

Institut für Hausarztmedizin Zürich¹, Institut für Sozial- und Präventivmedizin², Universität Zürich; Schweizerisches Kollegium für Hausarztmedizin, Bern³

^{1,3}Stefan Neuner-Jehle, ²Margareta Schmid, ^{2,3}Ueli Grüniger

Kurzberatung in der Arztpraxis zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens: Probleme und Lösungen

Short Time Counseling in Medical Practice for Improving Health Behaviour: Problems and Solutions

Zusammenfassung

Das gesundheitsrelevante Verhalten ist eine wichtige Determinante chronischer Krankheiten. Hausärzten kommt dabei die bedeutende Rolle zu, Patienten bei der Verbesserung ihres Gesundheitsverhaltens zu unterstützen; Hindernisse müssen aber berücksichtigt werden. Im neuen Beratungsprogramm «Gesundheitscoaching KHM» (www.gesundheitscoaching-khm.ch) arbeiten Patient und Arzt als Team in vier Schritten (sensibilisieren – Motivation aufbauen – planen – ausführen und begleiten) daran, ein selbstgewähltes Ziel der Verhaltensänderung zu erreichen. Entscheidend sind dabei kommunikative Fertigkeiten des Arztes, die im Programm trainiert werden. Ein Pilottest mit 20 Ärzten und 1045 Patienten zeigte eine hervorragende Akzeptanz und Praktikabilität des Programmes; nach vier Beratungssitzungen verbesserte jeder zweite Teilnehmer sein Gesundheitsverhalten im gewählten Ziel um mindestens eine (von zwei möglichen) Kategorien. Für die Weiterverbreitung ist die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen essenziell.

Schlüsselwörter: Gesundheitsverhalten – Gesundheitscoaching – Motivational Interviewing – Arzt-Patienten-Kommunikation – Hausarztmedizin

Epidemiologie: Gesundheitsverhalten und häufige chronische Krankheiten

Neben nicht modifizierbaren Faktoren wie genetische Disposition, Geschlecht, Alter und Ethnizität ist das gesundheitsrelevante Verhalten eine wichtige Determinante häufiger chronischer Krankheiten. Am besten untersucht sind diese vom Verhalten abhängigen Risiken und ihr Einfluss auf die Gesundheit bei den chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Erkrankungen), die eine hohe Krankheitslast für die Bevölkerung darstellen [1]. Darunter fallen beispielsweise die Ernährungsgewohnheiten, das Bewegungsverhalten, Rauchen, das Trinkverhalten bei Alkohol, der Umgang mit psychosozialer Belastung und Stress [2]. Es besteht Handlungsbedarf, sind doch über ein Drittel der Schweizerischen Bevölkerung übergewichtig und 60% körperlich inaktiv [3]. Die genannten Verhaltensweisen haben über die Herz-Kreislauf-Gesundheit hinaus auch wichtige Folgen auf andere Bereiche der Gesundheit (z.B. maligne Erkrankungen, Demenzerkrankungen, Depressionen, Sturzereignisse etc).

Die Optimierung von gesundheitsrelevanten Verhaltensmustern ist demnach eine wichtige Aufgabe – nicht nur für die Public Health Community und behördliche Institutionen, sondern auch für die

Ärzeschaft in der Grundversorgung, die sich gemäss Selbstdefinition ihrer Aufgaben [4] dafür mitverantwortlich fühlt. Ist aber das Setting der hausärztlichen Praxis wirklich geeignet dafür?

Hausärzte und ihre Praxisteams als Gesundheitsförderer?

Hausärzte sehen in einem Jahr 80% der Bevölkerung in ihren Praxen, sie werden in der Bevölkerung als vertrauenswürdige Quelle von Informationen über die Gesundheit wahrgenommen, und sie sind zudem fähig, Patienten mit riskantem Gesundheitsverhalten in einer frühen Phase zu identifizieren [3]. Diese Qualitäten sprechen dafür, dass sie geeignete Multiplikatoren für gesundheitliche Belange sind. An Erfolgswegweisen fehlt es nicht: Beratungen durch Hausärzte und ihre Praxisteams mit

Im Artikel verwendete Abkürzungen:

GC-KHM	Projekt «Gesundheitscoaching» KHM
IQR	Interquartil-Range (25. bis 75. Perzentile)
KHM	Schweizerisches Kollegium für Hausarztmedizin
TN	Teilnehmerinnen und Teilnehmer
TTM	Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska/Di Clemente

dem Ziel, das Gesundheitsverhalten zu verbessern, führen zu einer Abnahme von riskantem Alkoholkonsum [5], Tabakrauchen [6], körperlicher Inaktivität [7] und Übergewicht [8].

Die Einstellung und die Erfahrungen von Hausärzten wie auch von Patienten zur gesundheitsförderlichen Beratung hat sich inzwischen in einer zunehmenden wissenschaftlichen Literatur niederschlagen [9,11–14]. Laws et al. haben die Schwierigkeiten mit der kernigen Frage auf den Punkt gebracht: «*Should I and can I?*» [9]. Es existieren demnach in mehreren Bereichen Probleme bei der Umsetzung.

Die Problemzonen bei der Umsetzung von Gesundheitsberatung in der Praxis

Eine unter Hausärzten verbreitete Ursache für Schwierigkeiten bei der Umsetzung ist die mangelnde Überzeugung, mit der Beratung sinnvoll und wirksam zu agieren (Tab. 1) [10,11]. Dies hängt auch damit zusammen, dass Erfolge eines geänderten Gesundheitsverhaltens – wenn vorhanden – oft nur langfristig messbar sind, und reduziert die Motivation, sich dafür einzusetzen.

Eine weitere Ursache orten Hausärzte bei ihrer Kapazität: Zeitmangel wird in der Literatur, die vor allem aus qualitativen Arbeiten mit Fokusgruppen-Interviews besteht, sehr häufig genannt [10,12]. Beratungsaufgaben zur Gesundheitsförderung der Patienten stehen in Konkurrenz mit ihren multiplen Aufgaben in Diagnostik, Therapie und Begleitung der Patienten: Würde ein Hausarzt alle in Guidelines empfohlenen primär- und sekundärpräventiven Aktivitäten ausüben, wäre er alleine damit während 7,4 Stunden pro Arbeitstag ausgelastet [14]! Eine weitere Barriere gegenüber der Umsetzung gesundheitsförderlicher Aktivitäten ist die fehlende oder unattraktive Vergütung [10–12]. Offensichtlich ist die tiefere monetäre Bewertung von Beratungsleistungen gegenüber technisch

Tab. 1: Barrieren und Erfolgsfaktoren für die Gesundheitsberatung unter Ärzten und ihren Mitarbeiterinnen, gemäss Literatur (Übersicht bei Geense W, et al. [10])

Barrieren	Erfolgsfaktoren
Mangelndes Vertrauen in Sinn oder Wirksamkeit der Beratung	Bereitstellen valider Daten zur Wirksamkeit
Zeitmangel	Delegation von Beratungsaktivitäten (skill mix) Kurzinterventionen
Mangelnde oder fehlende Entschädigung	Geregelte faire Entschädigung
Kommunikations-Skills	Spezifisches Training in Aus-, Weiter- und Fortbildung
Eigenes Gesundheitsverhalten	

dominierten Behandlungen weitgehend unabhängig vom Land und vom Gesundheitssystem.

Die eigene Unsicherheit und mangelnde Erfahrung unter Ärzten mit Kommunikations- und Beratungstechniken (skills), um Gesundheitsverhalten und Lebensstil mit Patienten zu besprechen, ist ebenso eine wiederholt genannte Schwierigkeit [10,12].

Ein interessanter, oft verdrängter und unterschätzter Punkt ist das eigene, manchmal nicht optimale Gesundheitsverhalten des Arztes [12,15,16]: Vor allem in den Bereichen körperliche Inaktivität und riskanter Alkoholkonsum führt der eigene Lebensstil zu Hemmungen, Desinteresse oder Unsicherheit in Bezug auf die eigene Glaubwürdigkeit, um das Thema beim Patienten anzusprechen.

Diese und weitere Hindernisse führen dazu, dass Hausärzte nur bei rund der Hälfte der Patienten mit ungesundem Verhalten (wie Rauchen, ungesunde Ernährungsgewohnheiten, risikohaftes Alkoholkonsum oder körperliche Inaktivität) die Diskussion darüber überhaupt initiieren [17].

Eine weitere Herausforderung ist das oft noch traditionelle, paternalistische Rollenverständnis von Arzt und Patient: Der Arzt übernimmt die Verantwortung für die Gesundheit des Patienten, dieser befolgt seine Ratschläge und Anweisungen mehr oder weniger. Solange der Patient aber nicht selbst Verantwortung für sein gesundheitsrelevantes Verhalten übernimmt, die Ziele nicht mitbestimmen

und deren Umsetzung nicht selbst steuern kann, kann er eine nachhaltige Motivation und Verhaltensänderung nur schwer aufrechterhalten.

Die Einstellung der Patienten

Eine kürzlich publizierte Befragung von 7947 Patienten in 22 europäischen Ländern [17] ergab, dass Menschen mit ungesunden Verhaltensweisen sich meist bewusst sind, dass eine Verhaltensänderung nötig wäre (Ausnahme risikohafte Alkoholtrinker). Es besteht also eine gewisse Bereitschaft zur Auseinandersetzung damit. Durch ihre aktuelle Situation – z.B. eine akute Erkrankung, die sie in die Sprechstunde führt – ist die Motivation sogar oft noch grösser und es öffnet sich damit ein «window of opportunity». Etliche andere Patienten sind sich nicht oder nur unklar bewusst, was und wie viel sie zur ihrer künftigen Gesundheit beitragen können oder wollen. Es ist eine wichtige Aufgabe des Arztes, sie für dieses Thema zu sensibilisieren, denn dies ist eine Voraussetzung für spätere Aktionen. Die Sensibilisierung muss stadiengerecht erfolgen, d.h. auf die Motivationslage des Patienten passend – entsprechend dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) nach Prochaska und DiClemente [18]. Andererseits erleben Ärzte und ihre Mitarbeiterinnen bei ihren Patienten nicht selten, dass sie den Tatbeweis zu ihrer Motivation schuldig bleiben, wie eine kürzlich durchgeführte qualitative Studie von Geense et al. ergab [10]: Manch-

mal machen Patienten – bewusst oder unbewusst – beschönigende Angaben zu ihrem Gesundheitsverhalten, und oft begründen sie ihre mangelnde Bereitschaft zur Verhaltensänderung mit Zeitmangel, Begleiterkrankungen, Kosten für die Beratung oder zu grossen Distanzen zum Erreichen der Beratungsstelle/Praxis.

Lösungsansätze und Erfolgsfaktoren

Auf Beraterseite lassen sich aus den oben skizzierten Barrieren und aus den Vorschlägen der interviewten Ärzte aus der erwähnten Fokusgruppenstudie [10] folgende Lösungsansätze ableiten (Tab. 1): Hinsichtlich Zeitmangel bedeutet die Delegation von Beratungsaktivitäten an Praxismitarbeiter oder externe Fachberater (*skill mix*) eine Entlastung. Zweitens ist es für den Erfolg bzw. die Ausdehnung der Beratungsaktivität wichtig, den Arzt mit validen Daten zu deren Wirkung zu überzeugen und sein eigenes Gesundheitsverhalten damit zu beeinflussen. Drittens braucht es schlanke, einfache, zeitsparend umsetzbare Instrumente und das Üben kommunikativer Fertigkeiten für deren Einsatz: Kurzinterventionen haben sich beispielsweise im Gebiet Rauchstopp [19] und Bewegungsförderung [20] bewährt. Viertens sind gute Rahmenbedingungen von entscheidender Bedeutung: Einerseits die Finanzierung, andererseits die Entwicklung und Umsetzung von Beratungsprogrammen durch glaubwürdige Hausärzte-Dachorganisationen [10].

Auf der Seite ihrer Patienten orten Ärzte mehrere Erfolgsfaktoren [10]: In der Steigerung des Bewusstseins, wie das Verhalten die Gesundheit beeinflusst; dies kann beispielsweise durch Programme der öffentlichen Hand geschehen, oder über einen öffentlichen Diskurs zu verhaltensabhängigen Gesundheitsproblemen (z.B. Rauchen, Alkohol, Übergewicht). Ein weiterer Vorteil wird darin vermutet, dass Patienten durch Übernahme von mehr Verantwortung für

ihre eigene Gesundheit auch motivierter sind, etwas dafür zu tun.

Von der Theorie zur Praxis: das Projekt «Gesundheitscoaching KHM» (GC-KHM)

Im Projekt GC-KHM angewandte Modelle

Seit 2006 entwickelt ein Team des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) ein Projekt, das genau diese Ansätze aufgreift, weswegen wir das Projekt hier exemplarisch als möglichen Lösungsansatz darstellen.

Das Innovative an diesem Projekt «Gesundheitscoaching KHM» ist sein in mehrfacher Hinsicht integrativer Charakter:

- **Teamgedanke und Rollenwechsel:** Als Coach gibt der Arzt einen Teil der Verantwortung für die Gesundheit an den Patienten weiter und nimmt selbst eine unterstützende, begleitende und aktivierende Rolle ein.
- **Themenwahl:** Übliche Programme sind auf jeweils ein Thema fokussiert. GC-KHM bietet eine Palette von sechs für die Gesundheit relevante Themen an (Abb. 1), aus denen der

Patient je nach seiner Präferenz auswählen kann. Dazu hat er die Möglichkeit, weitere Themen selbst zu wählen.

- **Konzepte und Kommunikationstechniken:** Mehrere zeitgemässe Konzepte und bezüglich Nutzen in der Beratung validierte Techniken der Kommunikation und der Beratung kommen zur Anwendung: Gesundheitskompetenz und Patienten-Empowerment [21–23], *shared decision making* [24], Transtheoretisches Modell (TTM) [18], Motivationsstadien-spezifische Beratung [22], *motivational interviewing* [26] und weitere Kommunikationstechniken inklusive visueller Tools [27].

Jede Beratungsphase des GC-KHM befasst sich mit einem Änderungsschritt des Patienten und entspricht einem Stadium im TTM [18]. Diese Vorgehensweise berücksichtigt die Tatsache, dass Menschen sich zu einem gegebenen Zeitpunkt in individuell unterschiedlichen Veränderungsstadien befinden und deshalb in unterschiedlichem Masse veränderungsbereit sind:

- Phase 1: *Sensibilisieren:* Ansprechen; Patient bewertet die eigene Gesundheit und die Motivation, etwas zu verändern

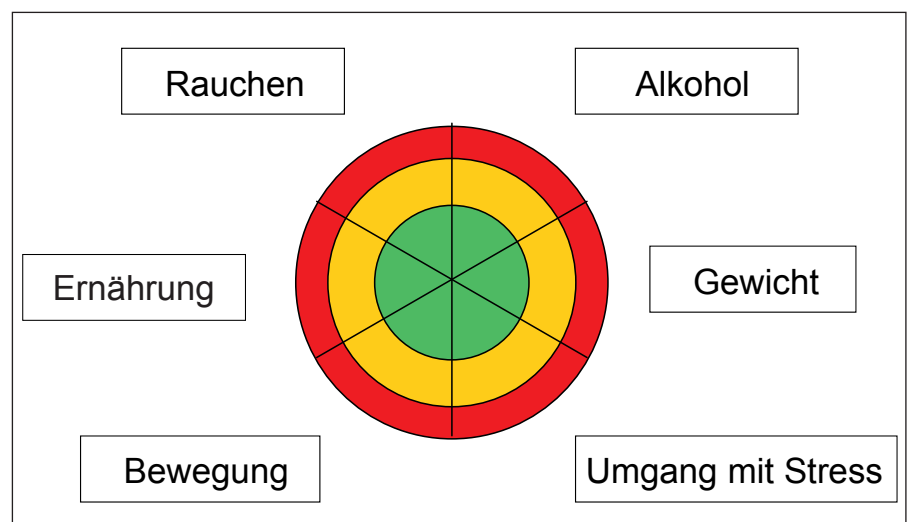


Abb. 1: Das visuelle Tool im GC-KHM: Farbcodierter Kreis mit sechs gesundheitsrelevanten Themen. Farblegende: rot=ungünstig, orange=mittelmässig, grün=günstig für Ihre Gesundheit. TN schätzen sich selbst in den Themen ein, setzen eine Markierung und wählen ihr Ziel aus.

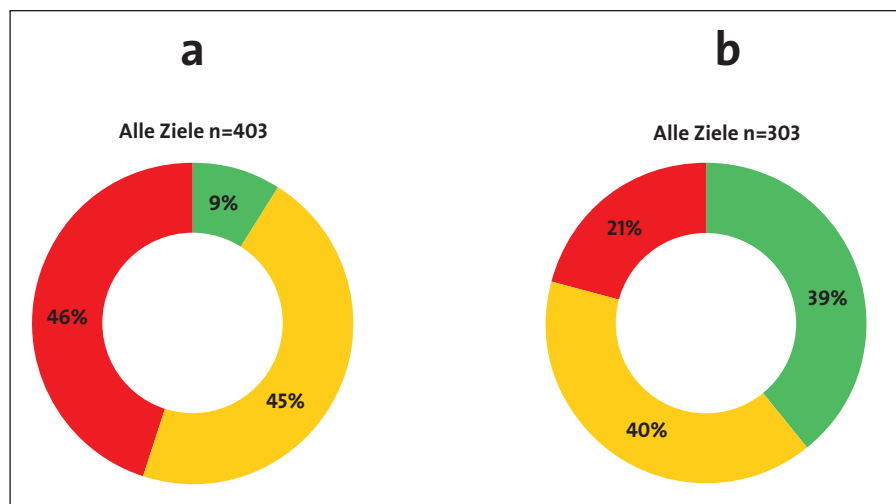


Abb. 2: Anteil der selbsteingeschätzten Kategorien des Gesundheitsverhaltens, im gewählten Ziel, **a)** vor der Beratung, **b)** nach der Beratung.

- Phase 2: *Motivation aufbauen:* Gesundheitsverhalten analysieren, fakultativ mit Hilfe eines Fragebogens mit Kommentar vom Arzt
- Phase 3: *Planen:* Sich für ein Ziel entscheiden und ein persönliches Projekt dazu ausarbeiten
- Phase 4: *Ausführen und Begleiten:* Den Plan umsetzen, sich dabei mit Barrieren auseinandersetzen und Ressourcen mobilisieren, das Erreichen des Ziels evaluieren, bei Bedarf weitere Teilschritte projektieren.

Zentrales Kommunikationselement ist ein visuelles Instrument mit farbkodierter Kategorisierung (in gesundes – mittelmässiges – ungesundes Verhalten) und kreisförmig dargestellten sechs Themen, unter denen der Patient sein Ziel auswählt (Abb. 1). Der Farbkreis dient im Beratungsverlauf der wiederholten Bilanzierung, inwiefern das gewählte Ziel erreicht oder teilweise erreicht wird, und der weiteren Planung von Aktivitäten.

Rollenwechsel und Kommunikationstechniken gehen über traditionelle Muster hinaus und bedürfen daher einer Schulung der Ärzte. Diese wird – in Analogie zu den Schritten der individuellen Beratung – mehrstufig in den Modulen Sensibilisierungsworkshop, Aufbau/Trainingskurs mit dem Einsatz von standardisierten Patienten (Schauspieler)

und Erfahrungsaustausch-Treffen operationalisiert.

Gesundheitscoaching KHM im Praxistest

2010/2011 absolvierten 20 im Kanton St. Gallen praktizierende Hausärzte Trainingskurse in Kommunikation und Beratung nach dem GC-KHM-Programm. 1045 Patienten wurden im Zeitraum von zwölf Monaten im Rahmen des Programmes angesprochen. Die Strukturen, Prozesse, Materialien und die Auswirkungen des Programmes auf Teilnehmer (TN) und Ärzte wurden sorgfältig evaluiert. Die exakte Methodik der Evaluation ist anderweitig beschrieben [28]. Die Studie war als

«proof-of-concept»-Studie ausgelegt, mit dem Fokus Machbarkeit und Akzeptanz, und erhebt nicht den Anspruch einer Wirksamkeitsstudie. Dennoch haben wir einige Wirksamkeitsparameter erhoben (z.B. selbstdeklarierte Verhaltensänderung), weil sie auch Auskunft über die Patientenakzeptanz geben. Inwiefern die gefundenen Veränderungen bei den Teilnehmern programmspezifische Wirkungen sind, und inwiefern sie auf andere Berufsgruppen (z.B. Praxismitarbeiter) übertragbar sind, kann nur eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) beantworten.

Erstaunliche 91% aller Angesprochenen (n=954) stiegen ins Programm ein, und 37% davon (n=350) durchliefen den gesamten vierteiligen Beratungsprozess. Eine Beratungssitzung dauerte zwischen 5 und 30 Minuten (IQR). Mit der Annahme von 40 Arbeitswochen im Jahr fallen durchschnittlich drei Beratungen pro Woche (drei Patienten, auf verschiedenen Programmstufen) an. Der Zeitaufwand dafür beträgt gesamthaft 47,2 Minuten pro Arzt und Arbeitswoche. Die Mehrheit der TN war in höchstem Mass bereit für eine Veränderung und zuversichtlich, ihr Ziel zu erreichen: Das Ansprechen auf das Gesundheitsverhalten trifft offenbar ein Bedürfnis – möglicherweise weil viele Menschen schon einen oder mehrere Anläufe zur Verhaltensänderung hinter sich haben, aber dabei nicht erfolgreich waren (*failed self-changers*) [18,26,29].

Tab. 2: Veränderung der selbsteingeschätzten Kategorien des Gesundheitsverhaltens im gewählten Ziel, nach Durchlaufen der vierstufigen Beratung.

Ziel*	Verbesserung um 1–2 Kategorien	Keine Veränderung der Kategorie	Verschlechterung um 1–2 Kategorien
Gewicht n=106	43%	53%	4%
Bewegung n=75	52%	35%	13%
Ernährung n=42	49%	46%	5%
Stress n=38	58%	34%	8%
Rauchen n=35	60%	37%	3%
Alkohol n=7	57%	43%	0%
Total n=303	50%	43%	7%

* 231 Teilnehmer, die Schritt 4 beendet haben, definierten insgesamt 303 Ziele (einige Teilnehmer definierten mehr als ein Ziel für ihr persönliches Projekt).

Key messages

- Bei der Gesundheitsförderung in Arztpraxen existieren bedeutende Hindernisse, wie Zeitmangel, fehlende Vergütung oder mangelnde Überzeugung des Arztes.
- Innovative Programme mit Kurzinterventions-Charakter wie «Gesundheitscoaching KHM» fokussieren auf eine Neuverteilung der Rollen zwischen Arzt und Patient, patientengesteuerte Themenwahl, Empowerment der Patienten und moderne, motivationsfördernde Kommunikationstechniken.
- Das Coaching der Patienten, die sich für ihre Gesundheit engagieren, ist eine ärztliche Grundkompetenz. Kommunikationstrainings wie im Programm «Gesundheitscoaching KHM» stärken die Hausärzte bei der klinischen Kernaufgabe, ihre Patienten zu beraten und zu betreuen.
- Solche Ansätze sind vielversprechend hinsichtlich der Intention, die teilnehmenden Patienten für die Änderung ihres Gesundheitsverhaltens zu sensibilisieren und schliesslich ihre Motivation und ihr Verhalten im selbstgewählten Gesundheitsbereich zu verbessern.

Lernfragen

1. Welches sind die wichtigsten Hindernisse bei der Gesundheitsberatung von Seiten der ÄrztInnen? (Einfachauswahl, 1 richtige Antwort)
 - a) Mangelnde Überzeugung, mit der Beratung sinnvoll und wirksam zu agieren
 - b) Zeitmangel
 - c) Ungenügende Vergütung
 - d) Mangelnde Erfahrung mit Kommunikations- und Beratungstechniken
 - e) Eigenes suboptimales Gesundheitsverhalten
 - f) Alle der Genannten
2. Welcher Schritt ist nicht Bestandteil des Programmes «Gesundheitscoaching KHM»? (Einfachauswahl, 1 richtige Antwort)
 - a) Sensibilisieren
 - b) Motivation aufbauen
 - c) Laborwerte diskutieren
 - d) Planen
 - e) Plan in die Tat umsetzen und begleiten
3. Wie viele Patienten müssen (gemäss Resultaten des GC-KHM-Pilottests) angesprochen werden, damit einer davon sein Gesundheitsverhalten ändert (entspricht in etwa der «number needed to treat» von Interventionen)? (Einfachauswahl, 1 richtige Antwort)
 - a) 4
 - b) 6
 - c) 15

rien im dreifarbigem Kreis, bei 43% keine Kategorienveränderung, und bei 7% eine Verschlechterung; je nach Zielwahl differieren diese Anteile etwas (Tab. 2). Unter den TN ohne Verbesserung (50%) äusserte die Mehrheit, dennoch von der Beratung profitiert zu haben: «Es ist mir bewusst geworden, dass nur ich etwas ändern kann, um Erfolg zu haben.» ... «Ich erinnere mich oft an die im Projekt besprochenen Punkte.»

Akzeptanz und Machbarkeit von GC-KHM im Praxisalltag wurden sowohl von den TN als auch von den Ärzten durchwegs gut bis sogar bereichernd bewertet: Es ermögliche einen neuen, entspannteren Zugang zum Patienten, und die Arbeitszufriedenheit steige. Indem die Patienten selbst mehr Verantwortung übernahmen, fühlten sich die Pilotärzte entlastet. Der modulare Aufbau des Trainings mit Grund- und Aufbaumodulen hat sich laut Rückmeldungen der Ärzte sehr bewährt.

Das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand ist ausgezeichnet und braucht den Vergleich zu anderen präventiven Interventionen keineswegs zu scheuen [30]: Damit ein Patient sein Verhalten zu seinem Vorteil ändert, müssen nur sechs Patienten angesprochen werden (jeder dritte Angesprochene absolviert die ganze Beratung, jeder zweite Absolvent ändert sein Verhalten positiv). Die erwähnten positiven Effekte bei den TN ohne deklarierte Veränderung und die positiven Effekte bei den TN, die nicht alle Beratungsschritte durchlaufen haben, sind darin noch nicht einkalkuliert und verbessern das Nutzen-Aufwand-Verhältnis weiter.

Fazit

Es bestehen bedeutende Hindernisse gegenüber Beratung und Gesundheitsförderung in Arztpraxen, besonders Mangel an Vertrauen in die Wirksamkeit, an Zeit, an finanzieller Entschädigung und an Kommunikationsfertigkeiten. Gleichzeitig gibt es aber Erkenntnisse darüber, wie diese überwunden werden

Im gewählten Ziel lagen 46% der Einschätzungen zum Gesundheitsverhalten vor der Beratung (n=403) im «ungünstigen» (roten) Bereich, nach der Beratung (n=303) war dies noch bei 21%

der Fall (Abb. 2). In den Bewertungen des Gesundheitsverhaltens der TN, die das ganze Programm durchlaufen haben (n=303), zeigte sich bei 50% eine Verbesserung um eine oder zwei Katego-

können. Entscheidend für den Erfolg solcher Ansätze sind die zentrale Rolle des Patienten und seiner Bedürfnisse, die multidimensionale Themenwahl, die Ausgestaltung als Kurzintervention und das Ärztetraining in Kommunikationsfertigkeiten. Diese Vorgaben werden durch das neue Beratungsprogramm «Gesundheitscoaching KHM» (GC-KHM) erfüllt, das sich im Praxistest [28] als sehr gut akzeptiert und machbar herausgestellt hat.

Für die Weiterverbreitung von GC-KHM oder analoger Programme gilt es, die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu verbessern, insbesondere die Vergütungsfrage für die beratenden Ärzte oder ihre dafür mandatierte Mitarbeiter. Neben dem politischen Verhandlungsweg führt der Weg zur Dissemination über die Durchführung von randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsstudien mit messbaren, kostenrelevanten Endpunkten. Das Programm Gesundheitscoaching KHM ist unter www.gesundheitscoaching-khm.ch abrufbar, Informationen darüber bei gesundheitscoaching@kollegium.ch zu erhalten.

Abstract

Health related behaviour is a main determinant of chronic disease. Family physicians have an important role in the support of patients to improve their health behaviour, but relevant barriers should be addressed. In the new “Health Coaching KHM” program, patients and physicians are working as a team in four steps (sensitize – create motivation – plan – act). In this process, physicians' communication skills (which are trained within the program) are of utmost importance.

In a pilot study with 20 family physicians and 1045 patients acceptance and feasibility were excellent: Every second participant improved her or his behaviour in the area of choice by at least one (of two possible) categories. For dissemination improving framework is crucial.

Key words: health behaviour – Health Coaching – motivational interviewing – communication between physician and patient – family medicine

Résumé

Le comportement lié à la santé est un déterminant principal des maladies chroniques. Les médecins de famille jouent un rôle important dans le soutien des patients à ce sujet, mais les barrières doivent être adressées. Dans le nouveau programme «Coaching Santé KHM» patient et médecin travaillent ensemble en quatre étapes (sensibiliser – motiver – planifier – prendre action). Dans ce processus, les compétences de communication des médecins (formées au sein du programme) sont essentiellement importantes.

Une étude pilote avec 20 médecins et 1045 patients a montré une acceptabilité et faisabilité excellente: La moitié des participants a amélioré le comportement dans le domaine choisi d'au moins une catégories (des deux possible). Pour la dissémination la création de conditions favorables est essentielle. **Mots-clés:** comportement lié à la santé – Coaching Santé – entretien motivationnel – communication entre médecin et patient

Korrespondenzadresse

*Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
Institut für Hausarztmedizin
Pestalozzistrasse 24
Universität Zürich
8091 Zürich*

sneuner@bluewin.ch

Interessenskonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Manuskript eingereicht: 3.7.2013, revidierte Fassung angenommen: 20.11.2013.

Bibliographie

1. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al.: Heart disease and stroke statistics –2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125: e2–e220.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al.: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–952.
3. Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. <http://www.bfs.admin.ch>
4. The European Definition of General Practice / Family Medicine – third Edition 2011 <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
5. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC: Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 274–283.
6. Lancaster T, Stead L: Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, 4: CD000165.
7. Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM: Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *J Fam Pract* 2000; 49: 158–168.
8. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D: Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obes Res* 2000; 8: 459–466.
9. Laws RA, Kirby SE, Davies GP, et al.: Should I and can I? A mixed methods study of clinician beliefs and attitudes in the management of lifestyle risk factors in primary health care. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 44.
10. Geense WW, van de Glind IM, Visscher TLS, von Achterberg T: Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 20.
11. Jacobsen ET, Rasmussen SR, Christensen M, Engberg M, Lauritzen T: Perspectives on lifestyle intervention: the views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scand J Public Health* 2005; 33: 4–10.
12. Lambe B, Collins C: A qualitative study of lifestyle counseling in general practice in Ireland. *Fam Pract* 2010; 27: 219–223.
13. Schmid M, Egli K, Martin B, Bauer G: Health promotion in primary care: evaluation of

- a systematic procedure and stage specific information for physical activity counseling. *Swiss Med Wkly* 2009; 139: 665–671.
14. Yarnall KSH, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL: Primary Care: Is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003; 93: 635–641.
 15. McKenna J, Naylor PJ, McDowell N: Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Brit J Sports Med* 1998; 32: 242–247.
 16. Cornuz J, Ghali WA, Di Carantonio D, Pecoud A, Paccaud F: Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physician health habits. *BMC Fam Pract* 2000; 17: 535–540.
 17. Brotons C, Bulc M, Sammut MR, et al.: Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. *BMC Fam Pract* 2012; 29 (Suppl 1): i168–i176.
 18. Prochaska JO, DiClemente CC: Towards a comprehensive model of change. Treating addictive behaviors. Processes of change. In: Miller WR, Heather N (Eds.). New York; Plenum Press: 1986. 3–27.
 19. Cornuz J: Smoking cessation intervention in clinical practice. *Onkologie* 2000; 25: 413–418.
 20. Bize R, Surbeck R, Padlina O, Peduzzi F, Cornuz J, Martin B: Promotion of physical activity in the primary care setting: The situation in Switzerland. *Schweiz Zeitschrift Sportmed Sporttraumatol* 2008; 56: 112–116, www.paprica.ch.
 21. Nutbeam D: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15: 259–267.
 22. Kickbusch I: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg; Verlag für Gesundheitsförderung: 2006. 69–72.
 23. Feste C, Anderson R: Empowerment: from philosophy to practice. *Pat Educ Couns* 1995; 26: 139–144.
 24. Makoul G, Clayman M: An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 301–312.
 25. Grüniger U, Duffy FD, et al.: Patient Education in the Medical Encounter: How to Facilitate Learning, Behavior Change, and Coping. The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. In: Lipkin M, Jr, Putnam SM, Lazare A (Eds.). New York; Springer-Verlag: 1995: chapter 9, 122–133.
 26. Rollnick S, Miller WR, et al.: Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior. New York; The Guilford Press: 2008.
 27. Neuner-Jehle S, Wegwarth O, Steurer J: Sagt ein Bild mehr als tausend Worte? Risikokommunikation in der ärztlichen Praxis: Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Methoden. *Praxis* 2008; 97: 669–676.
 28. Neuner-Jehle S, Schmid M, Grüniger U: The “Health Coaching” program: A new patient-centered and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 100.
 29. <http://www.motivationalinterview.net/clinical/interaction.html>
 30. Gysling E: Epidemiologie für die Praxis: NNT. *Pharma-Kritik* 2000; 8: 29–30. http://www.infomed.ch/pk_template.php?pkid=305

1. Antwort f) ist richtig.
 2. Antwort c) ist richtig.
 3. Antwort b) ist richtig.