

# Motivierende Gesprächsführung mit Arbeitslosen

Akzeptanz und Ergebnisse einer Beratung zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen

R. Hanewinkel<sup>1</sup>

M. Wewel<sup>2</sup>

C. Stephan<sup>2</sup>

B. Isensee<sup>1</sup>

G. Wiborg<sup>1</sup>

## *Motivational Interviewing of Unemployed – Acceptance and Effects of Counselling to improve Health-Related Behaviour*

### Zusammenfassung

**Ziel der Studie:** Konzeption, Implementation und Evaluation einer Kurzintervention zur Verhütung riskanter Verhaltensweisen und zur generellen Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. **Methode:** Kontrollierte prospektive Interventionsstudie. 131 Personen bildeten die Interventionsgruppe, 95 nach Alter und Geschlecht parallelierte Arbeitslose die Vergleichsgruppe. Die Interventionsgruppe wurde über Faltblätter, Presseartikel und verschiedene Institutionen rekrutiert, die Referenzgruppe über die Mitgliederzeitschrift einer Krankenkasse. Diese wurde mit einem Fragebogen zu zwei Messzeitpunkten zu ihrem Gesundheitsverhalten schriftlich befragt. **Intervention:** Arbeitslose wurden schriftlich zu ihrem gesundheitsbezogenen Lebensstil – Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkoholkonsum – befragt. Im Rahmen eines einstündigen Feedbackgesprächs, das auf der Technik der Motivierenden Gesprächsführung basiert, wurden die individuellen Fragebogenergebnisse mit Populationswerten bzw. objektiven Werten, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten widerspiegeln, verglichen und potenzielle negative Konsequenzen und Risiken des Verhaltens diskutiert. Möglichkeiten der Verhaltensänderungen wurden erarbeitet, die Entscheidung für eine Verhaltensänderung lag aber ausschließlich beim Klienten selbst. **Ergebnisse:** 85,2% der Teilnehmer an der Intervention berichteten, dass sich ihre Erwartungen an die Intervention erfüllt hätten und 86,2% würden das Gespräch einem Freund weiter empfehlen. Statistisch bedeutsame Unterschiede ( $p \leq 0,0125$  nach Bonferroni- $\alpha$ -Fehler-Adjustierung) im Zeitver-

### Abstract

**Purpose:** Conception, implementation and evaluation of a risk-reducing and health-promoting brief intervention addressed to unemployed. **Method:** Control-group-study with repeated measurement. 131 unemployed took part in the intervention group and 95 persons were matched according to age and sex and served as a reference group. The intervention group were recruited via flyers, press articles and several institutions, the reference group via the journal of a health insurance company. The reference group received a questionnaire twice assessing the same health-related variables as the intervention group. **Intervention:** In the intervention group, life style-related variables – eating habits, exercising, smoking, alcohol consumption – were assessed via questionnaire. In a one-hour counselling session based on Motivational Interviewing, participants received an individual feedback on their results of the questionnaire, including a comparison against standards and a review of their personal risks and negative consequences as well as advice and recommendations, while the decision for or against a behaviour change was left to the participant. **Results:** 85.2% of the participants of the intervention reported that the counselling met their expectations, and 86.2% would recommend the intervention to a friend. Statistically significant effects for the intervention group compared to the control group from pre- to post-measurement could be shown for alcohol consumption, eating habits, and exercise ( $p \leq 0.0125$  with a Bonferroni correction for multiple comparisons). Differences were

#### Anmerkung

Diese Studie wurde durch den BKK Bundesverband finanziert. Wir bedanken uns bei Dagmar Glasmacher und Andrea Lorenz für die Unterstützung bei der Durchführung der Beratungsgespräche.

#### Institutsangaben

<sup>1</sup> Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-Nord

<sup>2</sup> Institut für Prävention und Gesundheitsförderung, IPG, an der Universität Duisburg-Essen

#### Korrespondenzadresse

PD Dr. Reiner Hanewinkel · Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-Nord · Düsternbrooker Weg 2 · 24105 Kiel · E-mail: hanewinkel@ift-nord.de

#### Bibliografie

Gesundheitswesen 2006; 68: 240–248 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2006-926693  
ISSN 0941-3790

lauf in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit zeigen sich für die Variablen Alkoholkonsum, gesunde Ernährung und Bewegung. Des Weiteren zeigen sich numerische Unterschiede hinsichtlich der individuellen Einschätzung des Gesundheitszustandes, die jedoch die inferenzstatistische Signifikanzgrenze nicht unterschritten. Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse der Pilotstudie deuten an, dass diese Intervention positive Effekte im Sinne der Gesundheitsförderung haben kann und eine Sensibilisierung hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes erfolgt. Diese initialen Ergebnisse müssen durch weitere Untersuchungen untermauert werden.

### Schlüsselwörter

Motivierende Gesprächsführung · Arbeitslosigkeit · Kurzintervention · kontrollierte prospektive Studie · Gesundheitsförderung

also shown for the subjective state of health; however, they failed to attain statistical significance. **Conclusions:** The results of the study indicate that this kind of intervention might have positive effects regarding the promotion of health and a healthy life-style and that it might sensitize participants regarding their subjective state of health. The results of the pilot study will have to be substantiated by further studies.

### Key words

Motivational Interviewing · unemployment · brief intervention · controlled prospective trial · health promotion

## Einleitung

Aufgrund der hohen Arbeitslosenzahlen verfügt die große Mehrheit der Bevölkerung Deutschlands über Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit bei Freunden, Bekannten, Familienmitgliedern oder sich selbst. Arbeitslosigkeit betrifft mittlerweile sämtliche Gesellschaftsschichten, alle Altersgruppen und Ausbildungsgrade. Die negativen gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit sind seit langem bekannt und vielfach untersucht [1, 2].

Man kann objektive von subjektiven Gesundheitsfolgen der Arbeitslosigkeit unterscheiden. Zu den subjektiven Gesundheitsfolgen, den Einflüssen auf Erleben und Verhalten, zählen Ein- und Durchschlafstörungen, Depressivität, Erschöpfung und Anspanntheit, ein erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum, Verlust sozialer Bindungen und Verschlechterung der Familienbeziehungen. Objektive Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit sind häufig die Erhöhung des systolischen Blutdrucks sowie die erhöhte Chronifizierung von Krankheiten und Behinderungen [3–5].

Obwohl epidemiologische Untersuchungen das Ausmaß der Problematik hinreichend verdeutlichen, fehlt es weitgehend an praktikablen und zudem evaluierten Interventionsansätzen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten für die Zielgruppe der Arbeitslosen. Die vorliegende Studie beschreibt die Konzeption, Implementation und erste Evaluation einer Kurzintervention zur Verhütung riskanter Verhaltensweisen und zur generellen Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Arbeitslosen.

Die Berücksichtigung der individuellen Lebenslage einer Person und auch ihrer individuellen Motivation zur Verhaltensänderung sind eine wichtige Voraussetzung, um Effekte hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung erzielen zu können. Als methodische Grundlage wird die Motivierende Gesprächsführung eingesetzt. Dieser Ansatz ist von William R. Miller und Stephen Rollnick [6] entwickelt worden und mittlerweile international weit verbreitet. Die Motivierende Gesprächsführung ist ein zugleich klientenzentrierter und direkter Behandlungs- und Beratungsstil und dient der Förderung der Veränderungsbereitschaft „unentschlossener Personen“ [7, 8]. Grundgedanke der Motivierenden Gesprächsführung ist, dass der Klient selbstverantwortlich über Verhaltensänderungen entscheidet und diese ggf. einleitet. Auf eine „Pädagogik des erhobenen Zeigefingers“ wird gänzlich ver-

zichtet. Wichtige Voraussetzungen für den Berater ist ein empathischer und authentischer Beratungsstil. Das bedeutet auch, dass der Berater nicht die Rolle des „Richters“ einnimmt, der den moralischen Zeigefinger erhebt und dem Klienten gegenüber doziert, wie dieser sein Leben richtig gestalten solle. Ein zentrales Merkmal dieser Gesprächsform ist der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen: Ambivalenz des Klienten wird nicht als Widerstand, mangelnde Einsicht oder unzureichender Leidensdruck abgewertet und diagnostische Etikettierungen werden vermieden.

Seit Ende der 80er-Jahre wurden überwiegend in den angelsächsischen Ländern Studien zur Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung insbesondere zur Sekundärprävention und Behandlung des Alkoholmissbrauchs und der -abhängigkeit durchgeführt [9–12]. Erste Arbeiten zur Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung im Feld der Gesundheitsförderung wurden bereits veröffentlicht [13–16], stammen aber sämtlich aus dem angloamerikanischen Bereich.

## Methodik

### Design

Es wurde ein kontrolliertes prospektives Studiendesign realisiert. Die Studienteilnehmer füllten zu zwei Zeitpunkten einen Fragebogen aus. In der Interventionsgruppe wurde die Erstbefragung (Prä) ab März 2004 jeweils unmittelbar vor der Intervention durchgeführt. Die Zweitbefragung erfolgte für alle Teilnehmer der Interventionsgruppe im Oktober 2004. Durch die unterschiedlichen Zeitpunkte für die Erstbefragung variieren die Zeiträume zwischen Erst- und Zweitbefragung bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe. Die mittlere Zeit zwischen Erst- und Zweitbefragung liegt in der Interventionsgruppe bei 131 Tagen (SD = 51,80; Range = 53–268 Tage; Median = 135 Tage).

Als Vergleichsgruppe wurde eine Stichprobe Arbeitsloser herangezogen, die zwei Mal schriftlich im April und im Oktober 2004 zu ihrem gesundheitsbezogenem Lebensstil befragt wurde, ohne an einer Intervention teilzunehmen.

### Stichprobe

131 Personen bilden die Interventionsgruppe, 219 Personen die Referenzgruppe. Da erste Analysen der Merkmale der beiden

Untersuchungsgruppen in einer Reihe von wichtigen Variablen bedeutsame Unterschiede ergaben, wurde aus der Grundgesamtheit der 219 Personen der Vergleichsgruppe eine nach Geschlecht und Bildungsstand mit der Interventionsgruppe parallelisierte Untergruppe gebildet. Diese umfasst 95 Personen. Die Charakteristika der Studienteilnehmer sind in Tab. 1 aufgeführt.

Tab. 1 Beschreibung Stichproben der hinsichtlich der soziodemographischen Variablen

Variable	Vergleichsgruppe		Interventionsgruppe		Prüfstatistik		
	n	%	n	%		df	p
<b>Geschlecht</b>					$\chi^2$	df	p
männlich	56	58,9	76	58	0,03	1	n. s.
weiblich	39	41,1	55	42			
	M	SD	M	SD	t	df	p
Alter (Range von 18 bis 63)	47,4	12,0	42,2	9,1	3,65	219	0,000
	n	%	n	%	$\chi^2$	df	p
Nationalität Deutsch	91	96,8	118	92,2	1,20	1	n. s.
<b>Schulabschluss</b>							
unterer Bildungsbereich (Hauptschule/kein Schulabschluss)	26	27,4	33	26,0	0,11	2	n. s.
Mittlere Reife	28	29,5	40	31,5			
hoher Bildungsbereich (Fachhochschulreife, Abitur, Hochschulstudium)	41	43,1	54	42,5			
<b>Familienstand</b>							
verheiratet oder in fester Partnerschaft lebend	66	69,5	45	36,3	23,69	1	0,000
	M	SD	M	SD	t	df	p
Dauer der Arbeitslosigkeit in Monaten	22,5	23,4	34,6	42,2	2,49	205	0,014

Anmerkung: Bei fehlenden Personen (missings) werden die gültigen Prozente dargestellt.

Hinsichtlich der Dauer der Arbeitslosigkeit sowie des Familienstandes zeigte die Vergleichsgruppe eher günstigere Voraussetzungen als die Interventionsgruppe: Die Dauer der Arbeitslosigkeit ist in der Vergleichsgruppe geringer, und die Teilnehmer dieser Gruppenbedingung leben häufiger in einer festen Partnerschaft. Darüber hinaus sind die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Schnitt um ca. 5 Jahre jünger.

### Prozedur

Zur Bekanntmachung des Beratungsangebots und zur Rekrutierung der Interventionsgruppe wurden in Nordrhein-Westfalen (Bochum, Essen, Duisburg, Mühlheim, Gelsenkirchen und Oberhausen) und Schleswig-Holstein (Kiel) 7000 Faltblätter mit Informationen zur Beratung und einer integrierten Anmeldekarte distribuiert. Die Distribution erfolgte in Zusammenarbeit mit einem weiten Kreis von Institutionen, u. a. den zuständigen Agenturen für Arbeit, Arbeitslosenberatungsstellen, Sozialämtern, Volkshochschulen und anderen. Ferner wurde durch Artikel in der Lokalpresse auf das Beratungsangebot aufmerksam gemacht. Die Anmeldung zur Beratung konnte via Postkarte, Telefon oder

E-mail erfolgen. Nach Anmeldung wurde ein individueller Beratungstermin vereinbart. Insgesamt meldeten sich 237 Personen zu einer Beratung an, von denen n = 131 (55,3%) tatsächlich zum Termin erschienen.

Direkt nach Abschluss der Beratung wurden die Teilnehmer gebeten, den Fragebogen zur Beurteilung des Beratungsgesprächs auszufüllen. Den Teilnehmern wurde versichert, dass die Berater der Schweigepflicht unterliegen und das Gespräch vertraulich behandelt würde. Die Beratung wurde in der Zeit von März bis August 2004 angeboten.

Zur Nachuntersuchung wurden die Teilnehmer mit einem Fragebogen, einem frankierten Rückumschlag zur Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens sowie dem Hinweis auf eine Verlosung nach Abschluss der Datenerhebung angeschrieben. Personen, die ihren Fragebogen nicht zurücksandten, wurden telefonisch kontaktiert. 93 Personen der Interventionsgruppe beteiligten sich an der Zweitbefragung (Rücklaufquote = 71 %).

Unter allen Teilnehmern, die sich an beiden Fragebogenerhebungen beteiligten, wurden als Anreiz für die Teilnahme an den Befragungen insgesamt fünf Preise verlost.

Zur Rekrutierung der Vergleichsgruppe wurde bei dem Versand der Mitgliederzeitschrift der ktpBKK der in der Studie eingesetzte Fragebogen zum Gesundheitsverhalten beigelegt. Diese Beilage zur regulären Mitgliederzeitschrift erfolgte ausschließlich bei einer Teilstichprobe von 7468 arbeitslosen Versicherten der Krankenkasse. Von diesen nahmen n = 1355 Personen an der Erstbefragung im April 2004 teil (Rücklaufquote = 18,1 %). An der zweiten Befragung im Oktober 2004, die ebenfalls über eine Beilage zur Mitgliederzeitschrift erfolgte, nahmen n = 995 Personen teil. Datensätze identischer Personen über beide Befragungszeitpunkte liegen von n = 219 Personen vor, d. h. die Rücklaufquote für die Vergleichsgruppe lag bei lediglich 16,2 %, ausgehend von der Teilnehmerzahl, die an der Erstbefragung teilnahm. Bei der Rekrutierung der Vergleichsgruppe wurden außer dem Erwerbslosenstatus und der Mitgliedschaft in der ktpBKK keine Selektionskriterien herangezogen.

### Intervention

Bei der Intervention handelt es sich um ein einstündiges Beratungsgespräch. Unmittelbar vor dem Beratungsgespräch erhalten die Teilnehmer einen Fragebogen zu gesundheitsbezogenem Verhalten, d. h. dem individuellen Lebensstil [17] mit den Schwerpunkten Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum sowie zu konkreten Änderungswünschen und präferierten Beratungsbereichen. Das sich anschließende Gespräch wird auf Grundlage der Fragebogenergebnisse durchgeführt. Die Teilnehmer erhalten im Gespräch ein auf Basis des Fragebogens individuell erstelltes Gesundheitsprofil, das der persönlichen Rückmeldung zu dem Gesundheitsverhalten der Teilnehmer dient. In dem Profil werden die persönlichen Werte des Klienten für die Bereiche Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkohol eingetragen. Des Weiteren enthält das Profil für diese Bereiche Referenz- sowie Empfehlungswerte. Ziel ist, die persönlichen Werte des Klienten mit den Referenz- bzw. Empfehlungswerten zu vergleichen, um ihm so eine Einschätzung seines Gesundheitszustandes zu ermöglichen.

Möglichkeiten der Verhaltensänderungen werden gemeinsam erarbeitet, die Entscheidung für eine Verhaltensänderung liegt aber ausschließlich beim Klienten selbst.

Die Auswahl der Gesprächsthemen wurde auf Grundlage der Ergebnisse in dem Fragebogen und dem daraus erstellten Gesundheitsprofil gemeinsam mit dem Teilnehmer getroffen.

Bei Bedarf werden ein weiterer Gesprächstermin und ggf. Zielvereinbarungen („Hausaufgaben“) vereinbart. Ein ausführlicher Leitfaden zur Durchführung der Beratung wurde publiziert [18].

Das Gespräch selbst basiert auf der Motivierenden Gesprächsführung, einem zugleich klientenzentrierten und direktiven Behandlungs- und Beratungsstil. Grundgedanke der Motivierenden Gesprächsführung ist, dass der Klient selbstverantwortlich über Verhaltensänderungen entscheidet und diese ggf. einleitet. Ein zentrales Merkmal dieser Gesprächsform ist daher der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen: Ambivalenz des Klienten wird nicht als Widerstand, mangelnde Einsicht oder unzureichender Leidensdruck abgewertet und diagnostische Etikettierungen werden vermieden.

Die Beratung wurde von sechs Personen durchgeführt. Als Berufsgruppen waren vertreten: ein Diplom-Pflegewirt, eine Diplom-Sozialarbeiterin, eine Gesundheitsberaterin sowie drei Diplom-Psychologinnen. Voraussetzung für die Beratertätigkeit war die Teilnahme an einem 1,5-tägigen Workshop, der einer Einführung in die theoretischen Grundlagen für die Beratung diente, und einem zweitägigen Workshop, auf dem in die Methoden der Motivierenden Gesprächsführung eingewiesen wurde und diese praktisch geübt wurden. Dieses Training wurde von einem in Motivierender Gesprächsführung zertifizierten Trainer durchgeführt [19].

### Instrumente

Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogen und Dokumentationsbogen.

#### Fragebogen zum Gesundheitsverhalten bei Arbeitslosen

Dieser Bogen wurde sowohl von der Interventions- als auch der Vergleichsgruppe ausgefüllt und diente zur Veränderungsmessung im Rahmen der Evaluation. In der Interventionsgruppe bildete der Fragebogen darüber hinaus die Grundlage für die Themenauswahl für das Beratungsgespräch und die Erstellung des Gesundheitsprofils. Folgende Bereiche wurden im Einzelnen erfasst:

- a) individuelle Einschätzung des Gesundheitszustandes [20]; fünfstufige Skala („ausgezeichnet“ bis „schlecht“, dichotomisiert zu „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“ vs. „weniger gut“, „schlecht“)
- b) Ernährung [20, 21]:
  - Häufigkeit des Konsums verschiedener Nahrungsmittel; fünfstufige Skala von „mehrmals täglich“ bis „nie“ (dichotomisiert zu „mindestens 2- bis 3-mal/Woche“ vs. „seltener“)
- c) Bewegung:
  - Häufigkeit von Ausdauersport bzw. -bewegung über mindestens 30 Minuten, dreistufige Skala von „3- bis 7-mal die Woche“ bis „seltener“
  - Häufigkeit von Gymnastik und Muskeltraining, dreistufige Skala von „3- bis 7-mal die Woche“ bis „seltener“

- Häufigkeit von Sportarten, dreistufige Skala von „3- bis 7-mal die Woche“ bis „seltener“  
(Berechnung des Indikators „körperlich inaktiv“ = alle drei Bereiche seltener als 1- bis 2-mal wöchentlich angegeben)
- d) Rauchen [22 – 24]:
  - Raucherstatus Nichtraucher (ja/nein), Ex-Raucher (ja/nein), Raucher (ja/nein)
  - für die Raucher: Anzahl pro Tag gerauchter Zigaretten
- e) Alkohol [25, 26]:
  - Häufigkeit von „Trinktagen“ in den vergangenen 30 Tagen
  - Durchschnittliche Trinkmenge je Tag in Gramm reinen Alkohol: Summe pro „üblichem Trinktag getrunkenen Gläser×Menge des reinen Alkohols pro Glas×Anzahl der Trinktage im letzten Monat / 30 (Tage); dabei wurde gemäß Bühringer et al. [27] angenommen, dass 0,33l Bier 12,8g Reinalkohol, 0,25l Wein/Sekt 22,0g Reinalkohol und 0,02l Spirituosen 5,2g Reinalkohol enthalten; Dichotomisierung gemäß der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen Menge (10g bei Frauen und 20g bei Männern) [28].
- f) Für die Bereiche Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkohol wurde jeweils zusätzlich der Veränderungswunsch erfasst mit einem dichotomen Antwortformat „trifft zu“ – „trifft nicht zu“ [29]
- g) Demographische Angaben zur Person

#### Dokumentationsbogen

In diesem Bogen dokumentierten die Berater das Beratungsgespräch hinsichtlich Dauer, besprochener Themen, inhaltlicher Schwerpunkte und getroffener Vereinbarungen (Ziele, Hausaufgabe, Überweisung, Folgetermin etc.).

#### Bewertung der Beratung

In diesem Bogen bewerteten die Teilnehmer das Beratungsgespräch auf einer fünfstufigen Skala („sehr zufrieden“ bis „gar nicht zufrieden“) bezüglich ihrer Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen, Rückmeldungen, der Gesprächsführung und des Eingehens auf die persönliche Situation. Erfasst wurde außerdem, inwieweit die erhaltenen Informationen ihr Verhalten widerspiegeln, sich ihre Erwartungen erfüllt haben und ob sie das Angebot weiter empfehlen würden („trifft vollständig zu“ bis „trifft gar nicht zu“) [25].

#### Statistische Analyse

Zur Deskription der Stichproben wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie als Maße der zentralen Tendenz das arithmetische Mittel und als Streuungsmaß die Standardabweichung berechnet. Bei inferenzstatistischen Vergleichen der Interventions- und der Vergleichsgruppe wurden für dichotome Variablen auf Nominaldatenniveau Zweistichproben-Konfigurationsfrequenzanalysen (KFA) durchgeführt. Die KFA ist ein Verfahren zur Analyse mehrdimensionaler Kontingenztafeln [30]. Die Berechnungen wurden mit dem Programm „Configency Frequency Analysis – Version 2000“ [31] durchgeführt. Da bei den KFA-Analysen für jede abhängige Variable vier Tests simultan durchgeführt wurden, wurde eine Bonferroniadjustierung durchgeführt, um Scheinsignifikanzen zu vermeiden. Das  $\alpha$ -Fehlerniveau wurde mit  $\alpha \leq 0,0125$  pro Test konservativ festgelegt. Für die Berechnung der



Prätestunterschiede wurden bei kategorialen Variablen  $\chi^2$ -Tests auf statistische Unabhängigkeit durchgeführt sowie für intervallskalierte Variablen t-Tests auf Mittelwertunterschiede für unabhängige Stichproben [32]. Als statistisch bedeutsam wurde für diese Unterschiedsprüfung ein Signifikanzniveau von  $\alpha \leq 0,05$  betrachtet. Alle Berechnungen – mit Ausnahme der KFA – wurden mit SPSS, 7.5 und Stata SE 8 durchgeführt.

## Ergebnisse

### Dokumentation der Beratungen

Die Gespräche dauerten im Schnitt 70,6 Minuten (SD = 20,5; Range = 30–125 Minuten). In drei Fällen wurde eine Empfehlung zu der Vorstellung in einer psychotherapeutischen Ambulanz ausgesprochen. Ein weiterer Teilnehmer wurde direkt in ein psychiatrisches Krankenhaus überwiesen, da der Verdacht auf akute Selbstgefährdung bestand.

Die behandelten bzw. Schwerpunktthemen der Beratungen waren:

- Ernährung: in 112 Gesprächen (86,1%),
- Bewegung: in 105 Gesprächen (80,8%),
- Soziale Beziehungen: in 67 Gesprächen (51,9%),
- Alkohol: in 43 Gesprächen (33,3%),
- Rauchen: in 42 Gesprächen (32,6%),
- Stress: in 40 Gesprächen (31%),
- Tagesstruktur: in 34 Gesprächen (26,4%),
- Isolation: in 24 Gesprächen (18,6%).

In 44 Fällen der 131 Beratungen (33,6%) wurde auf Wunsch der Teilnehmer bzw. weil konkrete „Hausaufgaben“ (z.B. Beobachtungsaufgaben) abgesprochen wurden, ein Zweitermin vereinbart, der in 36 Fällen wahrgenommen wurde.

### Bewertung der Beratungen durch die Teilnehmer

Die Beratung wurde von den Teilnehmern positiv eingeschätzt: 85,2% berichteten, dass sich ihre Erwartungen an das Gespräch erfüllt hätten und 86,7% würden das Gespräch einem Freund empfehlen. Für 84,8% spiegelten die im Gespräch vermittelten Informationen ihr aktuell eingeschätztes Gesundheitsverhalten wider. Fast drei Viertel (73,7%) waren mit der Gesprächsführung durch den Berater und 69,3% mit der Art und Weise, in der ihr Gesprächspartner auf ihre persönliche Situation eingegangen ist, „sehr zufrieden“. Mehr als die Hälfte (54,5%) war mit den vermittelten Informationen sowie den Rückmeldungen und Ratschlägen, die sie während des Gesprächs erhielten „sehr zufrieden“. Rund ein Viertel der Befragten gab in der Nachuntersuchung an, das Gespräch habe bei der Verbesserung der Lebenssituation, der Stimmung und dem Umgang mit Stress geholfen.

### Vergleich der parallelisierten Vergleichsgruppe mit der Interventionsgruppe

#### Ernährung

In der Interventionsgruppe bezeichneten sich 68 von 72 Personen (oder 94,4%), die zum ersten Erhebungszeitpunkt angaben, regelmäßig Obst zu essen, weiterhin als regelmäßige Obstesser (Tab. 2). Dies sind knapp acht Prozentpunkte mehr als in der Vergleichsgruppe, in der sich in der Nachbefragung nur noch 59 von 68 Per-

sonen (86,8%) der vormals regelmäßigen Obstesser als solche einschätzten. Das Ergebnis ist nach Bonferroniadjustierung jedoch nicht statistisch signifikant.

In der Interventionsgruppe zeigten sich für diejenigen, die den Wunsch äußerten, zukünftig gesünder essen zu wollen, signifikante Effekte: 45 von 47 (95,7%) der zu gesünderem Essen motivierten, regelmäßigen Salat- und Gemüesseesser gaben auch in der Nachbefragung an, diese Lebensmittel regelmäßig (mindestens zweimal in der Woche) zu essen, im Vergleich zu lediglich 27 von 35 Personen (77,1%) mit identischer Motivation der Vergleichsgruppe ( $Z = 2,34$ ;  $p < 0,01$ ; Tab. 3).

#### Bewegung

Hinsichtlich des Bewegungsverhaltens konnte zwischen den Gruppen kein bedeutsamer Unterschied gefunden werden (Tab. 4).

Tab. 2 Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit des Obstessens von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes n [%] gesamte Stichprobe)

Gruppe	Erstbefragung	Zweitbefragung		
<i>Interventionsgruppe</i>		mind. 2–3/ Woche	seltener Woche	
	mind. 2–3/ Woche	72 (100%)	68 (94,4%)	4 (5,6%)
	seltener	18 (100%)	11 (61,1%)	7 (38,9%)
	$\Sigma$	90 (100%)	79 (87,8%)	11 (12,2%)
<i>Vergleichsgruppe</i>		mind. 2–3/ Woche	seltener	
	mind. 2–3/ Woche	68 (100%)	59 (86,8%)	9 (13,2%)
	seltener	27 (100%)	16 (59,3%)	11 (40,7%)
	$\Sigma$	95 (100%)	75 (78,9%)	20 (21,1%)

Tab. 3 Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit des Salat- und Gemüseessens von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes n [%] Teilstichprobe der zu gesünderem Essen Motivierten)

Gruppe	Erstbefragung	Zweitbefragung		
<i>Interventionsgruppe</i>		mind. 2–3/Woche	seltener	
	mind. 2–3/Woche	47 (100%) <sup>1</sup>	45 (95,7%) <sup>1</sup>	2 (4,3%)
	seltener	18 (100%)	12 (66,7%)	6 (33,3%)
	$\Sigma$	65 (100%)	57 (87,7%)	8 (12,3%)
<i>Vergleichsgruppe</i>		mind. 2–3/Woche	seltener	
	mind. 2–3/Woche	35 (100%) <sup>1</sup>	27 (77,1%) <sup>1</sup>	8 (22,9%)
	seltener	21 (100%)	14 (66,7%)	7 (33,3%)
	$\Sigma$	56 (100%)	41 (73,2%)	15 (26,8%)

<sup>1</sup> Hinsichtlich dieses Veränderungstypus unterscheiden sich die Gruppen bedeutsam voneinander ( $p < 0,01$ ).

Tab. 4 Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit der körperlichen Bewegung von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes n [%] gesamte Stichprobe)

Gruppe		Erstbefragung	Zweitbefragung	
Interventionsgruppe			inaktiv	aktiv
	inaktiv	21 (100%)	7 (33,3%)	14 (66,7%)
	aktiv	65 (100%)	6 (9,2%)	59 (90,8%)
	Σ	86 (100%)	13 (15,1%)	73 (84,9%)
Vergleichsgruppe				
	inaktiv	16 (100%)	5 (31,3%)	11 (68,7%)
	aktiv	79 (100%)	12 (15,2%)	67 (84,8%)
	Σ	95 (100%)	17 (17,9%)	78 (82,1%)

Bei einer Betrachtung der Untergruppe von Personen, die als Veränderungsziel angaben, sich mehr im Alltag bewegen zu wollen, zeigt Tab. 5, dass 11 von 17 Personen (64,7%) der Interventionsgruppe, die zur Erstbefragung bereits als „aktiv“ eingestuft wurden, auch in der Nachbefragung angaben, körperlich aktiv zu sein, im Vergleich zur Vergleichsgruppe, in der 86,0% (37 von 43 Personen) der „Motivierten“ über die Zeit aktiv blieben ( $Z = 4,82$ ;  $p < 0,001$ ).

Tab. 5 Veränderung hinsichtlich der Häufigkeit der körperlichen Bewegung von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes n [%] Teilstichprobe der zu mehr Bewegung Motivierten)

Gruppe		Erstbefragung	Zweitbefragung	
Interventionsgruppe			inaktiv	aktiv
	inaktiv	34 (100%) <sup>1</sup>	4 (11,8%)	30 (88,2%) <sup>1</sup>
	aktiv	17 (100%) <sup>2</sup>	6 (35,3%)	11 (64,7%) <sup>2</sup>
	Σ	51 (100%)	10 (19,6%)	41 (20,4%)
Vergleichsgruppe				
	inaktiv	11 (100%) <sup>1</sup>	3 (27,3%)	8 (72,7%) <sup>1</sup>
	aktiv	43 (100%) <sup>2</sup>	6 (14,0%)	37 (86,0%) <sup>2</sup>
	Σ	54 (100%)	9 (16,7%)	45 (83,3%)

<sup>1, 2</sup> Hinsichtlich dieses Veränderungstypus unterscheiden sich die Gruppen bedeutsam voneinander ( $p < 0,001$ ).

Gleichzeitig konnten in der Gruppe der Motivierten von der Erst- zur Zweiterhebung mit 30 von 34 Personen (88,2%) der ehemals als inaktiv eingestuften Personen bedeutsam mehr Teilnehmer der Interventionsgruppe zur Bewegung animiert werden als in der Vergleichsgruppe (8 von 11 Personen = 72,7%  $Z = 4,69$ ;  $p < 0,001$ ).

### Alkoholkonsum

In der Vergleichsgruppe berichteten 47 von 63 Personen (74,6%), dass ihre Alkoholkonsumhöhe sowohl in der Eingangsbefragung als auch in der Zweitbefragung den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zum Konsum von Alkohol entsprach (bei Frauen nicht mehr als 10 g/Tag und bei Männern nicht mehr als 20 g/Tag), im Vergleich zu 61 von 68 Personen der Interventionsgruppe (89,7%), die sowohl zur ersten als auch zur zweiten Befragung einen der DGE-Kriterien entsprechenden Alkoholkonsum angaben ( $Z = 2,93$ ;  $p < 0,01$ ; s. Tab. 6).

Tab. 6 Veränderung hinsichtlich der Einhaltung der empfohlenen Höchstmenge täglich konsumierten Alkohols von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes n [%] gesamte Stichprobe); F = Frauen; M = Männer

Gruppe		Erstbefragung	Zweitbefragung	
Interventionsgruppe			≤ 10 g Alkohol/Tag/F	≥ 10 g Alkohol/Tag/F
	≤ 10 g Alkohol/Tag/F		≤ 20 g Alkohol/Tag/M	≥ 20 g Alkohol/Tag/M
	≤ 20 g Alkohol/Tag/M	68 (100%) <sup>1</sup>	61 (89,7%) <sup>1</sup>	7 (10,3%)
	≥ 10 g Alkohol/Tag/F	16 (100%)	7 (43,8%)	9 (56,2%)
Σ	84 (100%)	68 (80,9%)	16 (19,1%)	
Vergleichsgruppe				
	≥ 10 g Alkohol/Tag/F	63 (100%) <sup>1</sup>	47 (74,6%) <sup>1</sup>	16 (25,4%)
	≥ 20 g Alkohol/Tag/M			
	≥ 10 g Alkohol/Tag/F	29 (100%)	13 (44,8%)	16 (35,2%)
Σ	92 (100%)	60 (65,2%)	32 (34,8%)	

<sup>1</sup> Hinsichtlich dieses Veränderungstypus unterscheiden sich die Gruppen bedeutsam voneinander ( $p < 0,01$ )

### Rauchen

Die Anzahl der Raucher verringerte sich in beiden Gruppen über die Zeit geringfügig: In der Interventionsgruppe sank der Anteil von Rauchern von 29,9% auf 26,1% und lag damit niedriger als in der Vergleichsgruppe mit 39,4% zum ersten bzw. 38,3% zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Auch die Anzahl gerauchter Zigaretten reduzierte sich zwischen den Gruppen nicht signifikant, obgleich die Anzahl gerauchter Zigaretten numerisch in der Interventionsgruppe von 19,5 auf 16,7 Zigaretten täglich deutlicher sank als in der Vergleichsgruppe mit einer Reduktion von 19,3 auf 19,0 Zigaretten.

### Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

In der Interventionsgruppe schätzten 20 von 63 Personen (31,7%), die ihren Gesundheitszustand bei der ersten Befragung als „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ bezeichneten, diesen bei der Zweitbefragung als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ ein, im Vergleich zur Vergleichsgruppe, in der 10 von 62 Personen (16,1%) ihren Gesundheitszustand in der Postbefragung negativer einschätzten als in der Präbefragung. Dieser numerische Unterschied erreichte jedoch nach Bonferroniadjustierung keine statistische Signifikanz (Tab. 7).

### Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines speziell auf Arbeitslose ausgerichteten Beratungskonzeptes zur Prävention riskanter Verhaltensweisen und zur generellen Gesundheitsförderung.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass mit einer durchschnittlichen Gesprächsdauer von 70 Minuten das ökonomische Kriterium einer kurzen Interventionszeit erreicht werden konnte. Die Beratung wurde von den Teilnehmern insgesamt als positiv

Tab. 7 Veränderung hinsichtlich der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes von der Erst- zur Zweitbefragung in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. (Absolutes n [%] gesamte Stichprobe)

Gruppe	Erstbefragung	Zweitbefragung	
<b>Interventionsgruppe</b>			
		gut bis ausgezeichnet	weniger gut schlecht
gut bis ausgezeichnet	63 (100%)	43 (68,3%)	20 (31,7%)
weniger gut/schlecht	27 (100%)	11 (40,7%)	16 (59,3%)
Σ	90 (100%)	54 (60,0%)	36 (40,0%)
<b>Vergleichsgruppe</b>			
		gut bis ausgezeichnet	weniger gut schlecht
gut bis ausgezeichnet	62 (100%)	52 (83,9%)	10 (16,1%)
weniger gut/schlecht	33 (100%)	10 (30,3%)	23 (69,7%)
Σ	95 (100%)	62 (65,3%)	33 (34,7%)

eingeschätzt. Die Erwartungen von 85% der Teilnehmer an das Gespräch wurden erfüllt, und rund drei Viertel der Teilnehmer äußerte große Zufriedenheit mit der Gesprächsführung sowie mehr als die Hälfte mit den Rückmeldungen und gemeinsam erarbeiteten Veränderungsstrategien.

### Effekte der Intervention auf verschiedene Verhaltensbereiche

Für den Bereich „gesunde Ernährung“ zeigte sich, dass diejenigen Arbeitslosen der Interventionsgruppe, die initial schon ein günstiges Verhaltensmuster zeigten und zur Verhaltensänderung motiviert waren, das günstige Essverhalten überzufällig häufiger als die Personen in der Vergleichsgruppe beibehielten.

Im Hinblick auf den gemäßigten Alkoholkonsum zeigt sich ein ähnliches Bild: Knapp 90% der Teilnehmer in der Interventionsgruppe, die zum ersten Erhebungszeitpunkt einen gemäßigten Alkoholkonsum zeigten, tranken auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht mehr als die Deutsche Gesellschaft für Ernährung und andere Expertengruppen [28] raten. In der Vergleichsgruppe hingegen lagen 25,4% der Teilnehmer, die ursprünglich einen gemäßigten Konsum angaben, numerisch bei der Zweitbefragung über den Empfehlungen.

In Bezug auf die Variable Bewegung zeigte sich, dass in der Gruppe derjenigen, die bei der Erstbefragung den expliziten Wunsch äußerten, sich zukünftig mehr bewegen zu wollen, in der Interventionsgruppe ein größerer Anteil von zum ersten Befragungszeitpunkt als „inaktiv“ eingestuftem Teilnehmern zu mehr Aktivität motiviert werden konnte. Interessanterweise zeigte sich in dieser Gruppe noch ein weiterer Effekt: Von den Personen, die zum ersten Erhebungszeitpunkt als „aktiv“ eingestuft wurden, behielten die Teilnehmer der Vergleichsgruppe signifikant häufiger das aktive Verhalten bei als die Personen in der Interventionsgruppe. Während die Teilnehmer der Interventionsgruppe in Bezug auf das Ernährungsverhalten sowie ihren Alkoholkonsum also ein bereits gesundheitsförderliches Verhalten eher beibehielten, konnten sie bezüglich ihres Bewegungsverhalten zu einer positiven Veränderung in Richtung mehr Bewegung motiviert werden, das allerdings häufiger in der Vergleichsgruppe beibehalten wurde.

Signifikante Ergebnisse bezüglich des Rauchverhaltens der Teilnehmer zeigten sich nicht, obgleich die Anzahl gerauchter Zigaretten numerisch in der Interventionsgruppe von 19,5 auf 16,7 Zigaretten täglich sank, während er in der Vergleichsgruppe praktisch gleich blieb (19,3 vs. 19,0 Zigaretten). Dieser Befund ist nicht erstaunlich, da der Rückfall selbst bei intensiven Rauchentwöhnungskursen die Regel und nicht die Ausnahme ist [33].

Keine statistisch signifikanten, aber numerische Unterschiede zeigten sich auch für den individuell eingeschätzten Gesundheitszustand im Zeitverlauf zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe: Während in der Interventionsgruppe 31,7% der Personen, die ihren Gesundheitszustand bei der ersten Befragung als „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ bezeichneten, diesen bei der Zweitbefragung als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ einstufte, waren dies in der Vergleichsgruppe lediglich 16,1%. Eine mögliche Erklärung dafür könnte die Sensibilisierung der Teilnehmer hinsichtlich ihrer Gesundheit sein, die aus den in der Beratung vermittelten Informationen zu den verschiedenen Gesundheitsbereichen erfolgt sein könnte.

Die Ergebnisse der Untersuchung geben somit erste Hinweise darauf, dass die Intervention dazu geeignet sein könnte,

- Arbeitslose, die bereits gesundheitsbewusstes Verhalten zeigen, teilweise zu motivieren, dieses auch weiterhin beizubehalten,
- zur Veränderung Motivierte in ihrem Wunsch nach einer Verhaltensänderung weiter zu bestärken und diese Änderungen einzuleiten,
- eine Sensibilisierung hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes zu erreichen.

Viele Gespräche beschränkten sich nicht nur auf die klassischen Gesundheitsbereiche Bewegung, Ernährung, Alkohol und Rauchen, sondern es gelang teilweise auch, andere, im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit einhergehende Belastungsfaktoren anzusprechen: In der Hälfte der Gespräche wurden auch soziale Beziehungen, in einem Viertel die Tagesstruktur und in knapp einem Fünftel Isolation der Arbeitslosen thematisiert.

Rund ein Viertel der Befragten gab in der Nachuntersuchung an, das Gespräch habe bei der Verbesserung der Lebenssituation, der Stimmung und dem Umgang mit Stress geholfen. Dieses „Ausstrahlen“ der Intervention auf andere Bereiche der Lebenssituation bzw. der psychischen Gesundheit über die „klassischen“ Bereiche der Gesundheitsförderung ist ein sehr zu begrüßender Nebeneffekt der Intervention.

Insgesamt meldeten sich in der Interventionsgruppe 237 Arbeitslose zu dem Angebot an, von denen 131 oder 55% tatsächlich zum Beratungsgespräch erschienen. Es ist denkbar, dass sich in dieser hohen Diskrepanz zwischen Anmeldungen und tatsächlich wahrgenommenen Gesprächsterminen eine mangelnde Tagesstruktur und die daraus möglicherweise resultierende Unverbindlichkeit bei Terminen einiger Arbeitsloser widerspiegelt, die dazu führt, dass Termine vergessen werden. Um dem vorzubeugen, wurde allen Teilnehmern nach der Vereinbarung des Termins eine schriftliche Bestätigung desselben zugesandt bzw. einen Tag vorher telefo-

nisch angefragt, ob es bei dem Termin bliebe. In Anbetracht dieses „Services“ muss die Anzahl der Personen, die „unentschuldig“ nicht zum vereinbarten Termin kam, als hoch eingestuft werden.

### Bewertung der Methodik der Pilotstudie

Es liegen insgesamt nur sehr wenige Untersuchungen vor, die die Auswirkungen spezifischer Interventionen auf die Gesundheit der Arbeitslosen untersuchen und als Studiendesign eine kontrollierte, prospektive Studie umgesetzt haben. Demgegenüber wurden eine Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit publiziert.

Dennoch sollten die Ergebnisse dieser Untersuchung nur mit Vorsicht interpretiert und nicht generalisiert werden, da es sich nicht um eine randomisierte Kontrollgruppenstudie handelt. Eine randomisierte Studie wurde aus ethischen Gründen abgelehnt, da es nicht vertretbar schien, einen Teilnehmer, der sich zu einer Beratung anmeldet, einer der Gruppen zuzuordnen und dabei in Kauf zu nehmen, dass der Hälfte der angemeldeten Teilnehmer mindestens für die Dauer der Studie (dies wäre der Fall bei einem Wartelistenkontrollgruppendesign gewesen) keine Beratung angeboten wird.

Die Vergleichsgruppe, die in dieser Untersuchung herangezogen wurde, unterschied sich nicht nur durch die Rekrutierungsform, sondern auch hinsichtlich einiger deskriptiver Charakteristika von der Interventionsgruppe: Trotz einer Parallelisierung der Stichproben nach dem Geschlecht und dem Bildungsstand mit dem Ziel, systematische Unterschiede zu kontrollieren, unterschieden sich die Gruppen weiterhin in verschiedenen Variablen voneinander: Die Teilnehmer der Interventionsgruppe waren im Mittel knapp ein Jahr länger arbeitslos, lebten fast doppelt so oft nicht in einer Ehe oder festen Partnerschaft und waren im Schnitt um ca. 5 Jahre jünger als die der Vergleichsgruppe. Insbesondere die Faktoren Dauer der Arbeitslosigkeit und Art des Zusammenlebens deuten daher eher eine ungünstigere Ausgangssituation für die Interventionsgruppe an. Das heißt, dass hier ein Selektionsbias dahingehend, dass sich in der Interventionsgruppe eher Personen angemeldet haben, die günstigere Ausgangsbedingungen hatten, nicht aufgetreten zu sein scheint.

Von Bedeutung bei der Interpretation der Ergebnisse ist auch, dass es sich bei den erhobenen Daten um Selbstangaben handelt und daher nicht ausgeschlossen werden kann, dass Antworttendenzen der sozialen Erwünschtheit aufgetreten sind. Dies dürfte aber gleichermaßen für die Interventions- und die Vergleichsgruppe zutreffend sein.

Letztlich muss auf den Umstand hingewiesen werden, dass es sich bei der Interventions- aber auch der Vergleichsgruppe um selbst selektierte Gruppen handelt. Es ist daher denkbar, dass sich insbesondere Personen, die möglicherweise besonders interessiert an ihrer eigenen Gesundheit sind, zu der Intervention anmeldeten. Die Generalisierung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der Arbeitslosen verbietet sich schon aus diesem Grund.

### Fazit

Es wurde eine praktikable Kurzintervention zur Prävention risikantiver Verhaltensweisen und Gesundheitsförderung gezielt für

die Gruppe der Arbeitslosen entwickelt. Die Intervention wird von der Zielgruppe positiv bewertet und hat das Potenzial disseminiert zu werden. Für eine Dissemination sind allerdings hinreichende Schulungsmaßnahmen der Gesundheitsberater in den Techniken der Motivierenden Gesprächsführung notwendig, für die es in Deutschland mittlerweile eine Reihe von zertifizierten Trainern gibt [19].

Die im Rahmen einer Pilotstudie gewonnenen Erkenntnisse zur potenziellen Effektivität der Intervention sind ermutigend, sollten aber aufgrund der methodischen Einschränkungen der realisierten Studie dahingehend interpretiert werden, dass erste Hinweise für die Effektivität gefunden wurden, die in weiteren Studien erhärtet werden müssen. Darüber hinaus ist auch in dieser Untersuchung deutlich geworden, wie schwierig es ist, die Zielgruppe der Arbeitslosen zu erreichen. Hier gilt es herauszufinden, was die Zielgruppe davon abhält, sich an solchen Maßnahmen wie der hier beschriebenen zu beteiligen und die Ansprachewege deutlich zu verbessern.

### Literatur

- Berth H, Forster P, Brahler E. Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. *Gesundheitswesen* 2003; 65 (10): 555 – 560
- Elkeles T, Seifert W. Arbeitslose und ihre Gesundheit. Langzeitanalyse für die Bundesrepublik Deutschland. *Soz Präventivmed* 1993; 38 (3): 148 – 155
- Grobe TG, Schwartz FW. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Heft 13). Berlin: Robert Koch-Institut, 2003
- Schütz M. Verlauf von Rentenentwicklungen in der Psychosomatik. *Gesundheitswesen* 2002; 64 (12): 639 – 644
- Swart E, Maechler H. Verbessert sich der Gesundheitszustand nach der Wiederaufnahme einer ABM-Tätigkeit? *Gesundheitswesen* 2000; 62 (6): 335 – 341
- Miller WR, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung*. 2, völlig überarbeitete Auflage ed. Freiburg: Lambertus, 2005
- Demmel R. Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. *Sucht* 2001; 47 (3): 171 – 188
- Körkel J, Veltrup C. Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie* 2003; 4: 115 – 124
- Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327 (7414): 536 – 542
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (5): 843 – 861
- Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96 (12): 1725 – 1742
- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 91 – 111
- Resnicow K, Dilorio C, Soet JE et al. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychol* 2002; 21 (5): 444 – 451
- VanWormer JJ, Boucher JL. Motivational interviewing and diet modification: a review of the evidence. *Diabetes Educ* 2004; 30 (3): 404 – 414
- Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004; 53 (2): 147 – 155
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55 (513): 305 – 312
- Gohlke H. Prävention durch Lebensstiländerung: Was ist gesichert? *Herz* 2004; 29 (1): 139 – 144
- Wiborg G, Stephan C, Wewel et al. *Die Fit-Beratung: Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose*. Essen: BKK Bundesverband, 2005



- <sup>19</sup> The Motivational Interviewing Network of Trainers. Assessed in January 2006; Available at: <http://motivationalinterview.org/training/trainers.html>
- <sup>20</sup> Robert-Koch-Institut. Fragebogen Bundes-Gesundheitssurvey. Berlin: Robert Koch-Institut, 1998
- <sup>21</sup> Renner B, Hahn A, Schwarzer R. Risiko und Gesundheitsverhalten. Berlin: Freie Universität Berlin, 1996
- <sup>22</sup> Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict* 1989; 84 (7): 791 – 799
- <sup>23</sup> Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86 (9): 1119 – 1127
- <sup>24</sup> Schumann A, Rumpf HJ, Meyer C et al. Deutsche Version des Fagerström-Test für Nicotine Dependence (FTND) (FTND-d) und des Heaviness of Smoking Index (HSI) (HSI-d). In: Glöckner-Rist A, Rist F, Kufner H (Hrsg). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 2.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2002
- <sup>25</sup> Hanewinkel R, Wiborg G. Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A German pilot study. *Sucht* 2005; 51 (5): 285 – 290
- <sup>26</sup> Kraus R, Augustin R. Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47 [Sonderheft 1] 2001
- <sup>27</sup> Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos, 2000
- <sup>28</sup> Singer MV, Teyssen S. Serie Alkoholismus: Moderater Alkoholkonsum – gesundheitsförderlich oder schädlich? *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A1103 – A1106
- <sup>29</sup> Dlugosch GE, Krieger W. Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG). Frankfurt: Swets & Zeitlinger, 1995
- <sup>30</sup> Krauth J, Lienert GA. Die Konfigurationsfrequenzanalyse (KVA) und ihre Anwendung in Psychologie und Medizin. Ein multivariates nicht-parametrisches Verfahren zur Aufdeckung von Typen und Syndromen. Weinheim: Beltz, 1995
- <sup>31</sup> von Eye A. Configural Frequency Analysis – Version 2000. A program for 32 Bit Windows Operating Systems. *Methods Psychol Res Online* 2001; 6: 129 – 139
- <sup>32</sup> Bender R, Lange S, Ziegler A. Wichtige Signifikanztests. *Dtsch Med Wochenschr* 2002; 127: T1 – T3
- <sup>33</sup> West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax* 2000; 55 (12): 987 – 999

## Buchbesprechung

U. Schäfer, E. Rütger: **Psychiatrische Patienten in der Hausarztpraxis**. 2005, 232 S., 6 Abb., kartoniert, 29,95 €/50,90 CHF, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, ISBN-10: 3-13-141421-9, ISBN-13: 978-3-13-141421-2

Sowohl im Geleitwort als auch im Vorwort der Autoren stellt man sich die Frage „Warum dieses Buch“? Die Antworten sind nachvollziehbar. „Weil viele psychisch kranke Patienten zunächst zum Hausarzt kommen und dieser im Umgang oft Probleme hat.“

Im Buch wird zunächst versucht, klassische Leitsymptome zu beschreiben, in knapper Form etwas zu der Pharmako- und Psychotherapie zu sagen und den Bereich der gerontopsychiatrischen Probleme kurz zu thematisieren. Angereichert werden die Texte durch kleine Beispielsequenzen. Die Autoren verschweigen nicht ihre eigenen Präferenzen für bestimmte pharmakologische Substanzgruppen und Therapieverfahren.

Den weitaus größten Teil des Buches macht die Beschreibung einzelner psychiatrischer Störungsbilder aus. Die Systematik hält sich weitgehend an die ICD-10-Struktur. Die setzt bei der Suche

nach Krankheitsbildern voraus, dass schon eine Zuordnung zu einer Diagnose getroffen wurde oder vermutet wird. Bei den Essstörungen und den Schlafstörungen wurde diese Systematik teilweise verlassen. Im weiteren Verlauf werden kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten beschrieben. Im Anhang des Buches finden sich zum Teil sehr hilfreiche Einschätzungs- und Beurteilungsskalen, Vorschläge für Tagebücher zu verschiedenen Schwerpunkten wie Panik, Angst, Depression, Stress usw.

Das Buch ist gut und verständlich lesbar. Die praktischen Hilfen im Umgang mit Problempatienten kommen leider etwas zu kurz. Die Suche nach Unterstützung und Hilfen für den Hausarzt setzen schon diagnostische Grundlagen voraus, um in den einzelnen Kapiteln rasch Hinweise zu finden.

Die Intention der Autoren ist lobenswert, die Problematik gut bekannt und nicht einfach zu lösen. Das Buch ist ein weiterer lohnender Versuch auf einem mühsamen Weg. Ob es dazu beitragen kann, werden erst die Praxis und die Zukunft zeigen. Wünschen würde ich es allen Beteiligten von ganzem Herzen.

H.-J. Kirschenbauer, Frankfurt/Main