ergänzende Modelle bei muskuloskelettalen Schmerzen

Während das HBM eine Möglichkeit darstellt, die Überzeugungen und Entscheidungen von Patientinnen und Patienten zu verstehen, helfen auch andere theoretische Modelle dabei, das Verhalten und die Bewältigung von muskuloskelettalen Schmerzen zu erklären. Jedes Modell bietet eine andere Perspektive darauf, wie Menschen ihre Schmerzerfahrungen interpretieren, bewältigen und sich daran anpassen.

3.9.1 Fit-for-Purpose-Modell

(Wand et al., 2023)

Das zweckmäßige Modell betont die Ausrichtung von Gesundheitsmaßnahmen auf die Werte, Ziele und den Kontext einer Person. Es unterstreicht die Bedeutung einer dynamischen Zielsetzung und Anpassungsfähigkeit – insbesondere bei chronischen Erkrankungen, bei denen sich die Motivation im Laufe der Zeit verändert. In der muskuloskelettalen Versorgung erinnert es Kliniker:innen daran, dass Selbstmanagementpläne am effektivsten sind, wenn sie direkt mit dem verbunden sind, was im täglichen Leben eines Patienten oder einer Patientin wichtig ist (z. B. mit den Enkelkindern spielen oder wieder arbeiten können).

Während sich das HBM auf unmittelbare Entscheidungen durch Risiko-Nutzen-Wahrnehmungen konzentriert, unterstützt das Fit-for-Purpose-Modell langfristiges Engagement und sinnvolle Verhaltensänderungen. Zusammen bieten sie einen umfassenden Ansatz zur Aufrechterhaltung der Motivation.

3.9.2 Fear Avoidance Model

(Rogers & Farris, 2022)

Dieses Modell erklärt, wie die Angst vor Schmerzen oder erneuten Verletzungen zu Vermeidungsverhalten führen kann, wodurch Inaktivität und Behinderung verstärkt werden. Es hebt psychologische Prozesse hervor – wie Katastrophisierung, Angst und Vermeidung –, die zum Übergang von akuten zu chronischen Schmerzen beitragen.

In der Praxis hilft das Erkennen von Angstvermeidungsmustern Ärzten und Ärztinnen dabei, durch schrittweise Exposition und Beruhigung Ängste abzubauen und das Vertrauen in die Bewegung wiederherzustellen.

In Kombination mit dem HBM bietet dieses Modell einen umfassenderen Rahmen für das Verständnis sowohl der Überzeugungen als auch der emotionalen Barrieren, die die Genesung beeinflussen.

3.9.3 Prädiktive Verarbeitungstheorie

(Kiverstein et al., 2022)

Die auf kognitiver Neurowissenschaft basierende Theorie der prädiktiven Verarbeitung untersucht, wie das Gehirn ständig Vorhersagen über Körperempfindungen trifft und diese auf der Grundlage neuer Erkenntnisse aktualisiert. Wenn es zu einer Diskrepanz zwischen Erwartung und sensorischem Feedback kommt (einem „Vorhersagefehler"), kommt es zu Lern- und Verhaltensanpassungen.

Bei muskuloskelettalen Schmerzen hilft dies zu erklären, wie vergangene Erfahrungen und Überzeugungen die Wahrnehmung und Toleranz von Schmerzen beeinflussen. Ärztinnen udn Ärzte können dieses Verständnis nutzen, um Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, ihre Wahrnehmung neu zu interpretieren, ihr Selbstvertrauen zu stärken und ihre Bedrohungswahrnehmung zu verringern.

Während sich die prädikative Verarbeitungstheorie auf die kognitiven und wahrnehmungsbezogenen Mechanismen des Verhaltens konzentriert, eignet sich das HBM besser als Leitfaden für praktische Gesundheitsentscheidungen. Zusammen bereichern sie das Verständnis dafür, wie Menschen Schmerzen wahrnehmen und warum sie sich auf bestimmte Weise verhalten.

Diese sich ergänzenden Modelle können Ärzten und Ärztinnen dabei helfen, Interventionen individuell anzupassen, indem sie Überzeugungen, Motivation und Kontext mit der realen muskuloskelettalen Behandlung verknüpfen.

3.10 Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen

Verhalten ist für die Gesundheit von zentraler Bedeutung – insbesondere bei muskuloskelettalen Schmerzen – und wird durch persönliche, soziale und physische Faktoren geprägt. Eine wirksame Verhaltensänderung erfordert ein Verständnis der Werte, Überzeugungen und Absichten des Patienten oder der Patentin. Die Auswahl des am besten geeigneten Modells kann eine Herausforderung sein. Daher werden in diesem Kapitel mehrere Rahmenkonzepte vorgestellt, die Ärzten und Ärztinnen helfen, Veränderungen in der realen muskuloskelettalen Versorgung zu interpretieren und zu unterstützen.

- **Nutzung von Verhaltensänderungen**

Modelle wie das Gesundheitsüberzeugungsmodell (HBM), die Phasen der Veränderung und die Selbstbestimmungstheorie bieten strukturierte Möglichkeiten, die Bereitschaft zu interpretieren und Interventionen zu personalisieren – besonders nützlich in interprofessionellen Teams, die komplexes Schmerzverhalten behandeln.

- **Techniken zur Verhaltensänderung**

BCTs bieten praktische, evidenzbasierte Methoden zur Behandlung der kognitiven, emotionalen und sozialen Faktoren von Schmerzen innerhalb des BPS-Modells. Sie tragen dazu bei, den Kreislauf aus Schmerzen und Inaktivität zu durchbrechen und das Selbstmanagement im Laufe der Zeit zu stärken.

- **Motivierende Gesprächsführung**

Motivierende Gesprächsführung ist ein kooperativer, patienten- und patientinnenzentrierter Kommunikationsansatz, der durch Empathie und Neugierde Motivation aufbaut. Kerntechniken – offene Fragen, Bestätigungen, Reflexionen und Zusammenfassungen – helfen, Ambivalenz zu lösen und dauerhafte Veränderungen zu unterstützen.

- **Stufenmodell der Veränderung**

Das Erkennen der aktuellen Phase eines Patienten oder einer Patientin – von der Vorüberlegung bis zur Aufrechterhaltung – ermöglicht es Ärzten und Ärztinnen, Kommunikations- und Interventionsstrategien auf die Bereitschaft des Patienten oder der Patientin abzustimmen und so das Engagement und die Therapietreue zu verbessern.

- **Verhaltensänderungsrad und COM-B-Modell**

Das BCW-Modell verdeutlicht, wie Fähigkeiten, Möglichkeiten und Motivation zusammenwirken, um Verhalten zu beeinflussen. Es bietet eine strukturierte Methode zur Identifizierung von Hindernissen, zur Entwicklung gezielter Interventionen und zur Anwendung der APEASE-Kriterien, um die Durchführbarkeit und Gerechtigkeit in der Praxis sicherzustellen.

Referenzen

Chester, R., Daniell, H., Belderson, P., Wong, C., Kinsella, P., McLean, S., Hill, J., Banerjee, A., & Naughton, F. (2023). Behaviour Change Techniques to promote self-management and home exercise adherence for people attending physiotherapy with musculoskeletal conditions: A scoping review and mapping exercise. *Musculoskelet Sci Pract*, *66*, 102776. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2023.102776

Kiverstein, J., Kirchhoff, M. D., & Thacker, M. (2022). An Embodied Predictive Processing Theory of Pain Experience. *Review of Philosophy and Psychology*, *13*(4), 973-998. https://doi.org/10.1007/s13164-022-00616-2

Michie, S., & Prestwich, A. (2010). Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health Psychol*, *29*(1), 1-8. https://doi.org/10.1037/a0016939

Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*, *6*, 42. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change, 3rd edition*. The Guilford Press.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 443-448. https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.443

Rogers, A. H., & Farris, S. G. (2022). A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *Eur J Pain*, *26*(8), 1611-1635. https://doi.org/10.1002/ejp.1994

Shannon, R., & Hillsdon, M. (2007). Motivational interviewing in musculoskeletal care. *Musculoskeletal Care*, *5*(4), 206-215. https://doi.org/10.1002/msc.119

Wand, B. M., Cashin, A. G., McAuley, J. H., Bagg, M. K., Orange, G. M., & Moseley, G. L. (2023). The Fit-for-Purpose Model: Conceptualizing and Managing Chronic Nonspecific Low Back Pain as an Information Problem. *Phys Ther*, *103*(2). https://doi.org/10.1093/ptj/pzac151

Digi4 MSK

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.