

Aus dem Institut für Bewegungstherapie
und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation
der Deutschen Sporthochschule Köln
Geschäftsführender Leiter: Univ.-Prof. Dr. Ingo Froböse

**Gesundheitscoaching als Maßnahme zur Lebensstiländerung:
Anforderungen, Nutzung, Akzeptanz und Langzeiteffektivität**

Von der Deutschen Sporthochschule Köln
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Sportwissenschaft

angenommene Dissertation

vorgelegt von

Lea Anna Lisa Dejonghe
aus Düren-Birkesdorf

Köln 2020

Erster Gutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. Ingo Froböse

Zweite Gutachterin: Frau Univ.-Prof. Dr. Andrea Schaller

Vorsitzender des Promotionsausschusses: Herr Univ.-Prof. Dr. Mario Thevis

Datum der Disputation: 29.09.2020

Eidesstattliche Versicherungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 4 und 5 der Promotionsordnung der Deutschen Sporthochschule Köln, 20.02.2013:

Hierdurch versichere ich:

Ich habe diese Arbeit selbständig und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen und technischen Hilfen angefertigt; sie hat noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen. Wörtlich übernommene Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitate kenntlich gemacht worden.

Hierdurch erkläre ich, dass ich die „Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Sporthochschule Köln eingehalten habe.

.....

16.11.2020, Lea A. L. Dejonghe

Allgemeine Hinweise

Die vorliegende kumulative Dissertationsschrift besteht aus drei wissenschaftlichen Peer-Review-Artikeln. Alle drei Artikel sind international publiziert und können unter den jeweils angegebenen Referenzen gefunden werden.

Zur besseren Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit auf die explizite Nennung aller Geschlechter verzichtet. Es wird daher darauf hingewiesen, dass das genutzte generische Maskulinum dabei auch weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten ausdrücklich mit einschließt.

Inhaltsverzeichnis

I. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	III
II. Abkürzungsverzeichnis	IV
III. Zusammenfassung und Abstract	VII
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund: Gesundheitscoaching	2
2.1 Relevanz	2
2.2 Definition und Ziel.....	4
2.3 Gesundheitliche Effekte	8
2.4 Praktische Umsetzung	9
2.4.1 Qualifikation und Kenntnisse	9
2.4.2 Einsatz- und Themenfelder	11
2.4.3 Arbeitsweise	12
3. Forschungsfragen	14
4. Studie zur Forschungsfrage 1	16
5. Studie zur Forschungsfrage 2	20
6. Studie zur Forschungsfrage 3	23
7. Zusammenfassende Diskussion	27
7.1 Ergebnisdiskussion	27
7.2 Methodendiskussion.....	33
8. Implikationen	36
8.1 Implikationen für die Wissenschaft.....	36
8.2 Implikationen für die Praxis	39
8.3 Politische Implikationen.....	42

9. Fazit und Ausblick..... 45

IV. Literatur.....XIV

I. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Anzahl an PubMed-Publikationen zum Suchbegriff „health coaching“ ... **4**

Tabellen

Tabelle 1: Kenntnisse und Fähigkeiten eines Gesundheits- und Wellness-Coaches ...
..... **11**

II. Abkürzungsverzeichnis

CBT	Cognitive Behaviour Therapy; Kognitive Verhaltenstherapie
CDS	Cochrane Deutschland Stiftung
COHEP	Comprehensibility of Health Education Programs; „Fragebogen zur Verständlichkeit von Patientenschulungen“
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
BeCo	Bewegungscoaching
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BTHG	Bundesteilhabegesetz
B.A.	Bachelor of Arts
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSHS	Deutsche Sporthochschule Köln
DVCT	Deutscher Verband für Coaching und Training
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
Hba1c	Glykohämoglobin A1c

HDL	High Density Lipoprotein; Lipoprotein hoher Dichte
ICHWC	International Consortium for Health and Wellness Coaching; Internationales Konsortium für Gesundheits- und Wellness-Coaching
iga	Initiative Gesundheit und Arbeit
IOC	Institute of Coaching; Institut für Coaching
KHK	Koronare Herzkrankheit
MI	Motivational Interviewing; Motivierende Gesprächsführung
NBHWC	National Board for Health and Wellness Coaching; Nationaler Ausschuss für Gesundheits- und Wellness-Coaching
NCCHWC	National Consortium for Credentialing Health and Wellness Coaches; Nationales Konsortium für die Zertifizierung von Gesundheits- und Wellness-Coaches
NPK	Die Nationale Präventionskonferenz
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Metaanalysen
RCT	Randomized Controlled Trial; Randomisierte kontrollierte Studie
RE-AIM	Reach, Efficacy/Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance; Reichweite, Wirksamkeit, Einführung, Durchführung Aufrechterhaltung

RKI	Robert Koch-Institut
SCT	Social Cognitive Theory; Sozialkognitive Lerntheorie
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation

III. Zusammenfassung und Abstract

Zusammenfassung

Gesundheitscoaching ist eine vielversprechende Maßnahme, um den Lebensstil gesundheitsförderlich zu beeinflussen und so chronische nichtübertragbare Erkrankungen zu vermeiden. Es ist ein wachsendes Feld, welches durch Heterogenität, insbesondere bezüglich der Qualifikationen und Arbeitsweisen des Coaches sowie der Inhalte, charakterisiert ist. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage nach Herausforderungen und Potenzialen von Gesundheitscoaching als Maßnahme zur Lebensstiländerung – insbesondere bezüglich der Anforderungen an einen Gesundheitscoach, der Nutzung und Akzeptanz unterschiedlicher Zugangswege sowie der Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen.

Zur Analyse der Anforderungen an einen Gesundheitscoach im präventiven Setting wurde eine explorative qualitative Studie mit verschiedenen Interessenvertretern durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass der Gesundheitscoach über Soft-Skills verfügen sollte, um den Klienten zu motivieren, den Lebensstil nachhaltig zu ändern. Außerdem sollte er unterschiedliche Zugangswege einsetzen sowie verschiedene Themenfelder behandeln können. Neben der individuellen und flexibel zu gestaltenden Arbeit direkt mit dem Klienten ist es wichtig, dass der Coach als Vermittler zwischen Klient und Interessensvertretern fungiert. Als Qualifikationen wurden therapeutische Ausbildungen bevorzugt.

Die Nutzung sowie Akzeptanz einer Multikomponenten-Intervention zur Förderung der körperlichen Aktivität wurde formativ analysiert. Bezogen auf die Umsetzung des Gesundheitscoachings zeigte die Analyse, dass Telefon- und webbasiertes Coaching wenig bis moderat genutzt und als nicht hilfreich für die Planung von körperlicher Aktivität beurteilt wurden, obwohl sie generell als gut bewertet wurden. Dahingegen war die Akzeptanz eines Face-to-Face-Coachings hoch.

Zudem wurde zur Untersuchung der Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen im rehabilitativen sowie präventiven Setting eine systematische Literaturübersichtsarbeit erstellt. Das Review zeigte, dass obwohl die Anzahl an Studien weiterhin steigt, bezüglich der Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-

Interventionen eine Forschungslücke an randomisiert kontrollierten Studien existiert. Generell gab es mehr Interventionen im rehabilitativen Setting, wobei das präventive, meist arbeitsplatzbezogene Setting an Bedeutung gewinnt. Aufgrund der inhaltlichen Heterogenität der Studien konnten keine effektiven Komponenten identifiziert werden.

Insbesondere die herausgearbeiteten Anforderungen an einen Gesundheitscoach können als Ansatz für die Entwicklung von Ausbildungscurricula und Zertifizierungsstandards dienen. Unter den unterschiedlichen Zugangswegen wird dem Face-to-Face-Kontakt eine zentrale Bedeutung zugeschrieben und sollte zumindest additiv eingesetzt werden. Aus wissenschaftlicher Sicht besteht ein Bedarf an methodisch-hochwertigen Studien, welche ebenfalls die Nachhaltigkeit der Interventionen analysieren sowie gesundheitsökonomische Evaluationen integrieren. Der Coaching-Prozess sollte formativ analysiert werden, um Ansatzpunkte für Verbesserungen zu identifizieren. Weiterhin sind qualitative Studien mit potentiellen Klienten zu den Anforderungen an eine Intervention sinnvoll, um die Zielgruppenorientierung zu erhöhen. Eine Ausweitung der Studien auf unterrepräsentierte Zielgruppen und Themenfelder sowie Settings, wie das präventive Setting, ist wünschenswert.

Abstract

Health coaching is a promising approach to sustain a health-oriented lifestyle modification and thus to avoid chronic non-communicable diseases. It is a growing field, which is characterised by heterogeneity, especially with regard to the coach's qualifications, the working methods and the thematic topics. The present work deals with the question of the challenges and potentials of health coaching as an approach to change a lifestyle - in particular in terms of requirements for a health coach, the use and acceptance of different approaches and the long-term effectiveness of health coaching interventions.

An exploratory qualitative study with various stakeholders was conducted with the objective to analyse the demands on a health coach in a preventive setting. The results showed that the health coach should have soft skills in order to be able to motivate the clients to change their lifestyle sustainably. Moreover, the coach should be able to use different approaches as well as to cover a variety of topics. In addition to the personal and flexible work with the client, it is important that the coach functions as an intermediary between client and stakeholders. Therapeutic training was favoured when it comes to relevant qualifications of a coach.

The use and acceptance of a multicomponent intervention to promote physical activity was formatively analysed. With regard to the implementation of health coaching the analysis showed that telephone and web-based coaching was used little to moderate and was not rated as helpful for planning physical activity, although it was generally rated as good. However, the acceptance of face-to-face coaching was high.

In addition, a systematic review was conducted to assess the long-term effectiveness of health coaching interventions in the rehabilitative as well as in the preventive setting. The review showed that, although the number of studies continues to increase, there is a research gap of randomised controlled trials regarding the long-term effectiveness of health coaching interventions. In general, there were more interventions in the rehabilitative setting, but the preventive mostly workplace-related setting is gaining importance. No effective components could be identified due to the heterogeneity of the studies.

Particularly, the requirements for a health coach can be used for the development of training curricula and certification standards. Among the different approaches, in particular face-to-face contact is of central importance and should at least be used as an additive. From a scientific point of view, there is a need for high-quality methodological studies that on the one hand also analyse the sustainability of the interventions and on the other hand integrate health economic evaluations. The coaching process should be formatively analysed in order to identify starting points for improvements. Furthermore, qualitative studies with potential clients who give their opinion on the requirements of an intervention are useful in order to increase the participatory orientation. An extension of the studies to underrepresented target groups and topics as well as settings, such as the preventive setting, is desirable.

1. Einleitung

Chronische nichtübertragbare Erkrankungen werden durch einen ungesunden Lebensstil begünstigt (Beaglehole et al., 2011; Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006) und stellen in Europa die häufigste Ursache für Morbidität sowie Mortalität dar, weshalb sie von hoher individueller und sozioökonomischer Bedeutung sind (Destatis, 2020; RKI, 2015; WHO, 2018). Da chronische Erkrankungen zum Großteil vermeidbar sind, wird die Notwendigkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, welche den Lebensstil beeinflussen, ersichtlich (Hendrickx, McEwen, & van der Ouderaa, 2005; Strong, Mathers, Leeder, & Beaglehole, 2005). In den letzten Jahren hat sich die Integration von Gesundheitscoaching in Lebensstilintervention als vielversprechender Ansatz herausgestellt (Gierisch et al., 2017; Hill, Richardson, & Skouteris, 2015). In häufig verwendeten Definitionen wird Gesundheitscoaching als klientenzentrierter Maßnahme verstanden, durch welchen Individuen motiviert werden, selbstbestimmte gesundheitsfördernde Ziele zu erreichen (Butterworth, Linden, & McClay, 2007; Palmer, Tubbs, & Whybrow, 2003; Wolever et al., 2013). Gesundheitscoaching hat sich sowohl in der Praxis als auch in der Wissenschaft zu einem wachsenden und heterogenen Feld entwickelt (Sforzo et al., 2019; Wolever et al., 2013).

Die vorliegende Arbeit beleuchtet das mannigfaltige Feld hinsichtlich Herausforderungen und Potenzialen, indem die Anforderungen an einen Gesundheitscoach im arbeitsplatzbezogenen Setting durch eine explorative qualitative Studie analysiert werden, die Nutzung und Akzeptanz einer Multikomponenten-Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität formativ untersucht werden und die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen in der Prävention und Rehabilitation in einer systematischen Literaturübersichtsarbeit betrachtet wird.

Nach einer Hinführung zum Thema Gesundheitscoaching sowie der Formulierung der Forschungsfragen, werden die Abstracts von drei international publizierte Peer-Review-Artikel, in welchen die Forschungsfragen spezifiziert und untersucht wurden, inklusive Zwischenfazits vorgestellt. Nachfolgend werden die Ergebnisse sowie die Methoden zusammenfassend diskutiert, sodass Implikationen abgeleitet werden können. Abschließend folgen Fazit und Ausblick.

2. Theoretischer Hintergrund: Gesundheitscoaching

2.1 Relevanz

Der demographische Wandel wird bis 2030 enorm fortschreiten. Da unter anderem die geburtenstarken Jahrgänge das Alter von 70 Jahren und älter erreichen werden, sinkt der Anteil jüngerer bei gleichzeitigem Anstieg älterer Menschen. Die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur bringt eine Vielzahl an Herausforderungen mit sich, wie zum Beispiel eine Zunahme an Erkrankungen (RKI, 2015). Zudem ist eine Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu nichtübertragbaren, meist chronischen, Erkrankungen zu beobachten (RKI, 2016). Weltweit sterben jährlich 41 Millionen Menschen an nichtübertragbaren Krankheiten - hauptsächlich an Herz-Kreislauf-, Krebs- und chronischen Atemwegserkrankungen. Mehr als 15 Millionen dieser Todesfälle sind vorzeitig, das heißt im Alter zwischen 30 und 70 Jahre. Schätzungen zufolge sind in Deutschland 91% aller Todesfälle auf nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführen (WHO, 2018), sodass diese die häufigste Ursache für Morbidität und Mortalität darstellen (RKI, 2015). Nichtübertragbare Erkrankungen sind nicht nur von hoher individueller, sondern auch von sozioökonomischer Bedeutung. Im Jahr 2015 wurden in Deutschland Krankheitskosten in Höhe von etwa 338,2 Milliarden Euro ausgewiesen (Destatis, 2020).

Die Entstehung und der Verlauf von chronischen Erkrankungen werden multifaktoriell beeinflusst. Neben dem Geschlecht, Alter und der genetischen Disposition haben die Verhaltens- und Lebensweisen Einfluss (Beaglehole et al., 2011; Lopez et al., 2006). Mit dem Wissen, dass viele Determinanten von Gesundheit und Krankheit aktiv verändert werden können und chronische Erkrankungen somit zum Großteil vermeidbar sind, wird die Notwendigkeit von gesundheitsförderlichen Lebensstilinterventionen, deutlich (Hendrickx et al., 2005; Lee et al., 2012; Strong et al., 2005).

Um Erkrankungen entgegenzuwirken und den Gesundheitszustand zu verbessern oder zu erhalten, wird in Deutschland der Rehabilitation eine wichtige Rolle zugeschrieben. Laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018) sind unter Rehabilitationsleistungen „. . . alle medizinischen Leistungen zu verstehen, die der Abwendung, Beseitigung, Minderung oder dem Ausgleich einer Behinderung oder

Pflegebedürftigkeit, der Verhütung ihrer Verschlimmerung oder Milderung ihrer Folgen dienen“ (o.S.). Im Jahr 2018 wurden beispielweise über eine Millionen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) durchgeführt (DRV, 2019a).

Neben der Rehabilitation hat in den vergangenen Dekaden die Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung gewonnen (Apitz & Winter, 2004). Den Begriff Prävention beschreibt das BMG (2019) „. . . als Oberbegriff für zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern“ (o.S.). Aufgrund der enormen Krankheitslast chronischer Erkrankungen und der damit zusammenhängenden Erhöhung der Kosten im Gesundheitswesen, werden an die Prävention und Gesundheitsförderung hohe Erwartungen gestellt (Kuhn, Lampert, & Ziese, 2012; Wandersman et al., 2008). Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) wurde der Gesundheitsförderung und Prävention im Juli 2015 eine neue Grundlage gegeben (Bindzius, Knoll, & Appt, 2016; BMG, 2015).

Um den geschilderten Problematiken entgegenzuwirken, hat sich in den letzten Jahren die Integration eines „Kümmerers“, „Lotsen“, „persönlichen Managers“ – eines Gesundheitscoaches – in Lebensstilinterventionen als vielversprechende Maßnahme herausgestellt (Hill et al., 2015; Kivelä, Elo, Kyngäs, & Kääriäinen, 2014). Dies hat zur Entwicklung von Gesundheitscoaching-Interventionen und zur Verbreitung von internationalen Peer-Review-Artikeln geführt. Abbildung 1 stellt die steigende Anzahl an bei PubMed¹ gelisteten Publikationen zum Suchbegriff „health coaching“ von 2000 bis 2019 dar. Die schnell wachsende Anzahl von Publikationen innerhalb der letzten Jahre verdeutlicht die Relevanz dieses Themas (Sforzo et al., 2019; Wolever et al., 2013).

¹ Zentrale Datenbank auf dem Gebiet der Gesundheitswissenschaften

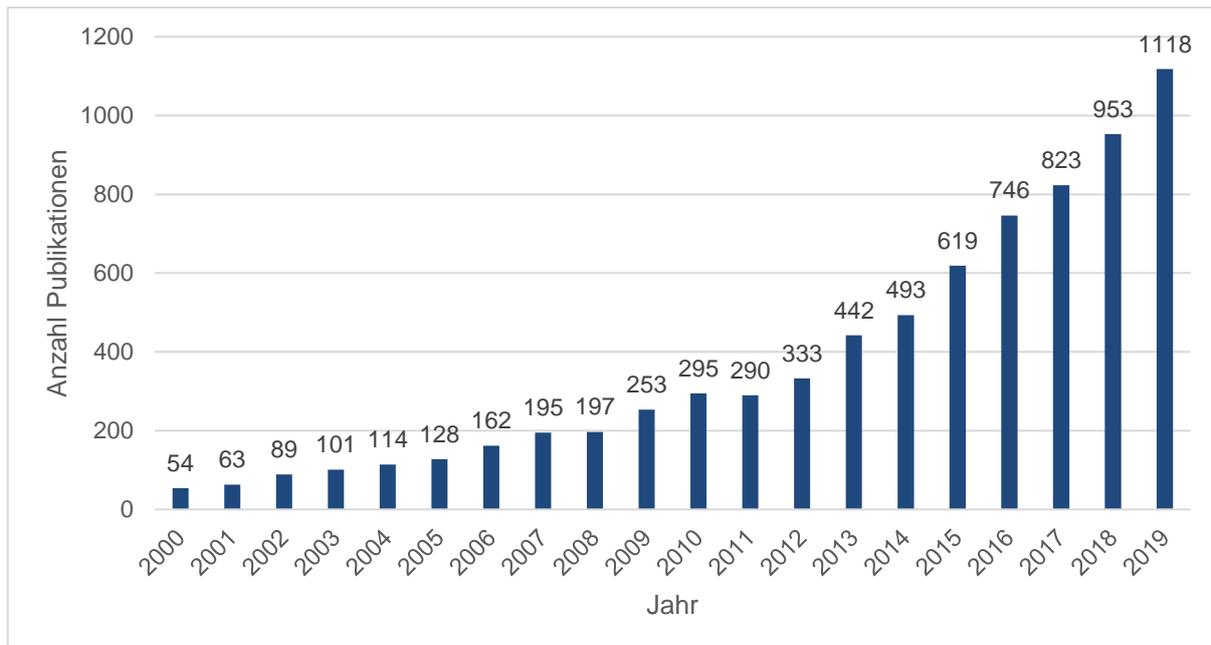


Abbildung 1: Anzahl an PubMed-Publikationen zum Suchbegriff „health coaching“ (eigene Darstellung).

2.2 Definition und Ziel

Um sich dem Themenfeld Gesundheitscoaching anzunähern, wird der Begriff, der ein Kompositum aus „Gesundheit“ und „Coaching“ ist, definiert.

Es existiert eine Vielzahl an unterschiedlichen Ansätzen zur Begriffsbestimmung des Wortes Gesundheit. Der revidierte pathogenetische Ansatz beschreibt Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit (Knoll, Scholz, & Rieckmann, 2017). Dieses biomedizinische Modell wurde durch das biopsychosoziale Modell weitestgehend abgelöst. Im Jahr 1948 beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als „... a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (S. 1). Es handelt sich um eine positive Herangehensweise an die Begriffsbestimmung. Der physische wird durch psychische und soziale Aspekte ergänzt. Antonovsky und Franke beschreiben im Jahr 1997 in ihrem Modell der Salutogenese Gesundheit nicht als Zustand, sondern als einen dynamischen Wechselwirkungsprozess zwischen Schutz- und Risikofaktoren. Das Modell sieht keine Trennung von „gesund“ und „krank“ vor, vielmehr beschreibt es ein „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, auf dem sich jedes Individuum ständig bewegt. Innerhalb dieses Modells wird dem Kohärenzgefühl eine

bedeutsame Rolle zugeschrieben. Das Kohärenzgefühl beschreibt die Einstellung eines Menschen, inwiefern er bestehende Ressourcen nutzen kann, die dem Erhalt der Gesundheit sowie des Wohlbefindens nützen (Antonovsky & Franke, 1997).

Werden die unterschiedlichen Modelle hinsichtlich der Möglichkeiten ihrer Integrität in das Gesundheitscoaching analysiert, erscheinen eine positive Definition von Gesundheit sowie das Modell der Salutogenese als sinnvoll.

Bei dem aus der englischen Sprache stammenden Begriff „Coaching“ existieren ebenfalls unterschiedliche Definitionsansätze. Coaching kann als beratendes Unterstützungsangebot verstanden werden, das ein Coach gegenüber einem Klienten erbringt, um die Handlungskompetenz des Klienten im Umgang mit herausfordernden Situationen zu verbessern (Offermanns, 2004; Tippelt & Tenorth, 2007). „Coach“ ist jedoch kein gesetzlich geschützter Begriff, weshalb sich jeder als solcher bezeichnen darf (Greif, 2008). Es bemühen sich verschiedene Verbände um eine Qualitätssicherung; beispielsweise grenzt der Deutsche Verband für Coaching und Training (dvct) Coaching von Training, Beratung sowie Psychotherapie ab und definiert es wie folgt:

„Professionelles Coaching setzt ganz auf die Entwicklung individueller Lösungskompetenz beim Klienten. Der Klient bestimmt das Ziel des Coachings. Der Coach verantwortet den Prozess, bei dem der Klient neue Erkenntnisse gewinnt und Handlungsalternativen entwickelt. . . . Coaching ist als strukturierter Dialog zeitlich begrenzt und auf die Ziele und Bedürfnisse des Klienten zugeschnitten. Der Erfolg von Coaching ist messbar und überprüfbar, da zu Beginn des Prozesses gemeinsam die Kriterien der Zielerreichung festgelegt werden“ (dvct, 2019, o.S.).

Gesundheitscoaching wird weltweit häufig als sogenannter „umbrella term“² verwendet (Kivelä et al., 2014). Da die Wortstämme unscharf definiert sind, sind auch die Definitionsansätze des Begriffs Gesundheitscoaching heterogen (Ostermann, 2010). In den letzten zwei Dekaden wurde der Begriff international vielfach beschrieben. Eine der ersten Definitionen aus dem Jahr 2003 stammt von Palmer und Kollegen; sie betonen, dass Gesundheitscoaching auf die Steigerung des Wohlbefindens abzielt: „. . . the practice of health education and health promotion

² Sammelbegriff

within a coaching context, to enhance the wellbeing of individuals and to facilitate the achievement of their health-related goals” (Palmer et al., 2003, S. 92).

Im Rahmen einer systematischen Literaturlarbeit ergänzen Wolever und Kollegen (2013) die Inhalte der genannten Definition zehn Jahre später um Aspekte wie Qualifikation und Arbeitsweise des Coaches sowie die Bedeutung einer interpersonellen Beziehung:

„ . . . a patient-centered approach wherein patients at least partially determine their goals, use self-discovery or active learning processes together with content education to work toward their goals, and self-monitor behaviors to increase accountability, all within the context of an interpersonal relationship with a coach. The coach is a healthcare professional trained in behavior change theory, motivational strategies, and communication techniques, which are used to assist patients to develop intrinsic motivation and obtain skills to create sustainable change for improved health and well-being” (Wolever et al., 2013, S. 52).

Auf nationaler Ebene fasste Ostermann im Jahr 2010 Thesen zusammen, welche auf wichtige Dimensionen des Gesundheitscoachings hinweisen, um dieses zu verstehen. Einige Thesen werden im Folgenden aufgeführt:

- „Es gibt kein einheitliches Verständnis von Gesundheitscoaching“ (Ostermann, 2010, S. 60)
- „Gesundheitscoaching ist unter anderem eine Maßnahme der Gesundheitsförderung“ (Ostermann, 2010, S. 60)
- „Gesundheitscoaching ist notwendig als eine Ergänzung zu den schon vorhandenen Gesundheitsdiensten“ (Ostermann, 2010, S. 61)
- „Gesundheitscoaching bedarf der Vernetzung und Kooperation mit anderen Gesundheitsdiensten“ (Ostermann, 2010, S. 63)
- „Ziele und Inhalte des Gesundheitscoachings werden vom Klienten vorgegeben“ (Ostermann, 2010, S. 65)

- „Gesundheitscoaching braucht Zeit für die Zielbestimmung und Entscheidungsfindung“ (Ostermann, 2010, S. 66)
- „Gesundheitscoaching ist ´maßgeschneiderte Beziehungsgestaltung´ und sieht den Klienten als ´Experten´ seiner Gesundheit“ (Ostermann, 2010, S. 68)
- „Gesundheitscoaching soll zu Lebensstiländerungen führen – im Gesundheitscoaching soll ein neues Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten erlernt werden“ (Ostermann, 2010, S. 70)
- „Gesundheitscoaching muss mehrperspektivisch sein“ (Ostermann, 2010, S. 72)
- „Gesundheitscoaching benötigt Methodenvielfalt“ (Ostermann, 2010, S. 74)
- „Gesundheitscoaching wird von einer Beraterpersönlichkeit durchgeführt“ (Ostermann, 2010, S. 76)
- „Ein Gesundheitscoach benötigt eine interdisziplinäre, fundierte Ausbildung“ (Ostermann, 2010, S. 77)
- „Gesundheitscoaching bedarf der Qualitätsüberprüfung“ (Ostermann, 2010, S. 79)

Es kann resümiert werden, dass es sich beim Gesundheitscoaching um einen klientenzentrierten Prozess handelt, der auf Verhaltensveränderungen basiert. Gesundheitscoaching hat das Ziel, die Selbstfindung und die Entwicklung von Verantwortlichkeit bezüglich des eigenen Gesundheitsverhaltens zu unterstützen. Gesundheitscoaching ist eine Maßnahme, welche darauf abzielt, die Gesundheit einer Person zu verbessern oder zu erhalten. Das Ziel eines Gesundheitscoaching-Prozesses ist es somit, Personen zu befähigen und zu motivieren, selbstbestimmt zu handeln und Verhaltensstile langfristig zu optimieren und zu beeinflussen (Ostermann, 2010; Wolever et al., 2013). Gesundheitscoaching kann als Maßnahme zur gesundheitsrelevanten Lebensstiländerung verstanden werden. Ein gesundheitsrelevanter Lebensstil wird als „. . . zeitlich relativ stabiles, typisches

Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden“ (Burla, Bucher, & Abel, 2004, S. 5), verstanden. Die WHO (1999) beschreibt einen gesunden Lebensstil als „ . . . a way of living that lowers the risk of being seriously ill or dying early“ (S. 2).

2.3 Gesundheitliche Effekte

Durch eine Vielzahl an (systematischen) Übersichtsarbeiten wurden überwiegend positive Effekte von Gesundheitscoaching resümiert; es wird betont, dass der Einsatz eines Gesundheitscoaches eine erfolgsversprechende Maßnahme ist, um die Gesundheit zu verbessern (Gierisch et al., 2017; Hill et al., 2015; Kivelä et al., 2014; Lindner, Menies, Kelly, Taylor, & Shearer, 2003; Long, Howells, Peters, & Blakemore, 2019, Oliveira, Sherrington, Amorim, Dario, & Tiedemann, 2017; Olsen & Nesbitt, 2010; Sforzo et al., 2017 & 2019).

Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass Gesundheitscoaching positive Effekte auf chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, Adipositas und die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), sowie auf Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen hat (Benzo et al., 2016, He et al., 2017; Muñoz Obino, Pereira, & Caron-Lienert, 2017; Thom et al., 2013, Castro Sweet et al., 2018; Willard-Grace, 2015). Long und Kollegen (2019) fanden beispielsweise heraus, dass sich Gesundheitscoaching-Interventionen positiv auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Häufigkeit der Krankenhausaufnahmen von COPD-Patienten auswirken. Besonders viele Studien auf diesem Gebiet existieren für die Erkrankungen Diabetes mellitus Typ II (Sacco, Malone, Morrison, Friedmann, & Wells, 2009; Wolever et al., 2010) und Adipositas (Bennett et al., 2010; Pearson, Irwin, Morrow, Battram, & Melling, 2013), weshalb für diese Indikationen Gesundheitscoaching stark empfohlen wird (Gierisch et al., 2017; Muñoz Obino et al., 2017; Pirbaglou et al., 2018). Ebenso wurden vorteilhafte Effekte von Gesundheitscoaching auf Krebserkrankungen bestätigt (Thomas et al., 2012); wobei weiterer Forschungsbedarf zur Feststellung der Effektivität bei Patienten mit malignen Tumorerkrankungen besteht (Barakat et al., 2018). Insgesamt wird verzeichnet, dass sich die Zielgruppe für Gesundheitscoaching vergrößert und

häufiger Interventionen für unterschiedliche und spezielle Personengruppen angeboten werden (Sforzo et al., 2019).

Unabhängig von der Zielgruppe verbessert Gesundheitscoaching die Steuerung und den Umgang mit Erkrankungen (Kivelä et al., 2014). Effekte zeigen sich auf physiologische Outcomes, zum Beispiel Veränderungen des Body-Mass-Indexes (BMI), Verbesserungen des HbA1c, HDL-Cholesterins und des systolischen Blutdrucks (Ma et al., 2013; Selvaraj et al., 2012; Wolever et al., 2010); auf psychologische Outcomes, zum Beispiel Verbesserung der Selbstwirksamkeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Linden, Butterworth, & Prochaska, 2010; Wolever et al., 2010); auf soziale Outcomes, zum Beispiel wahrgenommene soziale Unterstützung (Sacco et al., 2009; Wolever et al., 2010) und verhaltensbezogene Outcomes, zum Beispiel körperliche Aktivität (Sacco et al., 2009; Sjöquist, Brodin, Lampa, Jensen, & Opava, 2011; Wongpiriyayothar, Piamjariyakul, & Williams, 2011). Generell untersuchten die meisten Studien Effekte auf diabetesrelevante Parameter und weniger beispielsweise die Veränderung der körperlichen Aktivität (Gierisch et al., 2017; Taylor & Kennedy, 2018).

Es muss jedoch betont werden, dass die Heterogenität unter anderem bezüglich der Zielgruppen und der Interventionen eine konsistente Aussage bezüglich der Effektivität von Gesundheitscoaching erschwert. Generell scheinen Gesundheitscoaching-Interventionen positive gesundheitliche Effekte erzielen zu können; unklar ist allerdings insbesondere die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching (Hill et al., 2015; Kivelä et al., 2014).

2.4 Praktische Umsetzung

2.4.1 Qualifikation und Kenntnisse

Gesundheitscoaching ist ein wachsendes Feld und somit steigt die Anzahl an Personen, welche als Gesundheitscoaches tätig werden (Wolever, Jordan, Lawson, & Moore, 2016; Sforzo et al., 2017). Unter anderem bedingen variable Einsatz- und Themenfelder (vgl. 2.4.2) eine Multiprofessionalität, sodass eine Vielzahl an Professionen als Gesundheitscoach agiert (Bennett et al., 2010; Sacco et al., 2009; Sjöquist et al., 2011; Thomas et al., 2012). Am häufigsten ist in diesem Berufsfeld medizinisches Fachpersonal, insbesondere Gesundheits- und Krankenpfleger, vertreten. Am zweithäufigsten üben andere Gesundheitsfachleute, wie

Ernährungswissenschaftler, Psychologen, Sozialarbeiter oder Physiotherapeuten, diese Tätigkeit aus. Unter zehn Prozent (6,4%) aller Gesundheitscoaches sind Sportwissenschaftler (Kivelä et al., 2014; Olsen & Nesbitt, 2010; Wolever et al., 2013). Neben den genannten Professionen wird das Gesundheitscoaching von Peers durchgeführt, das heißt von Personen, welche einen ähnlichen Sozialstatus haben und ähnliche Interessen vertreten wie ihre Klienten (Thom et al., 2016; Thom 2013). Ebenfalls Taylor und Kennedy appellierten 2018, das Potenzial von Peers und trainierten Laien auf diesem Gebiet zu nutzen. In diesem Zusammenhang wurde in einer Übersichtsarbeit resümiert, dass in 14% der eingeschlossenen Studien Peers und in 50% Gesundheitsdienstleister als Coaches tätig waren (Gierisch et al., 2017). Nicht nur die Professionen, die als Gesundheitscoach fungieren, sondern auch die (Zusatz-)Qualifikationen variieren stark (Wolever et al., 2016). In Deutschland bestehen unzählige Ausbildungskonzepte. Qualifizierungsmaßnahmen werden von privaten Fortbildungsinstituten, Akademien oder bei Industrie- und Handelskammern angeboten; auch Hochschulen haben diese Thematik in das Curriculum ihrer Studiengänge integriert. So existierten im Jahr 2017 allein im präventiven Setting 69 verschiedene Konzepte inklusive Curricula für das Berufsbild Gesundheitscoach (Kappes, 2017).

Um dieses heterogene Feld zu professionalisieren, hat sich in den Vereinigten Staaten von Amerika das sogenannte „National Board for Health & Wellness Coaching (NBHWC)“³ gebildet - ein Non-profit-Konsortium. Das NBHWC entwickelte ein Schulungsprogramm sowie Bildungsstandards. Unter anderem wurden durch eine sogenannte „Job-Task-Analyse“ Fähigkeiten und Kenntnisse identifiziert und anschließend durch eine Umfrage validiert (NBHWC, 2019; Jordan, Wolever, Laeson, & Moore, 2015; Wolever et al., 2016). Tabelle 1 führt eine Auswahl der durch die NBHWC entwickelten Kenntnisse für eine kompetente und effektive Durchführung von Gesundheits- und Wellness-Coaching-Aufgaben sowie die dafür erforderlichen Fähigkeiten auf.

³ Ehemals: „National Consortium for Credentialing Health and Wellness Coaches (NCCHWC)“ und „International Consortium for Health & Wellness Coaching (ICHWC)“.

Tabelle 1: *Kenntnisse und Fähigkeiten eines Gesundheits- und Wellness-Coaches (modifiziert nach NBHWC, 2019, S. 3-5).*

Kenntnisse	Fähigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> - Techniken zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung von Beziehungen - Kommunikationstechniken (verbal und nonverbal) - Kenntnis von Coaching-bezogenen Methoden - Modelle zur Motivations- und Verhaltensänderung - Techniken/Tools, um Informationen und Ressourcen zwischen Coach und Klient zu teilen - Techniken zur Verbesserung des Selbstbewusstseins - Zieleinstellungstechniken - Grundlegende, evidenzbasierte Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil - Techniken zur Verhaltensbeobachtung 	<ul style="list-style-type: none"> - Vertrauensbildung - Empathie und Erkennen von Emotionen - Achtsame Präsenz - Respektvolle Interaktion - Kommunikationsfähigkeit - Interpretation von Assessmentergebnissen - Strukturierung des Coaching-Prozesses - Motivierend für Verhaltensänderungen - Bereitstellung von Informationen und Ressourcen - Aufbau von Selbstbewusstsein - Auswahl (messbarer) Outcomes - Reagieren auf (Kunden-)Widerstand - Aufbau einer positiven Einstellung - Aufbau von Autonomie - Zeitmanagement - Stressmanagement - Selbstmanagement - Dokumentationsfähigkeit - Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten

2.4.2 Einsatz- und Themenfelder

Aktuell wird Gesundheitscoaching in unterschiedlichen Feldern eingesetzt. Systematische Übersichtsarbeiten stellen eine Dominanz des rehabilitativen Settings fest (Hill et al., 2015; Kivelä et al. 2014; Wolever et al, 2013). Gesundheitscoaching-Interventionen adressieren häufig chronisch erkrankte Klienten (Selvaraj et al., 2012; Sjöquist et al., 2011; Wongpiriyayothar et al., 2011). Schwerpunktmäßig wird ein besserer Umgang mit der Erkrankung geschult und medizinisches Wissen vermittelt (Thomas et al., 2012; Vale et al., 2003; Wolever et al., 2010).

Interventionen, welche einen Gesundheitscoach integrieren, finden zudem Anwendung im präventiven Setting (Cheng & Chan, 2009; Duijts, Kant, van den

Brandt, & Swaen, 2008; McGonagle, Beatty, & Joffe 2014). Im betrieblichen Kontext werden vermehrt die Führungskräfte als Zielgruppe für ein Gesundheitscoaching gesehen, damit diese wiederum als Vorbilder für ihre Mitarbeiter fungieren können (Ostermann, 2010).

Aufgrund der inhaltlichen Breite des Feldes ist es nicht frappierend, dass eine Vielzahl an Themenfeldern bearbeitet wird. International wurde festgestellt, dass der thematische Fokus am häufigsten auf der Vermittlung von krankheitsspezifischen Informationen (40%) liegt, am zweithäufigsten auf einer generellen Lebensstilschulung (22%) und mit 19% und 18% liegen Ernährungsberatung und körperliche Aktivität auf den Plätzen drei und vier (Wolever et al., 2013).

Autoren wie Schmid, Weatherly, Meyer-Lueroth, Seiler und Lähel (2008) sehen als Themenfelder des Gesundheitscoachings Sucht, Ernährung und Bewegung, während Ostermann (2010) als Schwerpunkt den Umgang mit persönlichen Belastungssituationen beschreibt.

2.4.3 Arbeitsweise

Laut einer qualitativen Analyse von Thom et al. (2016) sind eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Coach und Klient, persönliche und praktische Unterstützung sowie die Fähigkeit als Bindeglied zwischen Klient und anderen Interessenvertretern zu fungieren fundamental für ein gutes Gesundheitscoaching.

Im Gesundheitscoaching wird „face-to-face“ mit Gruppen oder einzelnen Personen gearbeitet (Cheng & Chan, 2009; Duijts et al., 2008); wobei Lauterbach (2008) das Einzelcoaching als „Standard“ bezeichnet. Es werden zudem Medien wie Telefon (Linden et al., 2010; Sacco et al., 2009; Thomas et al., 2012), Mail, Internetplattformen (Huijbregts et al., 2013; Leveille et al., 2009), Videos oder mobile Applikationen genutzt (Berman et al., 2018; Ma et al., 2013; Everett, Kane, Yoo, Dobs, & Mathioudakis, 2018). Häufig werden die genannten Ansätze kombiniert eingesetzt (Gierisch et al., 2017; Kivelä et al., 2014) – als sogenannte Multikomponenten-Interventionen (Craig et al., 2008); bevorzugt wird das Telefoncoaching (Kivelä et al., 2014). Aktuell zeigt sich die Tendenz weg von Face-to-Face-Einzelcoaching hin zu einer vermehrten Entwicklung von telefonbasiertem

Coaching sowie einem Trend hin zum Coaching mittels digitaler Unterstützung (Sforzo et al., 2019).

Dauer, Frequenz und der Beratungsansatz des Gesundheitscoachings unterschieden sich ebenfalls von Intervention zu Intervention (Hill et al., 2015; Olsen & Nesbitt, 2010): Es existieren Interventionen mit einer Dauer von wenigen Wochen/Tagen (Cheng & Chang, 2009; Wongpiriyayothar et al., 2011) bis hin zu einer Dauer von fast zwei Jahren (Meng et al., 2010) sowie Interventionen mit einer wöchentlichen Frequenz (Hibbard Mahoney, Stock, & Tusler, 2007) bis hin zu Sessions alle drei Wochen (Bennett et al., 2010). Ein häufig verwendeter Beratungsansatz ist die motivierende Gesprächsführung (*englisch: Motivational Interviewing, MI*) (Bennett et al., 2010; Butterworth et al., 2006; Linden et al., 2010), außerdem kommen kognitive Verhaltenstherapie (*englisch: Cognitive Behavioral Therapy, CBT*) (Brodin, Eurenus, Jensen, Nisell, & Opava, 2008) oder die sozialkognitive Lerntheorie (*englisch: Social Cognitive Theory, SCT*) (Leveille et al., 2009) zum Einsatz.

Olsen und Nesbitt resümierten 2010, dass für ein erfolgreiches Gesundheitscoaching Ziele festgelegt sein müssen, eine motivierende Gesprächsführung sowie die Zusammenarbeit mit Basisgesundheitsdienstleistern fundamental sind und die Interventionsdauer sechs bis 12 Monate betragen sollte. 2015 haben Hill und Kollegen die Arbeit von Olsen und Nesbitt dahingehend erweitert, dass der Nutzen der vorhandenen Literatur bewertet wurde, um Empfehlungen für das Design und die Arbeitsweise von Gesundheitscoaching geben zu können. Drei entscheidende Faktoren haben die Autoren jedoch gehindert, weitere Schlussfolgerungen aus der Literatur zu ziehen: unterschiedliche Interventionsansätze und Outcomes sowie unzureichende Angaben in den Studien.

3. Forschungsfragen

Die übergeordnete Fragstellung der vorliegenden Arbeit lautet:

Was sind die Herausforderungen und Potenziale von Gesundheitscoaching als Maßnahme zur Lebensstiländerung?

Da das Feld Gesundheitscoaching aufgrund seiner Relevanz, des Wachstums sowie der Heterogenität unterschiedliche Forschungsansätze bietet und Unklarheiten insbesondere bezüglich der Qualifikationen und Anforderungen an einen Coach, bezüglich der Nutzung von verschiedenen Zugangswegen sowie der Effektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen herrschen, wird die übergeordnete Fragestellung durch drei Fragestellungen spezifiziert.

Trotz Bestrebungen, Zertifizierungsprogramme für Gesundheitscoaches einzuführen, existieren keine feldweiten Standards. Es besteht ein Bedarf an akkreditierten Standards zur Festlegung der Anforderungen an und Fähigkeiten von Gesundheitscoaches (Collins et al., 2018; Johnson, Saba, Wolf, Gardner, & Thom, 2017; Thom et al., 2016; Wolever et al., 2016).

Unter anderem durch das PräVg stehen national aktuell insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung im Fokus des Interesses (BMG, 2015). Um zukünftig möglicherweise Inhalte und Struktur für die Qualifikation von Gesundheitscoaches ableiten zu können, wird durch eine qualitative Analyse folgende Fragestellung untersucht:

Forschungsfrage 1

Welche Anforderungen haben verschiedene Stakeholder an Gesundheitscoaching im arbeitsplatzbezogenen Setting?

Die Effektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen wurde in zahlreichen Studien untersucht (Hill et al., 2015; Kivelä et al., 2014). Einen Einfluss auf die Effektivität haben unter anderem die Nutzung und Akzeptanz der Interventionen

(Couper et al., 2010; Funk et al., 2015). Da die Nutzung und Akzeptanz generell nur in wenigen Studien analysiert werden (Hawkes, Patrao, Green, & Aitken, 2012; Schweier et al., 2014) und im Gesundheitscoaching unterschiedliche Zugangswege eingesetzt werden (Gierisch et al., 2017; Kivelä et al., 2014), befasst sich diese Arbeit im Rahmen einer formativen Sekundäranalyse, welche auf einer nicht erfolgreichen Interventionsstudie basiert (Schaller, Dintsios, Icks, Reibling, & Froböse, 2016b; Schaller, Petrowski, Pfortner, & Froböse, 2017), mit folgender Fragestellung:

Forschungsfrage 2

Wie ist die Nutzung und Akzeptanz unterschiedlicher Zugangswege im Gesundheitscoaching?

Da die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Intervention nicht eindeutig belegt ist (Hill et al., 2015; Kivelä et al., 2014), die Nachhaltigkeit jedoch ein bedeutendes Beurteilungskriterium von Lebensstilinterventionen darstellt (Blackberry et al., 2013; Brendsen, Kremers, Savelberg, Schaper, & Hendriks, 2015; Dale, Mann, McAuley, Williams, & Farmer, 2009), ist es von Bedeutung, die Effektivität nach Ende einer Intervention zu untersuchen. Aus diesem Grund wurde eine systematische Literaturübersichtsarbeit zu folgender Fragestellung erstellt:

Forschungsfrage 3

Wie ist die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching in der Prävention und in der Rehabilitation?

4. Studie zur Forschungsfrage 1

Expectations regarding workplace health coaching: A qualitative study with stakeholders

Lea A. L. Dejonghe¹, Bianca Biallas¹, Lorna McKee², Kevin Rudolf¹, Ingo Froböse¹,
Andrea Schaller^{1,3}

¹Institute of Health Promotion and Clinical Movement Science, German Sport
University Cologne, Cologne, Germany

²Health Services Research Unit, University of Aberdeen, Aberdeen, United Kingdom

³IST – University of Applied Science, Düsseldorf, Germany

Reference

Dejonghe, L. A. L., Biallas, B., McKee, L., Rudolf, K., Froböse, I. & Schaller, A. (2019). Expectations Regarding Workplace Health Coaching: A Qualitative Study With Stakeholders. *Workplace Health & Safety*, 67(7), 317-325. doi:10.1177/2165079919836682

Abstract

The integration of health coaching in workplace interventions has increased over the past several years. However, the tasks and the qualification of the coaches have not been clearly defined. The objective of this qualitative study was to assess workplace stakeholders' expectations regarding a health coach. Systematic field notes of 11 meetings and 14 semi-structured interviews with stakeholders of a workplace intervention, e.g., employees, company doctors, and representatives of health insurances, were analyzed according to the structured content analysis. Stakeholders reported that the main aspect of a health coach's work should be the motivation of clients (workers) to achieve their internally developed goals. Regarding the competencies, personal, methodological, and social skills were desired. They also expected that the health coach use a range of different approaches to develop contacts and, in terms of content, focus on physical activity. These findings provide a step towards establishing criteria for professional health coaching and an evidence-based curriculum for coach training.

Keywords: Health coaching, workplace, expectations, lifestyle intervention, qualitative study

Zwischenfazit zur Forschungsfrage 1

Durch leitfadengestützte Interviews sowie systematischen Feldnotizen von Gesprächsrunden hat diese explorative qualitative Studie erörtert, welche Anforderungen unterschiedliche Stakeholder einer arbeitsplatzbezogenen Präventionsleistung (DRV, 2013) an einen Gesundheitscoach haben.

Als Hauptaufgaben eines Coaches wurden die Motivation zu einer nachhaltigen Lebensstiländerung sowie die Unterstützung beim Erreichen von selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Zielen genannt. Weiterhin sollte der Coach als Vermittler zu anderen Interessensvertretern des Klienten fungieren. In Bezug auf die Arbeitsweise wurde eine Mischung der unterschiedlichen Arbeitsweisen bevorzugt, welche individuell auf den Klienten abgestimmt werden sollte. Besonders wichtig erscheinen der Face-to-Face-Kontakt und der Aufbau einer persönlichen Bindung. Die zu bearbeitenden Themenschwerpunkte sollten ebenfalls individuell abgestimmt werden. Anders als in der Literaturübersichtsarbeit von Kivelä et al. (2014) wurden krankheitsbezogene Inhalte nicht als wichtig erachtet, sondern insbesondere die Themen körperliche Aktivität und Ernährung. Daher ist es nicht erstaunlich, dass als gewünschte Qualifikationen selten medizinische Ausbildungen genannt wurden. Ein akademischer Abschluss, wie zum Beispiel „Sportwissenschaften“, ist wünschenswert, wobei den sogenannten Hard-Skills generell keine besondere Bedeutung zugeschrieben wurden. Im Fokus standen persönliche, methodische und soziale Soft-Skills, wie Authentizität, Vermittlungskompetenz, Empathie und Kommunikationsfähigkeit.

Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie stimmen größtenteils mit dem breiten Spektrum der internationalen Definitionen von Gesundheitscoaching überein (Butterworth et al., 2007; Palmer et al.; Wolever et al., 2013); ebenso wie mit den Beschreibungen, welche vom NBHWC in den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelt wurden (NBHWC, 2019; Wolever et al., 2016) und den Anforderungen, welche Ostermann 2010 in ihren Thesen zusammenfasst (vgl. 2.2). Die Vielfalt der beschriebenen Anforderungen und Erwartungen zeigt, wie komplex die Rolle des Gesundheitscoaches ist. Dementsprechend besteht nach wie vor ein großer Bedarf an einheitlichen akkreditierten Standards, die die Ausbildungsanforderungen und Fähigkeiten definieren. Die Ansichten der Stakeholder in der vorliegenden Studie haben bestätigt, wie wichtig ein Standardlehrplan für die Ausbildung von

Gesundheitscoaches im arbeitsplatzbezogenen Setting ist. Die durch die qualitative Analyse gewonnenen Erkenntnisse, können als Ansatz für die Entwicklung von Curricula für Zertifizierungsprogramme von Gesundheitscoaches dienen.

5. Studie zur Forschungsfrage 2

Health coaching for promoting physical activity in low back pain patients: a secondary analysis on the usage and acceptance

Lea A. L. Dejonghe¹, Kevin Rudolf¹, Jennifer Becker², Gerrit Stassen^{1,4}, Ingo Froboese^{1,3}, Andrea Schaller^{1,4}

¹Institute of Movement Therapy and Movement-Orientated Prevention and Rehabilitation, German Sport University Cologne, Am Sportpark Muengersdorf 6, 50933 Cologne, Germany

²Department of Community Health, University of Applied Sciences, Gesundheitscampus 6-8, 44801 Bochum, Germany

³Center for Health through Sport and Movement, German Sport University Cologne, Am Sportpark Muengersdorf 6, 50933 Cologne, Germany.

⁴Working Group Physical Activity-Related Prevention Research, German Sport University Cologne, Am Sportpark Muengersdorf 6, 50933 Cologne, Germany

Reference

Dejonghe, L. A. L., Rudolf, K., Becker, J., Stassen, G., Froboese, I., & Schaller, A. (2020). Health coaching for promoting physical activity in low back pain patients: a secondary analysis on the usage and acceptance. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 12(1), 541. doi:10.1186/s13102-019-0154-4

Abstract

Background: Multicomponent interventions combined with health coaching are widely recommended to improve a healthy lifestyle. The aim of the present study was to analyse the usage and acceptance of a multicomponent intervention (telephone, web and face-to-face coaching) for low back pain patients, and thereby gain an understanding of why this intervention was not as effective as expected.

Methods: A secondary analysis of a randomised controlled trial, aimed at promoting physical activity, was conducted. It was a cross-sectional study based on data of a multicomponent intervention group (baseline=201 participants). For evaluating the usage and acceptance, descriptive statistics were applied.

Results: Over half (n=118) of the patients participated at least once in the telephone coaching. Approximately half of the participants (44 of 90) rated the telephone coaching as "good". 34 of 92 (37%) participants reported of visiting the web-platform. The web-platform was comprehensible for nearly one-quarter (n=8 of 33) and very useful for one participant. The face-to-face-contact was rated highly (range: 79.4-88.2 out of 100).

Conclusion: Usage of the telephone coaching approach was moderate with even fewer participants visiting the web-platform. In addition, these approaches were not rated as very useful. The acceptance of the face-to-face contact was high. Since the usage and acceptance could influence the effectiveness, utilisation and acceptance studies might help to explain the reason for non-effective lifestyle interventions. Therefore, more studies analysing the usage and acceptance are needed. To improve the usage and acceptance, a stronger participatory orientation in the design of interventions and the integration of face-to-face contact could be helpful.

Keywords: Usage; acceptance; promoting physical activity; health coach; face-to-face contact; telephone coaching; web based coaching

Zwischenfazit zur Forschungsfrage 2

Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie (RCT) - der Bewegungskoching-Studie (BeCo-Studie) - wurde eine Multikomponenten-Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität von Rückenschmerzpatienten nach der stationären Rehabilitation mit einer niedrigintensiven Kontrollintervention verglichen (Schaller & Froböse, 2014); bezogen auf die Gesamtaktivität zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Schaller et al., 2016b; Schaller et al., 2017). Einen Einfluss auf die Effektivität von Interventionen haben unter anderem die Nutzung und Akzeptanz dieser (Couper et al., 2010; Funk et al., 2015). Aus diesem Grund wurde durch eine formative Sekundäranalyse im Querschnitt untersucht, wie die unterschiedlichen Zugangswege (Face-to-Face-Kontakt, Telefon und Webplattform) der Multikomponenten-Intervention genutzt und angenommen wurden.

Das Telefon- und Webcoaching wurde moderat bis wenig genutzt. Außerdem wurden diese Zugangswege als nicht sehr hilfreich für die Planung von körperlicher Aktivität (Sport) im Alltag bewertet. Die Akzeptanz des Face-to-Face-Kontakts wurde hoch bewertet. Einflussfaktoren auf die Nutzung konnten weder beim Telefon- noch beim Webcoaching identifiziert werden.

Es erscheint wichtig, die Nutzung und Akzeptanz von Interventionen in Form von formativen Prozessevaluationen zu untersuchen; zum einen um die Ergebnisse (beispielsweise eine Ineffektivität) erklären zu können und zum anderen, um Ansatzpunkte für Verbesserungen der Interventionen zu identifizieren (Craig et al., 2008). Außerdem sollten Einflussfaktoren auf die Nutzung untersucht werden (Lentferink et al., 2017; Perski, Blandford, West, & Michie, 2017). Damit eine Steigerung der Nutzung und Akzeptanz erzielt werden kann, sollten die (potenziellen) Klienten in die Entwicklung der Interventionen einbezogen werden. Bezüglich der Zugangswege scheint ein direkter Kontakt mit dem Coach für die meisten Klienten essenziell zu sein und sollte daher in Gesundheitscoaching-Interventionen integriert werden.

6. Studie zur Forschungsfrage 3

Long-term effectiveness of health coaching in rehabilitation and prevention: A systematic review

Lea Anna Lisa Dejonghe^a, Jennifer Becker^a, Ingo Froboese^{a,b}, Andrea Schaller^{a,c}

^aInstitute of Health Promotion and Clinical Movement Science, German Sport University Cologne, Cologne, Germany

^bCenter for Health and Physical Activity, German Sport University Cologne, Cologne, Germany

^cIST University of Applied Sciences, Düsseldorf, Germany

Reference

Dejonghe, L. A. L., Becker, J., Froboese, I., Schaller, A. (2017). Long-term effectiveness of health coaching in rehabilitation and prevention: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 1000:1643-1653. doi:10.1016/j.pec.2017.04.012

Abstract

Objective: This systematic review aims to evaluate the long-term effectiveness of health coaching interventions in rehabilitation and prevention. **Methods:** Databases and a manual search were used to identify randomized controlled trials (RCTs) in English through to June 2015. Studies were included if: (1) the target population were people of employment age, (2) the intervention addressed either people suffering from a diagnosed disease or healthy people, (3) the intervention included health coaching to influence health-related outcomes and/ or processes and (4) the study had a follow-up of at least 24 weeks after the end of the intervention period. **Results:** Out of 90 RCTs, 14 studies were selected using the inclusion criteria: seven were designed for the rehabilitative setting and seven for the preventive setting. Three studies of each setting found statistically significant long-term effectiveness. **Conclusions:** The high number of studies evaluating health coaching underlines the relevance of this approach. Despite the increasing popularity of health coaching, a research gap exists in regard to its long-term effectiveness. **Practice implications:** It is of utmost importance to consider the sustainability already during planning of health coaching interventions. The involvement of the target group and the setting seems to be a promising strategy.

Zwischenfazit zur Forschungsfrage 3

Das systematische Literaturreview, welches auf Grundlage der „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009) erstellt wurde, untersucht die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen im rehabilitativen und präventiven Setting. Das Review zeigt, dass bis Juni 2015 14 von 90 geeigneten RCTs die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen untersucht haben. Sieben dieser Studien konnten dem rehabilitativen und die andere Hälfte dem präventiven Setting zugeordnet werden. Jeweils drei Studien jeden Settings zeigten statistisch signifikante Ergebnisse des Hauptoutcomes mindestens 24 Wochen nach Abschluss der Interventionen.

Obwohl die Anzahl an Peer-Review-Publikationen steigt und dadurch die Relevanz dieses Feldes deutlich wird, untersuchen nur wenige Studien die Langzeiteffektivität. Auffällig während der Literatursuche war zudem, dass viele Studien aufgrund eines unzureichenden Studiendesigns (keine RCTs) ausgeschlossen wurden und dass von den 90 geeigneten Studien die meisten dem rehabilitativen Setting zugeordnet werden konnten. Es scheint einen Mangel an methodisch-hochwertigen Studien in diesem Forschungsfeld zu geben (der Delphi-Score (Verhagen et al., 1998) lag im Durchschnitt bei 5,6 von insgesamt neun möglichen Punkten). Außerdem scheint neben dem rehabilitativen Setting das Gebiet „Prävention“ in den letzten Jahren an Bedeutung zu gewinnen.

Während der detaillierten Analyse der einzelnen Studien waren insbesondere die Heterogenität sowie eine lückenhafte Beschreibung der Intervention sowie des Coaches auffällig, was bereits durch das systematische Review von Hill und Kollegen (2015) belegt wurde. Mit Hinblick auf die Ressourcenallokation wurden die 14 selektierten Studien bezüglich möglicher effektiver Komponenten betrachtet. Eine bestimmte Interventionsdauer oder Arbeitstechnik (zum Beispiel motivierende Gesprächsführung oder kognitive Verhaltenstherapie) konnte nicht in allen Studien mit Langzeiteffektivität nachgewiesen werden. Das Review liefert Hinweise, dass ein Telefon-Coaching für die Langzeiteffektivität nicht vielversprechend ist (Emmons et al., 2014; Pearson et al., 2013), die Mischung verschiedener Arbeitsweisen wird kontrovers diskutiert (Basak Cinar & Schou, 2014; Huijbregts et al., 2013) und dem Face-to-Face-Kontakt wird eine große Bedeutung zugeschrieben (Ma et al., 2013).

Hinsichtlich der Zielgruppen ist es auffällig, dass im rehabilitativen Setting zwei der effektiven Studien für Diabetiker entwickelt wurden (Basak Cinar & Schou, 2014; Ma et al., 2013) und im präventiven Setting insbesondere für Arbeitnehmer (Cheng & Chan, 2009; Duijts et al., 2008; Strijk, Proper, van Mechelen, & van der Beek, 2013; van Berkel, Boot, Proper, Bongers, & van der Beek, 2014; Geraedts et al., 2014). Insgesamt war der größte Anteil aller Studienteilnehmer weiblich. Viele der primären Outcomes waren physiologische, wie beispielsweise der HbA1c (Basak Cinar & Schou, 2014). Körperliche Aktivität war in keiner der eingeschlossenen Studien das primäre Outcome.

7. Zusammenfassende Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte das Themenfeld Gesundheitscoaching anhand von drei veröffentlichten Artikeln: Die Studie zur Forschungsfrage Nummer 1 untersuchte, welche Anforderungen und Erwartungen unterschiedliche Interessensvertreter an einen Gesundheitscoach im arbeitsplatzbezogenen Setting haben. Forschungsfrage Nummer 2 analysierte die Nutzung und Akzeptanz einer Multikomponenten-Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität von chronischen Rückenschmerzpatienten, um Erklärungsansätze zu liefern, warum die Intervention nicht so erfolgreich war wie erwartet. Die Studie zur Forschungsfrage Nummer 3 untersuchte die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen sowohl im rehabilitativen als auch im präventiven Setting.

Kurze Zusammenfassungen der Artikel wurden in Form von Zwischenfazits gegeben. Die Ergebnisse und Methoden der einzelnen Studien wurden bereits in den Artikeln diskutiert; im Nachfolgenden werden die Ergebnisse und eingesetzten Methoden übergreifend diskutiert.

7.1 Ergebnisdiskussion

Ein ungesunder Lebensstil, welcher sich unter anderem durch mangelnde körperliche Aktivität und unausgewogene Ernährung auszeichnet, ist die Ursache vieler chronischer nichtübertragbarer Erkrankungen (Beaglehole et al., 2011; Lopez et al., 2006; WHO, 2013). Gesundheitscoaching wird als Maßnahme zur Lebensstiländerung eingesetzt, da diese das Ziel hat, die Gesundheit von Klienten individuell zu verbessern, indem sie zu einem gesundheitsorientierten Verhalten befähigt werden (Olsen & Nesbitt, 2010; Ostermann, 2010; Wolever et al., 2013).

Im globalen WHO-Aktionsplan zur Prävention und Kontrolle von nichtübertragbaren Erkrankungen werden aus dem Bereich der modifizierbaren Risikofaktoren unter anderem folgende Ziele bis zum Jahr 2025 genannt: Reduktion nicht ausreichender körperlicher Aktivität, Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums, Reduktion von Hypertonie und kein weiterer Anstieg von Adipositas und Diabetes (WHO, 2013). Diese oder ähnliche Themen wurden als Ziele in der qualitativen Studie und in den im Review untersuchten Gesundheitscoaching-Interventionen genannt. Um diese Ziele zu erreichen und damit Gesundheitscoaching-Intervention ihr Potenzial

entfalten können, plädieren einige der Interviewpartner der Studie zur Forschungsfrage Nummer 1 dafür, in die Arbeit des Coaches das Umfeld des Klienten miteinzubeziehen. Nicht nur das Verhalten des Klienten, sondern auch seine Verhältnisse sollen im Mittelpunkt stehen. Ebenfalls Ostermann (2010) weist darauf hin, dass der Schwerpunkt des Gesundheitscoachings auf der personalen Ebene liegt, andere Faktoren, wie zum Beispiel ökonomische und soziale Lebensbedingungen, jedoch mitberücksichtigt werden sollten. Viele Akteure in unterschiedlichen Bereichen der Gesellschaft können daher einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit leisten (RKI, 2016). Der WHO-Aktionsplan fordert, dass gesundheitsförderliche Lebensbedingungen geschaffen werden müssen, um einen gesünderen Lebensstil führen zu können (WHO, 2013). Ein Coach hat das Potenzial, in Interventionen die Rolle eines „Bindeglieds“ oder „Anwalts“ – so wird es in der qualitativen Studie beschrieben – einzunehmen und an der Schnittstelle zwischen Klient und Akteuren der Gesundheitsbranche zu vermitteln; insbesondere in träger- und sektorübergreifenden Interventionen. Ostermann (2010) entwickelte ebenfalls die These, dass Gesundheitscoaching der Vernetzung und Kooperation mit anderen Gesundheitsdiensten bedarf; auch Thom et al. (2016) sehen die Fähigkeit, als Bindeglied zu fungieren als wichtigen Aspekt eines guten Gesundheitscoachings.

Ein wichtiges übergeordnetes Ziel von Lebensstilinterventionen ist die Nachhaltigkeit, das heißt, eine langfristige Lebensstilmodifikation zu erreichen (Blackberry et al., 2013; Brendsen et al., 2015). Der Ausgangspunkt für die Erstellung des systematischen Reviews war die Unklarheit bezüglich der Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen (Hill et al., 2015; Kivelä et al., 2014); diese Forschungslücke wurde durch das Review bestätigt, sodass diese Herausforderung weiterhin existiert (Sforzo et al., 2019). Es bleibt somit zu klären, wie die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen verbessert werden kann. Einen Ansatz liefert die Studie zur Forschungsfrage Nummer 2: damit eine Intervention effektiv ist, muss diese – beziehungsweise ihre Zugangswege – genutzt und akzeptiert werden (Couper et al., 2010; Funk et al., 2015). Auf Grundlage der Sekundäranalyse kann resümiert werden, dass die Wahl des Zugangsweges mit dem Klienten abgestimmt werden sollte, um die Nutzung und Akzeptanz zu erhöhen; die Klientenpräferenz ist wichtig, damit Interventionen nicht abgelehnt werden. Bezüglich des optimalen Zugangsweges plädieren auch die Interviewpartner der qualitativen

Studie dafür, die Arbeitsweise individuell an den Klienten anzupassen. Individualisierung wird ebenfalls in einem neuen Credo für die rehabilitative Nachsorge betont (Deck et al., 2020). Craig et al. (2008) sprechen sich dafür aus, komplexe Interventionen auf die lokalen Gegebenheiten zuzuschneiden und nicht vollständig zu standardisieren. Ostermann (2010) betont außerdem, dass die Methode zum Coach passen muss, damit diese wirken kann; dieser Aspekt wird in den vorgestellten Arbeiten nicht ausdrücklich erwähnt. Kivelä und Kollegen (2014) halten eine Mischung verschiedener Zugangswege für sinnvoll; dies konnte durch das vorliegende Literaturreview jedoch nicht bestätigt werden. In allen drei Forschungsarbeiten wird insbesondere dem Face-to-Face-Kontakt eine zentrale Rolle zugeschrieben. Die Bedeutung eines persönlichen Kontakts wird auch von anderen Autoren betont (Caldwell, Grey, & Wolever, 2013; Prochaska, Spring, & Nigg, 2008). Beachtet werden muss, dass das Thema Digitalisierung in den Gesundheitswissenschaften wächst und an Popularität gewinnt (Alami, Gagnon, & Fortin, 2017; Muños, 2010). Sforzo et al. (2019) sehen auf dem Gebiet des Gesundheitscoachings zukünftig einen Trend hin zu mehr Digitalisierung. Jeder der genannten Ansätze hat seine Vor- und Nachteile. Durch moderne Technologie können Klienten zum Beispiel besser erreicht werden, da diese von Ort und Zeit unabhängig sind (Davies, Spence, Vandelanotte, Caperchione, & Mummery, 2012; Garg, Garg, Turin, & Chowdhury, 2016). Gruppenarbeit ist kostengünstiger und es kann ein größeres Verantwortungsbewusstsein für gesundheitsorientierte Ziele geschaffen werden; wobei ein Einzelcoaching die Thematisierung von sensiblen und privaten Themen erlaubt (Armstrong et al., 2013; Richards, Hillsdon, Thorogood, & Foster, 2013). Kelders, Kok, Ossebaard und Van Gemert-Pijnen (2012) weisen in einem systematischen Review darauf hin, dass es sinnvoll ist, webbasierte Interventionen mit einem Face-to-Face-Kontakt zu kombinieren, um die Bindung an die Intervention aufrechtzuerhalten.

Ein weiterer Aspekt, welchem ein positiver Einfluss auf die Effektivität von Intervention zugeschrieben wird, ist die Theoriebasiertheit einer Intervention (Heath, Cooke, & Cameron, 2015; Michie & Prestwich, 2010). Craig et al. (2008) empfehlen, bei der Entwicklung und Evaluation von komplexen Studien möglichst früh ein theoretisches Verständnis des wahrscheinlichen Veränderungsprozesses zu entwickeln. Ein gutes theoretisches Verständnis sei erforderlich, damit Schwächen

identifiziert und verbessert werden können (Craig et al., 2008). Die BeCo-Studie, welche die Grundlage für Forschungsfrage Nummer 2 lieferte, war ebenfalls theoriebasiert (Schaller & Froböse, 2014). Auf dem Gebiet des Gesundheitscoachings wird eine Vielzahl an unterschiedlichen Theorien und Modellen verwendet, wobei keine den anderen überlegen zu sein scheint (Hill et al., 2015). Im systematischen Review konnte keine Überlegenheit eines theoretischen Rahmens gegenüber anderen festgestellt werden. Die Interventionsgruppe von Duijts et al. (2008) konnte sogar langzeitige Effekte im Vergleich zur Kontrollgruppe verzeichnen, obwohl für die Intervention keine theoretische Grundlage beschrieben wurde. Die Stakeholder der qualitativen Studie sprachen die Bedeutung von theoretischen Modellen oder ähnlichem nicht an.

Neben den Zugangswegen beschäftigt sich die Literatur häufig mit der Frage nach den Themenschwerpunkten des Gesundheitscoachings (Schmid et al., 2008; Wolever et al., 2013). Es ist erstaunlich, dass das Thema Gesundheitscoaching in keiner der drei hier vorgestellten Studien explizit in Verbindung mit der sogenannten Gesundheitskompetenz gebracht wurde. Denn nicht nur Gesundheitscoaching ist ein wachsendes Feld von Interesse (Sforzo et al., 2019), in den letzten Jahren gewinnt auch die Förderung der Gesundheitskompetenz international immer mehr an Bedeutung (WHO, 2017). Gesundheitskompetenz wird als die Möglichkeit von Menschen, mit komplexen Anforderungen der Gesundheit in der modernen Gesellschaft umzugehen, verstanden. Es handelt sich um die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für eigene Entscheidungen zu nutzen (Nutbeam, 1998; Sørensen et al., 2015). In Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz steht der Lebensstil: so wird eine geringe Gesundheitskompetenz mit einem schlechteren Gesundheitszustand und einem schlechten Gesundheitsverhalten assoziiert (Berkman et al., 2011, Sørensen et al., 2015). Gesundheitscoaching erscheint in diesem Zusammenhang als adäquate Intervention, um Menschen bei der Steigerung der Gesundheitskompetenz zu unterstützen; nicht nur bei der Vermittlung von Wissen über gesundheitsrelevante Themen, sondern vielmehr als Unterstützung bei dem Handeln und Entscheiden im Alltag, das heißt bei der „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Weiterhin ist es erstaunlich, dass die aktuelle Studienlage (Gierisch et al., 2017) ebenso wie die Ergebnisse des vorliegenden Reviews zeigen, dass sich wenige

Forschungsarbeiten auf dem Gebiet des Gesundheitscoachings explizit mit der Steigerung der körperlichen Aktivität befassen. Dies ist konträr dazu, dass „Bewegung“ als eines der Hauptthemenfelder des Coachings verstanden wird und als mögliche Grundqualifikation eines Gesundheitscoaches bewegungsbezogene Fachberufe genannt werden (Wolever et al., 2013). Körperliche Aktivität ist eine der häufigsten Methoden zur Erhaltung der Gesundheit und zur Verringerung des Risikos nichtübertragbarer Krankheiten. Es ist nachgewiesen, dass regelmäßige körperliche Aktivität einen positiven Effekt auf die Gesundheit hat und körperliche Inaktivität einen unabhängigen Risikofaktor für chronische Erkrankungen darstellt (Warburton, Nicol, & Bredin 2006; WHO, 2010). Sowohl in der Rehabilitation als auch in der Prävention von chronischen Erkrankungen wird der körperlichen Aktivität eine zentrale Rolle zugeschrieben (Lee et al., 2012; Warburton & Bredin, 2017). In der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Bewegungsförderung das größte von vier Handlungsfeldern (GKV-Spitzenverband, 2018). Obwohl die positiven Effekte der körperlichen Aktivität bekannt sind, erreichen weniger als 50 Prozent der Bevölkerung die von der WHO (WHO, 2010) empfohlene körperliche Mindestaktivität und somit ist die Steigerung der körperlichen Aktivität von Bedeutung (RKI, 2014).

Weniger überraschend ist, dass in den Studien dieser Arbeit gesundheitsökonomische Evaluationen nicht im Fokus standen. Generell ist die wirtschaftliche Bewertung von gesundheitsförderlichen (Selbstmanagement-)Maßnahmen rar, obwohl Kosten-Nutzen-Analysen wichtig sind, um Entscheidungsträger zu überzeugen, in Ansätze zur Verbesserung der Gesundheit zu investieren (Abu-Omar et al., 2017; Graves et al., 2009; Räsänen et al., 2006). So mangelt es auf dem Feld des Gesundheitscoachings an gesundheitsökonomischen Evaluationen (Hale & Giese, 2017; Kivelä et al., 2014). Studien, die auf einen wirtschaftlichen Nutzen von Gesundheitscoaching-Interventionen hinweisen, plädieren für mehr Studien (Oksman, Linna, Hörhammer, Lammintakanen, & Talja, 2017; Smith et al., 2018). Insbesondere, da davon ausgegangen werden kann, dass beispielsweise ein Face-to-Face-Einzelcoaching über einen längeren Zeitraum unter Einbeziehung weiterer Akteure finanzielle Ressourcen binden wird.

Wie im theoretischen Hintergrund dieser Arbeit beschrieben, existiert eine Vielzahl an umfangreichen Gesundheitscoaching-Definitionen. Die Anforderung an einen

Gesundheitscoach, an der Schnittstelle zwischen Klient und verschiedenen Akteuren zu fungieren, wird in den gängigen Definitionen jedoch nicht beschrieben (Butterworth et al., 2007; Palmer et al., 2003; Wolever et al., 2013). In Deutschland wären solche Akteure zum Beispiel Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer und Kommunen (NPK, 2019).

Ein weiterer Punkt, welcher in den Definitionen nicht im Fokus steht, ist das Setting in dem Gesundheitscoaching betrieben wird. Wie durch das systematische Review belegt, existiert eine Dominanz des rehabilitativen Settings, wobei eine Verschiebung hin zu mehr Maßnahmen im präventiven Setting zu beobachten ist. Diese Verschiebung entspricht dem grundsätzlichen Prinzip „Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Rente“ (DRV, 2019a). Im Feld der Prävention, scheint insbesondere der Arbeitsplatz ein Setting mit Potenzial zu sein. Ein Großteil der Bevölkerung könnte durch Betriebe für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden. Obwohl Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Betrieben Erfolg versprechend sind, ist die Integration dieser Maßnahmen ausbaufähig (Bräunig et al., 2015; Huber & Weiß, 2015; Ziesche, 2015). Unternehmensvertreter sehen im Gesundheitscoaching die Chance, Fehlzeiten zu reduzieren und die Attraktivität des Unternehmens zu steigern (Schmid et al., 2008).

Wolever et al. (2013) betonen in ihrer Definition die Klientenzentriertheit des Gesundheitscoachings. Aktuell kann sich jede Person als Gesundheitscoach bezeichnen (Jordan et al., 2015) und klientenzentriert Gesundheitscoaching-Interventionen durchführen. Obwohl der Begriff „klientenzentriert“ aus der Psychotherapie stammt (Motschnig & Nykl, 2009) und das vorliegende systematische Review zwei Studien für Patienten mit Depressionen integriert hat (Fortney et al., 2013, Huijbrechts et al., 2013), ist zu beachten, dass Coaching keine Psychotherapie ist. Psychotherapie ist ein gesetzlich reglementierter und daher geschützter Begriff. Psychotherapie richtet sich, anders als das Gesundheitscoaching, explizit an Personen mit schwerwiegenden psychischen Problemen, bei welchen womöglich keine Selbstmanagementfähigkeit vorhanden ist (Rauen, 2014).

7.2 Methodendiskussion

Durch den Einsatz unterschiedlicher Forschungsmethoden und Herangehensweisen, war es möglich, die Forschungsfragen umfassend zu beantworten und somit die Potenziale und Herausforderungen dieses Forschungsfeldes vielseitig zu beleuchten.

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung wurde ein qualitativer Ansatz gewählt und bewusst einem quantitativen Forschungsansatz vorgezogen. Es handelte sich um ein Themengebiet, zu welchem wenig Vorwissen vorhanden war und Exploration im Mittelpunkt stand. Außerdem handelt es sich bei den Erwartungen um persönliche Einschätzungen und komplexe Sachverhalte, die sich besser durch einen qualitativen Ansatz darstellen lassen (Atteslander, 2008). Der Fokus dieser Arbeit lag darauf, neue Details aus verschiedenen Sichtweisen (in diesem Falle von unterschiedlichen Stakeholdern) zu erfahren.

Im Rahmen der Planung, Durchführung und Auswertung, insbesondere der semistrukturierten Interviews, wurde sich an Kriterien und Leitfäden gehalten, welche sich in der qualitativen Forschungspraxis bewährt haben (Kruse, 2014; Helfferich 2011; Gläser & Laudel 2010). Für die Auswertung wurde sich an der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014) orientiert. Die Grundlage dieser Inhaltsanalyse bildet der Prozess der induktiven und deduktiven Kategorisierung (Bildung von Codesystemen). Eine Feinanalyse, wie zum Beispiel die objektiv-hermeneutische Analyse, wäre für die Beantwortung der ersten Fragestellung nicht sinnvoll gewesen.

Kritisch anzumerken ist, dass die meisten Studienteilnehmer die Interviewpartner bereits kannten und dies bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte. Weiterhin wäre es sinnvoll gewesen, aus jeder Stakeholder-Gruppe gleich viele Teilnehmer zu befragen und die Befragung gegebenenfalls auf andere Settings auszuweiten. Um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu steigern hätte eine sich anschließende quantitative (Fragebogen-)Untersuchung durchgeführt werden können.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung wurde eine formative Sekundäranalyse durchgeführt. Im Gegensatz zur summativen Evaluation stehen nicht die Ergebnisse im Mittelpunkt der Untersuchung, sondern die Bewertung eines Prozesses.

Prozessevaluationen miteinzubeziehen ist sinnvoll, um mögliche Diskrepanzen zwischen erwarteten und beobachteten Outcomes zu verstehen und um zudem zu erfassen, welchen potenziellen Einfluss der Kontext auf diese hat. Eine Prozessevaluation kann dazu dienen, Implementierungsprobleme zu identifizieren (Craig et al., 2008). Da die summative Evaluation der Primärstudie (BeCo-Studie) andere als die erwarteten Ergebnisse hervorbrachte (Schaller et al., 2016b; Schaller et al., 2017), war der methodische Ansatz zur Beantwortung der zweiten Fragestellung geeignet.

Zusätzlich wäre es wünschenswert gewesen, mehr Informationen, beispielsweise zum Nutzungsverhalten der Patienten, auswerten zu können. Da es sich jedoch um eine Sekundäranalyse handelte, konnte lediglich mit den bereits vorhandenen Daten gearbeitet werden. In das Studienprotokoll der Primärstudie wurde keine Prozessevaluation aufgenommen (Schaller & Froböse, 2014). Um mehr Details zu erfahren, wäre im Rahmen der Prozessevaluation ein Mixed-Methods-Ansatz, zum Beispiel durch die Integration von Patienteninterviews, hilfreich gewesen.

Um die Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen zu beurteilen, wurde eine Literaturübersicht in Form eines systematischen Reviews erstellt. Auf Grundlage bereits publizierter Fachliteratur wurde das vorhandene Wissen gesammelt, zusammengefasst und kritisch diskutiert. Systematische Übersichtsarbeiten sind als Methodik in der evidenzbasierten Medizin international anerkannt. Die höchste Evidenzklasse (Ia) enthält Empfehlungen, die mindestens auf einem systematischen Review mehrerer RCTs beruhen (Burns, Rohrich, & Chung, 2011). Zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage kann die Methodik der systematischen Übersichtsarbeit somit als geeignet angesehen werden. Hervorgehoben werden muss, dass sich die Literaturarbeit dieser Arbeit an die sogenannten PRISMA-Leitlinie gehalten hat (Moher et al., 2009). Diese Leitlinie bildet eine anerkannte Grundlage für die Berichterstattung von systematischen Reviews oder Metaanalysen und wird unter anderem von Cochrane Deutschland empfohlen (CDS, 2020). Eine Metaanalyse, welche Primärstudien zusammenfasst und mit quantitativen beziehungsweise statistischen Mitteln arbeitet, wäre ebenfalls eine potenzielle Möglichkeit zur Beantwortung der Forschungsfrage Nummer 3 gewesen.

Angemerkt werden muss, dass durch die Festlegung von Einschlusskriterien nicht ausgeschlossen werden kann, dass nicht alle Primärarbeiten zu diesem Thema berücksichtigt wurden. Um die Heterogenität der Studien zu reduzieren, wäre es für weitere Übersichtsarbeiten sinnvoll, sich im Vorfeld auf eine engbegrenzte Definition von Gesundheitscoaching festzulegen.

Alles in allem kann konstatiert werden, dass die Wahl dreier unterschiedlicher methodischer Ansätze zur Beantwortung der Fragestellungen geeignet war und Potenziale und Herausforderungen von Gesundheitscoaching als Lebensstilintervention zu beleuchten.

8. Implikationen

Auf Grundlage der drei Artikel ergeben sich unterschiedliche Implikationen für die Wissenschaft, die Praxis sowie politische Implikationen, welche im Folgenden vorgestellt werden. Die Implikationen können dazu dienen, die Herausforderungen des heterogenen und schnell wachsenden Feldes zu reduzieren und die Potenziale zu stärken.

8.1 Implikationen für die Wissenschaft

Insbesondere durch das systematische Review wurde aufgezeigt, dass eine Forschungslücke hinsichtlich der Langzeiteffektivität von Interventionen, welche einen Gesundheitscoach integrieren, existiert und somit weiterhin Forschungsbedarf besteht. Die durch das Review herausgearbeitete Forderung nach mehr Studien zur Untersuchung der Langzeiteffektivität, wurde aktuell in das Addendum zum Kompendium für Gesundheits- und Wellness-Coaches in den Vereinigten Staaten von Amerika aufgenommen (Sforzo et al., 2019). Ebenfalls das „Institute of Coaching (IOC)“ verweist in einem Statement über Entwicklungen auf dem Gebiet des Gesundheitscoachings auf das Review. Das IOC ist eine gemeinnützige Organisation in den Vereinigten Staaten von Amerika, welche versucht, eine globale Forschungsgemeinschaft auszubauen, indem führende Akteure zusammengebracht werden, um unter anderem Best-Practice des Feldes zu verbreiten (IOC, 2017).

Um die Wirkung von Interventionen besser belegen zu können, müssen die Studien von hohem wissenschaftlichem Standard sein. So sind auf dem Feld des Gesundheitscoachings weitere RCTs mit Follow-Up wünschenswert. Bei der Planung des Studiendesigns sollten mehr Interventionskontrollgruppen herangezogen werden und nicht nur „care as usual“-Kontrollgruppen. Nicht zuletzt da viele statistisch signifikante Effekte von Gesundheitscoaching-Interventionen im Vergleich mit Kontrollgruppen ohne eine Intervention gezeigt werden konnten (Gierisch et al., 2017). Ebenfalls der iga.Report 40 zur Wirksamkeit und zum Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention resümierte 2019, dass die Zahl an Studien zunimmt, die Stärke der Evidenz aufgrund von methodischen

Schwächen der Originalarbeiten jedoch begrenzt ist (Barthelmes, Bödeker, Sørensen, Kleinlercher, & Odoj, 2019).

Weiterhin sollte bei der Planung einer Studie kritisch hinterfragt werden, ob und an welchem Outcome die Effektivität einer Gesundheitscoaching-Intervention gemessen wird. Die Wahl der Outcomes kann einen erheblichen Einfluss haben. Nach Craig et al. (2008) kann durch die Identifizierung eines einzelnen primären Outcomes das Potenzial von Daten möglicherweise nicht optimal genutzt werden. Sforzo et al. (2019) weisen darauf hin, dass es im Forschungsfeld Gesundheitscoaching sinnvoll ist, ein „core Outcome Set“ zu entwickeln, um die Effekte der Interventionen besser bestimmen zu können. Eine Forschungslücke besteht bezüglich des Outcomes „körperliche Aktivität“ und sollte aufgrund der zentralen Bedeutung für die Gesundheit (Warburton et al., 2006; WHO, 2010) häufiger untersucht werden. Da eine geringe Gesundheitskompetenz mit einem schlechten Gesundheitszustand in Verbindung gebracht wird (Sørensen et al., 2015) und Förderung der Gesundheitskompetenz an Bedeutung zunimmt (WHO, 2017), erscheint es zudem sinnvoll, zukünftig die Wechselwirkung zwischen Gesundheitskompetenz und -coaching zu erforschen.

Bezüglich der Zielgruppen gibt es Personengruppen, wie zum Beispiel Menschen mit Diabetes, bei denen die Effektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen gut belegt ist (Sacco et al., 2009; Wolever et al., 2010). Es gibt jedoch Zielgruppen, bei denen die Forschung unterrepräsentiert ist und für diese daher Interventionen entwickelt, durchgeführt und evaluiert werden sollten. Krebserkrankungen sollten in den Fokus wissenschaftlicher Studien rücken, nicht zuletzt, da diese von hoher sozioökonomischer Bedeutung sind (Sforzo et al., 2019; WHO, 2013). Unabhängig von den primären Einschlusskriterien, beispielsweise einer Erkrankung, sollte beachtet werden, dass die Studienteilnehmer nicht nur überwiegend Frauen sind.

Außerdem ist die Forschung auf dem Gebiet der Prävention ausbaufähig. Durch das PrävG ist insbesondere das Setting Arbeitsplatz von politischem Interesse. Neben dem Setting Betrieb werden weiterhin Kindergarten und Schule als Setting für Prävention und Gesundheitsförderung genannt (BMG, 2015). In weiteren Forschungsprojekten kann eruiert werden, in welcher Form ein Gesundheitscoaching für diese Lebenswelten erbracht werden kann.

Da sich das Gesundheitscoaching unter anderem durch unterschiedliche Arbeitsweisen auszeichnet, werden auf diesem Feld Multikomponenten-Interventionen angeboten (Schaller & Froboese, 2014), die häufig als komplexe Interventionen verstanden werden (Craig et al., 2008; Kuhn et al., 2012). Craig et al. beschrieben 2008 den sogenannten „development – evaluation – implementation process“, um Hilfestellungen für die Entwicklung, Evaluation und Implementierung von komplexen Interventionen zu geben. Diese Hilfestellungen sollen unter anderem Wissenschaftlern und (Forschungs-)Förderern dabei helfen, geeignete methodische Ansätze zu finden und zu verstehen (Craig et al., 2008). Da komplexe Interventionen eine Vielzahl an Herausforderungen für die Wissenschaft und die Praxis mit sich bringen, ist es unter anderem wichtig, ausführliche Angaben zur Intervention sowie zur Arbeitsweise und Qualifikation des Coaches zu geben. Die Intervention muss vollständig beschrieben sein, damit die Intervention repliziert und für den Zweck der Evaluation richtig eingesetzt werden kann (Craig et al., 2008). Im Forschungsfeld Gesundheitscoaching plädieren ebenfalls andere Autoren für detailliertere Angaben in wissenschaftlichen Studien, insbesondere in der Methodik (Hill et al., 2015). Bei jeder Planung einer Coaching-Intervention sollte zudem das Ziel einer nachhaltigen Lebensstiländerung unbedingt von Beginn an mitbedacht werden.

Neben summativen Evaluationen ist es wichtig, dass formative Prozessanalysen durchgeführt werden, um auf Grundlage dieser Ergebnisse zu erkennen, an welcher Stelle eine Intervention möglicherweise modifiziert werden sollte. Die formative Evaluation hilft, zu verstehen wie der Kontext die Outcomes beeinflusst und bietet somit die Chance eine laufende Intervention zu optimieren. Außerdem kann durch diese Art von Evaluation die Aussagekraft der Ergebnisse untermauert werden und als Diskussionsgrundlage dienen (Bortz & Döring, 2006). Um Fehler zu vermeiden und mögliche Probleme zu eruieren, sollte jede Studie im Vorfeld pilotiert worden sein, indem die Abläufe, die Akzeptanz, die Rekrutierungsstrategie, die Kalkulation der Fallzahl et cetera überprüft wurden an (Craig et al., 2008). Für eine Pilotstudie bietet sich ein Mixed-Methods-Ansatz (Craig et al., ohne Jahr).

Nicht nur im Rahmen von Pilotstudien, sondern auch um mehr Details im Forschungsfeld zu erfahren, bieten sich explorative qualitative (Teil-)Studien an. In diesem Zusammenhang bleibt es empfehlenswert, Blickwinkel heterogener Interessenvertreter zu untersuchen und die subjektive Einschätzung zu

unterschiedlichen, komplexen Sachverhalten zu analysieren (Nilsen, Myrhaug, Johansen, Oliver, & Oxman, 2006).

Da in den Gesundheitswissenschaften Ressourcenallokation und Finanzierung immer wichtiger werden, ist die ökonomische Bewertung von Maßnahmen von hohem Stellenwert. Um Ausgaben im Gesundheitswesen zu erhöhen, muss beispielsweise nachgewiesen werden, dass der Nutzensgewinn größer als der Nutzenverlust ist (Schöffski, 2012). Auf dem Gebiet des Gesundheitscoachings existiert ein Bedarf an ökonomischen Evaluationen, wie Kosten-Nutzen-Analysen. Es werden insbesondere langfristig angelegte Studien zur Bewertung der Kosteneffektivität benötigt (Hale & Giese, 2017).

Für die Forschung auf dem Gebiet des Gesundheitscoachings ist eine starke Praxisorientierung wichtig, damit eine Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis geschlagen werden kann. Um dies zu erreichen, kann das theoretische Rahmenkonzept RE-AIM (Reach, Efficacy/Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) angewendet werden. Das RE-AIM-Modell bietet ein Konzept für die Planung, Bewertung und Dokumentation von Studien, um den Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis zu vereinfachen. Das Modell identifiziert fünf Bewertungsdimensionen, die für die Wirkungsentfaltung einer Intervention von Bedeutung sind: die Reichweite, die Wirksamkeit, die Einführung, die Durchführung und die Aufrechterhaltung einer Intervention im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999).

8.2 Implikationen für die Praxis

In der Wissenschaft soll der Fokus weiterer Studien unter anderem auf unterschiedliche Zielgruppen ausgeweitet werden. Ebenfalls erscheint es in der Praxis sinnvoll, Gesundheitscoaching-Interventionen nicht allein auf das rehabilitative Setting zu beschränken, sondern Interventionen auf andere Settings und Zielgruppen zu erweitern. Insbesondere der Bereich der arbeitsplatzbezogenen Prävention bietet sich für Gesundheitscoaching an: es ist ein politisch aktuelles und bevorzugtes Interventionsfeld (BMG, 2015), auf welchem bereits Forschungsarbeiten durchgeführt wurden (Cheng & Chan, 2009; Duijts et al., 2008).

Nicht zuletzt, da im Gesundheitscoaching mit verschiedenen Zielgruppen gearbeitet wird, trifft der Coach auf Klienten mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Aus diesem Grund sollte das Coaching neben festen Elementen immer Möglichkeiten zur Flexibilisierung lassen. Zentrale Anforderungen an einen Gesundheitscoach sind daher die Fähigkeit, sich individuell auf unterschiedliche Klienten einzustellen sowie das Entwickeln passender Strategien für jeden Einzelnen; die Zielgruppenorientierung ist ein wichtiges Element des Gesundheitscoachings. Zum einen verlangt eine individuelle Arbeitsweise gute Menschenkenntnisse. Zum anderen werden Kenntnisse in verschiedenen Bereichen, beziehungsweise das Wissen darüber, welche Möglichkeiten bestehen und wie diese dem Klienten nahegebracht werden können, verlangt. So sollten zum Beispiel der Einsatz der Zugangswege, wie Telefoncoaching oder Web-Coaching, mit dem Klienten abgestimmt werden und die Vor- und Nachteile dieser abgewogen werden. Unabhängig davon, ob für manche Klienten digitales Coaching in Frage kommt, ist der Face-to-Face-Kontakt ein essenzieller (zumindest additiver) Bestandteil des Coachings.

Diese Arbeit schließt sich somit den Leitlinien des Rahmenprogramms der Gesundheitsforschung der Bundesregierung vom November 2018 an. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fordert zum einen „der Mensch im Mittelpunkt“ (Leitlinie I) und zum anderen „Personalisierung und Digitalisierung als Schlüssel“ (Leitlinie II). Es ist wichtig, Rückmeldungen aus der Praxis in die Forschung und Entwicklung einzubinden sowie Innovationen an den Bedürfnissen der Menschen zu orientieren (BMBF, 2018).

Wenn die Arbeitsweise des Gesundheitscoaches nicht angenommen wird, ist es schwer, einen Erfolg zu verzeichnen (Couper et al., 2010; Funk et al., 2015). In regelmäßigen Abständen sollten daher die Nutzung und die Akzeptanz des Coachings erfragt werden, um gegebenenfalls Modifikationen vorzunehmen. Bei einer möglichen Änderung des Coachings sollten die Hinweise/Meinungen des Klienten miteinbezogen werden. Neben der Abfrage der Nutzung und Akzeptanz sollte ein Coach in der Lage sein, den Erfolg seines Coachings zu messen. Die Erfolgsmessung orientiert sich dabei an den Zielen des Klienten. Um den Coaching-Prozess nachvollziehen zu können und gegebenenfalls replizieren zu können, ist eine angemessene Dokumentation unumgänglich.

Ein guter Gesundheitscoach zeichnet sich durch eine Reihe von Soft-Skills aus: er sollte authentisch, motivierend und optimistisch sein (persönliche Kompetenzen), er sollte über Vermittlungs- und Problemlösekompetenzen verfügen und organisatorisches Talent haben (methodische Kompetenzen). Zudem sollte er empathisch und kommunikativ sein sowie Menschenkenntnisse haben (soziale Kompetenz). Ein akademischer Abschluss, wie zum Beispiel Sportwissenschaften oder eine pädagogische Ausbildung, ist wünschenswert.

Die wichtigsten inhaltlichen Themenfelder eines Gesundheitscoachings sind körperliche Aktivität/Bewegung, Ernährung, Entspannung/Stressreduktion und Sucht. Neben unterschiedlichen Soft-Skills und Arbeitsweisen sollte ein Coach inhaltliches Wissen auf unterschiedlichen Gebieten haben, beziehungsweise Kenntnisse über Möglichkeiten haben, welche bei der Vermittlung des Wissens unterstützen. Ein Gesundheitscoach sollte daher über ein großes Netzwerk zu unterschiedlichen Professionen verfügen. Kenntnisse über den sozialen Kontext des Klienten sind ebenfalls wichtig. Um einen Lebensstil nachhaltig zu ändern, müssen neben dem Verhalten die Lebensverhältnisse des Klienten angepasst werden (GKV-Spitzenverband, 2018; RKI 2016). Im Rahmen der Gesundheitsförderung wird eine träger- und sektorübergreifende Zusammenarbeit immer wichtiger, sodass mehreren Akteuren eine Mitverantwortung für die Gesundheit des Individuums zugeschrieben wird (NPK, 2019). Ein Gesundheitscoach sollte die Fähigkeit haben, die Komplexität von Systemen zu überschauen und eine organisatorische Rolle für den Klienten übernehmen zu können, indem er als Bindeglied und Interessensvertreter fungiert.

Die gewonnen Erkenntnisse können als Hinweise für Praktiker selbst dienen oder von Akteuren in der Gesundheitsbranche genutzt werden, um eine Entscheidung bei der Wahl eines passenden Coaches zu treffen.

Da weiterhin ein Bedarf an akkreditierten Standards zur Festlegung der Anforderungen und Fähigkeiten von Gesundheitscoaches besteht (Collins et al., 2018; Johnson et al., 2017), können die Ergebnisse dieser Arbeit zudem genutzt werden, ein Curriculum zu entwickeln. Die Erkenntnisse des Reviews und insbesondere der vorliegenden qualitativen Analyse weisen einige Parallelen zum Bachelor of Arts (B.A.) Studiengang „Sport und Gesundheit in Prävention und Therapie“ an der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) auf. Viele der Inhalte des berufsorientierten Teils des Studiums, wie zum Beispiel „allgemeine Planung,

Konzeption und Evaluation von Gesundheitssportangeboten“ und „Stärkung physischer Gesundheitsressourcen, Verhaltensinterventionen im Gesundheitssport“ oder Profilvertiefungen, wie „Betriebliche und öffentliche Gesundheitsförderung durch Sport/Bewegung“ (DSHS, 2020), stimmen größtenteils mit den Anforderungen der Stakeholder der qualitativen Studie überein. Die Stakeholder halten eine akademische Ausbildung mit einer spezifischen Zusatzqualifikation für sinnvoll. Im Rahmen des Bachelorstudiengangs „Sport und Gesundheit in Prävention und Therapie“ könnte eine Zusatzqualifikation im Rahmen einer Profilvertiefung angeboten werden und so der Lehrplan erweitert werden.

8.3 Politische Implikationen

Um Lebensstilinterventionen flächendeckend zu implementieren, sind Anpassungen auf politischer Ebene von Bedeutung; auch der WHO-Aktionsplan spricht sich dafür aus (WHO, 2013). Damit Gesundheitscoaching-Interventionen in Deutschland regelmäßig durchgeführt werden, sollte die Leistung von Kostenträgern übernommen werden. Im Folgenden wird sich auf die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung als potenzielle Kostenträger für Gesundheitscoaching-Interventionen fokussiert; weitere Sozialversicherungsträger, wie die gesetzliche Unfallversicherung, werden nicht näher betrachtet. Zur Leistungserbringung benötigen Sozialversicherungsträger eine geltende Rechtsgrundlage. Den rechtlichen Rahmen für die gesetzlichen Krankenversicherungen bildet primär das Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) und für die gesetzliche Rentenversicherung primär das SGB VI. Neben dem rechtlichen Rahmen existiert eine Vielzahl an Rahmenempfehlungen und Leitlinien für die praktische Umsetzung der Leistungen, welche bezüglich der genauen Inhalte und Abläufe einen Ermessensspielraum für die Kostenträger zulassen (DRV, 2018a; GKV-Spitzenverband, 2018).

Ein Gesundheitscoach könnte beispielsweise im Rahmen von Präventionsleistungen tätig werden. Die Prävention gewinnt unter anderem durch die Verabschiedung des PrävG an Bedeutung. Das Gesetz fordert beispielsweise höhere Ausgaben für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen in den Lebenswelten sowie eine Optimierung der Kooperation der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure

(Bindzius et al., 2016; BMG, 2015). Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) sind Präventionsleistungen der DRV im Jahr 2016 zu Pflichtleistungen geworden (BGBl, 2016), sodass die Antrags- und Bewilligungszahlen sowie die Ausgaben für diese Leistungen steigen (DRV 2019a; DRV, 2019b). Bereits vor der Verabschiedung des PräVG wurde ein Gesundheitscoach in eine Präventionsleistung integriert: in der Präventionsleistung der DRV Rheinland (auch „Plan Gesundheit“ genannt) wurde ein sogenannter Präventionsmanager eingesetzt, der durch die gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert werden sollte (DRV, 2013). Im Rahmen der AtRisk-Studie wurde die trägerübergreifende Präventionsleistung der DRV Rheinland mit Arbeitsplatzbezug evaluiert (Schaller et al., 2016a). Während der Zeit der Evaluation haben nur wenige gesetzliche Krankenversicherungen die Finanzierung übernommen. Ein möglicher Grund dafür könnte die Konkurrenz der gesetzlichen Krankenversicherungen untereinander sein. Gesetzliche Krankenversicherungen nutzen selbstentwickelte spezielle Interventionen als Alleinstellungsmerkmale, um Versicherte zu gewinnen. Im Rahmen einer Ermessensentscheidung übernimmt aktuell nur eine gesetzliche Krankenkasse weiterhin die Kosten für den Präventionsmanager. Eine potenzielle Rechtsgrundlage für die Umsetzung von Gesundheitscoaching-Interventionen im betrieblichen Kontext wäre § 20b SGB V.

Für die gesetzliche Rentenversicherung wäre es über § 14 Absatz 1 SGB VI möglich, Gesundheitscoaching als Gegenstand/Inhalt von Präventionsleistung anzuerkennen. Es bedarf dafür eines Konzepts, welches dem Leitfaden „Präventionsleistungen der RV-Träger“ (DRV, 2018a) sowie der gemeinsamen Richtlinie der Rentenversicherungsträger (DRV, 2018b) entspricht und durch die DRV geprüft und anerkannt wird.

Auch für den Bereich der (medizinischen) Rehabilitation wäre es denkbar, Gesundheitscoaching in Leistungen zu integrieren. Gesundheitscoaching könnte als Vorbereitung (§ 31 Absatz 1 SGB VI) für die medizinische Rehabilitation oder als Teil der Nachsorge (§ 17 SGB VI) eingesetzt werden.

Damit Kostenträger überzeugt werden, entsprechende Konzepte anzuerkennen, bietet sich die Umsetzung von Modellprojekten an, die wissenschaftlich begleitet werden. Erkenntnisse aus Modellprojekten können darüber hinaus genutzt werden,

damit Gesundheitscoaching in Richtlinien, Vereinbarungen sowie Strategien aufgenommen wird. Die mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) und dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) verbundenen Zielsetzungen könnten den Hintergrund und das Motiv zur Durchführung von Modellvorhaben bilden. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zielt auf eine Sicherung der flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgung, die Optimierung des Zugangs zu ärztlichen Leistungen sowie auf die Förderung innovativer Versorgungsformen ab. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist der Innovationsfonds (§ 92a SGB V) geschaffen worden, ein Instrument zur Förderung von sektorübergreifenden Versorgungsformen und der patientennahen Versorgungsforschung. Das BTHG soll die Möglichkeiten der Teilhabe und die Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung verbessern. Im Rahmen des BTHG hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) den Auftrag erteilt bekommen, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen (Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“) (§ 11 SGB IX). Eine weitere Gesetzesgrundlage bieten der § 20g SGB V. In der Rentenversicherung ist die Finanzierung von Modellvorhaben über den § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI möglich. Hierüber kann der Rentenversicherungsträger Zuwendungen für Einrichtungen erbringen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen.

9. Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit befasste sich mit der Frage nach Herausforderungen und Potenzialen von Gesundheitscoaching als Maßnahme zur Lebensstiländerung - insbesondere bezüglich der Anforderungen an einen Gesundheitscoach, Nutzung, Akzeptanz und Langzeiteffektivität.

Eine häufig betonte Herausforderung ist die Heterogenität des Gesundheitscoaching-Feldes, zum Beispiel hinsichtlich der Arbeitsweise und Qualifikation des Gesundheitscoaches (Wolever et al., 2013). Da das Feld durch Ungleichheit geprägt ist und die Maßnahmen häufig komplex sind, ist es wichtig, die Interventionen detailliert zu beschreiben. Um mehr Transparenz in das Feld zu bringen, sind zudem die Forderungen nach einheitlichen Standards, wie Zertifizierungsvoraussetzungen, hoch (Collins et al., 2018). Durch Forschungsarbeiten identifizierte Anforderungen an einen Gesundheitscoach können genutzt werden, um entsprechende Curricula zu entwickeln. Zertifizierungsstandards können wiederum genutzt werden, um Kostenträger zu überzeugen, Gesundheitscoaching-Interventionen zu finanzieren. Zur Überzeugung von Kostenträgern sind außerdem gesundheitsökonomische Evaluationen notwendig. Eine weitere Herausforderung ist die Forschungslücke hinsichtlich der Langzeiteffektivität von Gesundheitscoaching-Interventionen. Es sollten mehr RCTs mit ausreichend langem Follow-Up nach Ende der Intervention sowie mit Interventionskontrollgruppen durchgeführt werden, um nachzuweisen, dass die Interventionen nach Abschluss der Maßnahme effektiv bleiben. Zudem ist es herausfordernd, wenn die Interventionen nicht genutzt und akzeptiert werden. Zur Verbesserung der Nutzung und Akzeptanz sollten die Interventionen zielgruppenorientiert sein. Formative Prozessevaluationen ebenso wie qualitative Analysen wären eine Option, um (laufende) Interventionen zu optimieren (Craig et al., 2008).

Neben den genannten Barrieren ist Gesundheitscoaching eine vielversprechende Maßnahme, um den Lebensstil gesundheitsfördernd zu beeinflussen (Hill et al., 2015). Da ein ungesunder Lebensstil häufig die Ursache für chronische nichtübertragbare Erkrankungen ist (Beaglehole et al., 2011), ist die adäquate Maßnahme eine Änderung dieses. Gesundheitscoaching-Interventionen haben das

Potenzial, globale Ziele zur Prävention und Kontrolle von nichtübertragbaren Erkrankungen zu erreichen, in dem modifizierbare Risikofaktoren verändert werden. Gesundheitscoaching ist ein Feld mit einer großen Reichweite, wodurch es möglich wird, unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Zugangswegen in unterschiedlichen Settings anzusprechen und unterschiedliche Themenfelder abzudecken – die Heterogenität des Feldes ist somit nicht ausschließlich negativ. Die möglichen Zugangswege sollten im Gesundheitscoaching individuell mit dem Klienten abgestimmt werden. Obwohl der Trend der Digitalisierung das Gesundheitscoaching-Feld erreicht hat (Sforzo et al., 2019), wird dem Face-to-Face-Kontakt eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Bezüglich des Settings rückt die Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus; nicht zuletzt, da diese von politischem Interesse ist, um Menschen frühzeitig zu erreichen (BMG, 2015). Unter den Themenfeldern bringt die Steigerung der körperlichen Aktivität großes, noch nicht vollkommen ausgeschöpftes Potenzial mit sich, da Inaktivität ein unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung von chronischen Erkrankungen darstellt (Warburton et al., 2006) und noch nicht häufig in Gesundheitscoaching-Interventionen integriert wurde (Gierisch et al., 2017). Unabhängig vom Themenfeld hat der Gesundheitscoach das Potenzial als Bindeglied zu unterschiedlichen Interessensvertretern fungieren.

Mit dieser Arbeit konnten durch unterschiedliche methodische Herangehensweisen Herausforderungen sowie Lösungsansätze für diese und Potenziale des Gesundheitscoaching-Feldes identifiziert werden. Die gewonnenen Erkenntnisse können als Hinweise für Praktiker und Akteure der Gesundheitsbranche dienen sowie für die Wissenschaft genutzt werden. Diese Arbeit leistet dadurch national und international einen Beitrag zur Weiterentwicklung dieses relevanten Forschungs- und Praxisfeldes. Zukünftig erscheint es sinnvoll, zu untersuchen, welches Potenzial ein Gesundheitscoach hat, um als Bindeglied eine träger- und sektorübergreifene Zusammenarbeit zu fördern. Weiterhin sollte vertiefend der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren Einfluss auf die Nutzung von Gesundheitscoaching-Interventionen haben sowie auf die Langzeiteffektivität dieser. Das Ziel eines Gesundheitscoaches - die Klienten zum Handeln und zur langfristigen Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils zu befähigen - sollte im Fokus aller Interventionen stehen.

IV. Literatur

- Abu-Omar, K., Rütten, A., Burlacu, I., Schätzlein, V., Messing, S., & Suhrcke, M. (2017). The cost-effectiveness of physical activity interventions: A systematic review of reviews. *Preventive medicine reports*, 8, 72–78. doi:10.1016/j.pmedr.2017.08.006
- Alami, H., Gagnon, M.-P., & Fortin, J.-P. (2017). Digital health and the challenge of health systems transformation. *mHealth*, 3, 31. doi:10.21037/mhealth.2017.07.02
- Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: Vol. 36*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Apitz, R., & Winter, S. F. (2004). Potenziale und Ansätze der Prävention. Aktuelle Entwicklungen in Deutschland. *Der Internist*, 45(2), 139–147. doi:10.1007/s00108-003-1136-9
- Armstrong, C., Wolever, R. Q., Manning, L., Elam, R., Moore, M., Frates, E. P., . . . Lawson, K. (2013). Group health coaching: strengths, challenges, and next steps. *Global advances in health and medicine*, 2(3), 95–102. doi:10.7453/gahmj.2013.019
- Atteslander, P. (2008). *Methoden der empirische Sozialforschung*. Berlin: Schmidt.
- Barakat, S., Boehmer, K., Abdelrahim, M., Ahn, S., Al-Khateeb, A. A., Villalobos, N. Á., . . . Murad, M. H. (2018). Does Health Coaching Grow Capacity in Cancer Survivors? A Systematic Review. *Population health management*, 21(1), 63–81. doi:10.1089/pop.2017.0040
- Barthelmes, I., Bödeker, W., Sörensen, J., Kleinlercher, K-M., & Odoy, J. (2019). iga. Report40 - *Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018*. Zugriff am 19. Dezember 2019 unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_40_Wirksamkeit_und_Nutzen_Gesundheitsfoerderung_Praevention.pdf
- Basak Cinar, A., & Schou, L. (2014). Health promotion for patients with diabetes: health coaching or formal health education? *International dental journal*, 64(1), 20–28. doi:10.1111/idj.12058

- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P., . . . Watt, J. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, 377(9775), 1438–1447. doi:10.1016/S0140-6736(11)60393-0
- Bennett, G. G., Herring, S. J., Puleo, E., Stein, E. K., Emmons, K. M., & Gillman, M. W. (2010). Web-based weight loss in primary care: A randomized controlled trial. *Obesity*, 18(2), 308–313. doi:10.1038/oby.2009.242
- Benzo, R., Vickers, K., Novotny, P. J., Tucker, S., Hault, J., Neuenfeldt, P., . . . McEvoy, C. (2016). Health Coaching and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehospitalization. A Randomized Study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 194(6), 672–680. doi:10.1164/rccm.201512-2503OC
- Berendsen, B. A. J., Kremers, S. P. J., Savelberg, H. H., Schaper, N. C., & Hendriks, M. R. C. (2015). The implementation and sustainability of a combined lifestyle intervention in primary care: mixed method process evaluation. *BMC Family Practice*, 16(37). doi:10.1186/s12875-015-0254-5
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., . . . Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evidence report/technology assessment*, (199), 1–941.
- Berman, M. A., Guthrie, N. L., Edwards, K. L., Appelbaum, K. J., Njike, V. Y., Eisenberg, D. M., & Katz, D. L. (2018). Change in Glycemic Control With Use of a Digital Therapeutic in Adults With Type 2 Diabetes: Cohort Study. *JMIR diabetes*, 3(1), e4. doi:10.2196/diabetes.9591
- Bindzius, F., Knoll, A., & Appt, J. (2016). Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben. Das Präventionsgesetz: Erste Schritte zur Umsetzung. *DGUV Forum Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung*; 4, 10-14. Zugriff am 20. Juni 2019 unter https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevg/dguv-forum-4-2016.pdf
- Blackberry, I. D., Furler, J. S., Best, J. D., Chondros, P., Vale, M., Walker, C., . . . Young, D. (2013). Effectiveness of general practice based, practice nurse led telephone coaching on glycaemic control of type 2 diabetes: the Patient Engagement and Coaching for Health (PEACH) pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 347, f5272. doi:10.1136/bmj.f5272

- Bortz, J., & Döring, N. (Hrsg.) (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bräunig, D., Haupt, J., Kohstall, T., Kramer, I., Pieper, C., & Schröer, S. (2015). iga-Report28 - *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention*. Zugriff am 20. Juni 2019 unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf
- Brodin, N., Eurenus, E., Jensen, I., Nisell, R., & Opava, C. H. (2008). Coaching patients with early rheumatoid arthritis to healthy physical activity: A multicenter, randomized, controlled study. *Arthritis and rheumatism*, 59(3), 325–331. doi:10.1002/art.23327
- Bundesgesetzblatt (BGBl). (2016, Dezember). *Jahrgang 2016 Teil I Nr. 59. Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz)*. Zugriff am 10. Mai 2020 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2838.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2838.pdf%27%5D__1589125538360
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2018). *Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung*. Zugriff am 28. Dezember 2019 unter https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Rahmenprogramm_Gesundheitsforschung.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2015). *Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention*. Zugriff am 5. August 2019 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2018, Februar). *Online-Ratgeber Krankenversicherung. Vorsorge und Rehabilitation*. Zugriff am 12. März 2020 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html>

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2019, Dezember). *Glossar. Begriffe A-Z. Prävention*. Zugriff am 12. März 2020 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>
- Burla, L., Bucher, S., & Abel, T. (2004). Was ist ein gesunder Lebensstil? *Managed Care*, 5, 5–7.
- Burns, P. B., Rohrich, R. J., & Chung, K. C. (2011). The Levels of Evidence and their role in Evidence-Based Medicine. *Plastic and reconstructive surgery*, 128(1), 305–310. doi:10.1097/PRS.0b013e318219c171
- Butterworth, S., Linden, A., & McClay, W. (2007). Health Coaching as an Intervention in Health Management Programs. *Dis Manage Health Outcomes*, 15(5), 299–307.
- Butterworth, S., Linden, A., McClay, W., & Leo, M. C. (2006). Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. *Journal of occupational health psychology*, 11(4), 358–365. doi:10.1037/1076-8998.11.4.358
- Caldwell, K. L., Gray, J., & Wolever, R. Q. (2013). The Process of Patient Empowerment in Integrative Health Coaching: How Does it Happen? *Global advances in health and medicine*, 2(3), 48–57. doi:10.7453/gahmj.2013.026
- Castro Sweet, C. M., Chiguluri, V., Gumpina, R., Abbott, P., Madero, E. N., Payne, M., . . . Prewitt, T. (2018). Outcomes of a Digital Health Program With Human Coaching for Diabetes Risk Reduction in a Medicare Population. *Journal of aging and health*, 30(5), 692–710. doi:10.1177/0898264316688791
- Cheng, A. S.-k., & Chan, E. P.-S. (2009). The effect of individual job coaching and use of health threat in a job-specific occupational health education program on prevention of work-related musculoskeletal back injury. *Journal of occupational and environmental medicine*, 51(12), 1413–1421. doi:10.1097/JOM.0b013e3181bfb2a8
- Cochrane Deutschland Stiftung (CDS). (2020). *Leitlinien für Forschungsberichte (Reporting Guidelines)*. Zugriff am 7. Januar 2020 unter <https://www.cochrane.de/de/Leitlinien-Forschungsberichte#quo>

- Collins, D. A., Thompson, K., Atwood, K. A., Abadi, M. H., Rychener, D. L., & Simmons, L. A. (2018). Integration of Health Coaching Concepts and Skills into Clinical Practice Among VHA Providers: A Qualitative Study. *Global advances in health and medicine*, 7, 2164957X18757463. doi:10.1177/2164957X18757463
- Couper, M. P., Alexander, G. L., Zhang, N., Little, R. J. A., Maddy, N., Nowak, M. A., . . . Cole Johnson, C. (2010). Engagement and retention: measuring breadth and depth of participant use of an online intervention. *Journal of medical Internet research*, 12(4), e52. doi:10.2196/jmir.1430
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. doi:10.1136/bmj.a1655
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (ohne Jahr). *Developing and evaluating complex interventions: Following considerable development in the field since 2006, MRC and NIHR have jointly commissioned an update of this guidance to be publishes in 2019*. Zugriff am 05. Mai 2020 unter <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/complex-interventions-guidance/>
- Dale, K. S., Mann, J. I., McAuley, K. A., Williams, S. M., & Farmer, V. L. (2009). Sustainability of lifestyle changes following an intensive lifestyle intervention in insulin resistant adults: Follow-up at 2-years. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 18(1), 114–120.
- Davies, C. A., Spence, J. C., Vandelanotte, C., Caperchione, C. M., & Mummery, W. K. (2012). Meta-analysis of internet-delivered interventions to increase physical activity levels. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9, 52. doi:10.1186/1479-5868-9-52
- Deck, R., Beitz, S., Baumbach, C., Brunner, S., Hoberg, E., & Knoglinger, E. (2020). Nachsorge ‚Neues Credo‘ in der kardiologischen Anschlussrehabilitation. *Die Rehabilitation*, (59)1, 17–25. doi:10.1055/a-0899-1444
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). (2018a). *Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger*. Zugriff am 10. März 2020 unter https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/broschuere_praeventionsleistungen_rv_traeger.pdf?__blob=publicationFile&v=1

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). (2018b, Oktober). *Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 14 Absatz 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden (Präventionsrichtlinie) vom 28. Juni 2018*. Zugriff am 28. April 2020 unter https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?session.sessionid=6138bdab162e3aa885d5340510f49e6b&page.navid=detailsearchlisttodetailsearchdetail&fts_search_list.selected=0f252619c21f2be9&fts_search_list.destHistoryId=68225
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). (2019a). *Reha-Bericht 2019. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik (mit dem Fokusthema „Gestärkt ins Leben: Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung“*. Zugriff am 12. März 2020 unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.pdf;jsessionid=62C4545A326532EDDED62EAB0C6EFB02.delivery2-9-replication?__blob=publicationFile&v=3
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). (2019b). *Reha-Atlas 2019. Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends*. Bad Homburg: wvd GmbH & Co. OHG. Zugriff am 5. Februar 2020 unter https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2019/rehaatlas_2019_download.pdf;jsessionid=6882D58ED67C84320851D342EF3E7B25.delivery1-9-replication?__blob=publicationFile&v=3
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland (DRV). (2013). *Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland: Ein konzeptioneller Leitfaden*. Düsseldorf: NOW IT GmbH. Zugriff am 10. Juli 2019 unter <http://www.plangesundheit.de/Download/201303%20Leitfaden%20Pr%E4vention%20DRV%20Rheinland.pdf>

- Deutsche Sporthochschule Köln (DSHS). (2020). *Modulhandbuch. B.A. Sport und Gesundheit in Prävention und Therapie [B.A. SGP]. Gültig für Studienanfänger/innen: Wintersemester 2019/20 bis aktuell*. Zugriff am 17. Februar 2020 unter https://www.dshs-koeln.de/fileadmin/redaktion/Studium/Organisation/Studienunterlagen/Modulhandbuecher_neu/Bachelor-sport/SGP_PO20192.pdf
- Deutscher Verband für Coaching und Training e.V. (dvct). (2019). *Definition Coaching*. Zugriff am 10. Oktober 2019 unter <https://www.dvct.de/coaching-training/coaching/definition-coaching/>
- Destatis. Statistisches Bundesamt (2020, Februar). *Gesundheit. Krankheitskosten*. Zugriff am 8. Februar 2020 unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23631-0002>
- Duijts, S. F. A., Kant, I., van den Brandt, P. A., & Swaen, G. M. H. (2008). Effectiveness of a preventive coaching intervention for employees at risk for sickness absence due to psychosocial health complaints: results of a randomized controlled trial. *Journal of occupational and environmental medicine, 50*(7), 765–776. doi:10.1097/JOM.0b013e3181651584
- Emmons, K. M., Puleo, E., Greaney, M. L., Gillman, M. W., Bennett, G. G., Haines, J., . . . Viswanath, K. (2014). A randomized comparative effectiveness study of Healthy Directions 2--a multiple risk behavior intervention for primary care. *Preventive medicine, 64*, 96–102. doi:10.1016/j.ypmed.2014.03.011
- Everett, E., Kane, B., Yoo, A., Dobs, A., & Mathioudakis, N. (2018). A Novel Approach for Fully Automated, Personalized Health Coaching for Adults with Prediabetes: Pilot Clinical Trial. *Journal of medical Internet research, 20*(2), e72. doi:10.2196/jmir.9723
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Mouden, S. B., Mittal, D., Hudson, T. J., Schroeder, G. W., . . . Rost, K. M. (2013). Practice-based versus telemedicine-based collaborative care for depression in rural federally qualified health centers: a pragmatic randomized comparative effectiveness trial. *The American journal of psychiatry, 170*(4), 414–425. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12050696

- Funk, K. L., Stevens, V. J., Appel, L. J., Bauck, A., Brantley, P. J., Champagne, C. M., . . . Vollmer, W. M. (2010). Associations of internet website use with weight change in a long-term weight loss maintenance program. *Journal of medical Internet research, 12*(3), e29. doi:10.2196/jmir.1504
- Garg, S., Garg, D., Turin, T. C., & Chowdhury, M. F. U. (2016). Web-Based Interventions for Chronic Back Pain: A Systematic Review. *Journal of medical Internet research, 18*(7), e139. doi:10.2196/jmir.4932
- Geraedts, A. S., Kleiboer, A. M., Twisk, J., Wiezer, N. M., van Mechelen, W., & Cuijpers, P. (2014). Long-term results of a web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research, 16*(7), e168. doi:10.2196/jmir.3539
- Gierisch, J. M., Hughes, J. M., Edelman, D., Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., Taylor, S. S., . . . Masilamani, V. (2017). *The Effectiveness of Health Coaching*. Washington (DC): Department of veterans affairs (US).
- GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention - *Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V*. Zugriff am 5. Februar 2020 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf
- Gläser, J., & Laudel, G. (Hrsg.) (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Wiesbaden: SV Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health, 89*(9), 1322–1327. doi:10.2105/ajph.89.9.1322
- Graves, N., Barnett, A. G., Halton, K. A., Veerman, J. L., Winkler, E., Owen, N., . . . Eakin, E. (2009). Cost-effectiveness of a telephone-delivered intervention for physical activity and diet. *PloS one, 4*(9), e7135. doi:10.1371/journal.pone.0007135
- Greif, S. (Hrsg.) (2008). *Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hale, R., & Giese, J. (2017). Cost-Effectiveness of Health Coaching: An Integrative Review. *Professional case management, 22*(5), 228–238. doi:10.1097/NCM.0000000000000223

- Hawkes, A. L., Patrao, T. A., Green, A., & Aitken, J. F. (2012). CanPrevent: a telephone-delivered intervention to reduce multiple behavioural risk factors for colorectal cancer. *BMC cancer*, *12*(560). doi:10.1186/1471-2407-12-560
- He, J., Irazola, V., Mills, K. T., Poggio, R., Beratarrechea, A., Dolan, J., . . . Rubinstein, A. (2017). Effect of a Community Health Worker-Led Multicomponent Intervention on Blood Pressure Control in Low-Income Patients in Argentina: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the american medical association*, *318*(11), 1016–1025. doi:10.1001/jama.2017.11358
- Heath, G., Cooke, R., & Cameron, E. (2015). A Theory-Based Approach for Developing Interventions to Change Patient Behaviours: A Medication Adherence Example from Paediatric Secondary Care. *Healthcare*, *3*(4), 1228–1242. doi:10.3390/healthcare3041228
- Helfferich, C. (Hrsg.) (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hendrickx, H., McEwen, B. S., & van der Ouderaa, F. (2005). Metabolism, mood and cognition in aging: the importance of lifestyle and dietary intervention. *Neurobiology of aging*, *26 Suppl 1*, 1–5. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2005.10.005
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health services research*, *42*(4), 1443–1463. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x
- Hill, B., Richardson, B., & Skouteris, H. (2015). Do we know how to design effective health coaching interventions: a systematic review of the state of the literature. *American journal of health promotion*, *29*(5), e158-68. doi:10.4278/ajhp.130510-LIT-238
- Huber, G., & Weiß, K. (2015). Betriebliche Gesundheitsförderung – Trends und Forschungsupdate 2014. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, *31*(01), 6–9. doi:10.1055/s-0034-1384326

- Huijbregts, K. M. L., Jong, F. J. de, van Marwijk, H. W. J., Beekman, A. T. F., Adèr, H. J., Hakkaart-van Roijen, L., . . . van der Feltz-Cornelis, C. M. (2013). A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *Journal of affective disorders*, *146*(3), 328–337. doi:10.1016/j.jad.2012.09.015
- Institute of Coaching (IOC). (2017, Mai). *2017 May Coaching Report. Current developments in health an wellness coaching*. Zugriff am 02. Januar 2020 unter <https://instituteofcoaching.org/resources/2017-may-coaching-report>
- Johnson, C., Saba, G., Wolf, J., Gardner, H., & Thom, D. H. (2017). What do health coaches do? Direct observation of health coach activities during medical and patient-health coach visits at 3 federally qualified health centers. *Patient education and counseling*, *101*(5), 900–907. doi:10.1016/j.pec.2017.11.017
- Jordan, M., Wolever, R. Q., Lawson, K., & Moore, M. (2015). National training and education standards for health and wellness coaching: The path to national certification. *Global advances in health and medicine*, *4*(3), 46–56. doi:10.7453/gahmj.2015.039
- Kappes, F. (2017). *Überblick aktueller Ausbildungs-Curricula des Berufsbildes Gesundheitscoach im präventiven Setting - Ein systematischer Konzeptvergleich*. Bachelorarbeit, Deutsche Sporthochschule Köln.
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2012). Persuasive system design does matter: A systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of medical Internet research*, *14*(6), e152. doi:10.2196/jmir.2104
- Kivelä, K., Elo, S., Kyngäs, H., & Kääriäinen, M. (2014). The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. *Patient education and counseling*, *97*(2), 147–157. doi:10.1016/j.pec.2014.07.026
- Knoll, N., Scholz, U., & Rieckmann, N. (Hrsg.) (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (4. überarb. Aufl.). *UTB M (Medium-Format): Vol. 2650*. München: UTB; Ernst Reinhardt Verlag.
- Kuckartz, U. (Hrsg.) (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

- Kuhn, J., Lampert, T. & Ziese, T. (2012). *Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen - komplexe Evaluationen*. In Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernendes Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 9-14). Berlin: RKI. Zugriff am 10. August 2019 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/evaluation_praevention.pdf?__blob=publicationFile
- Kruse, J. (Hrsg.) (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lauterbach, M. (Hrsg.) (2008). *Gesundheitscoaching: Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219–229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- Lentferink, A. J., Oldenhuis, H. K., Groot, M. de, Polstra, L., Velthuisen, H., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2017). Key Components in eHealth Interventions Combining Self-Tracking and Persuasive eCoaching to Promote a Healthier Lifestyle: A Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, 19(8), e277. doi:10.2196/jmir.7288.
- Leveille, S. G., Huang, A., Tsai, S. B., Allen, M., Weingart, S. N., & Iezzoni, L. I. (2009). Health coaching via an internet portal for primary care patients with chronic conditions: a randomized controlled trial. *Medical care*, 47(1), 41–47. doi:10.1097/MLR.0b013e3181844dd0
- Linden, A., Butterworth, S. W., & Prochaska, J. O. (2010). Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(1), 166–174. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01300.x
- Lindner, H., Menzies, D., Kelly, J., Taylor, S., & Shearer, M. (2003). Coaching for behaviour change in chronic disease: A review of the literature and the implications for coaching as a self-management intervention. *Australian journal of primary health*, 9(3), 177–185.

- Long, H., Howells, K., Peters, S., & Blakemore, A. (2019). Does health coaching improve health-related quality of life and reduce hospital admissions in people with chronic obstructive pulmonary disease? A systematic review and meta-analysis. *British journal of health psychology, 24*(3), 515–546. doi:10.1111/bjhp.12366
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *The Lancet, 367*(9524), 1747–1757. doi:10.1016/S0140-6736(06)68770-9
- Ma, J., Yank, V., Xiao, L., Lavori, P. W., Wilson, S. R., Rosas, L. G., & Stafford, R. S. (2013). Translating the Diabetes Prevention Program lifestyle intervention for weight loss into primary care: a randomized trial. *JAMA internal medicine, 173*(2), 113–121. doi:10.1001/2013.jamainternmed.987
- McGonagle, A. K., Beatty, J. E., & Joffe, R. (2014). Coaching for workers with chronic illness: evaluating an intervention. *Journal of occupational health psychology, 19*(3), 385–398. doi:10.1037/a0036601
- Meng, H., Wamsley, B. R., Friedman, B., Liebel, D., Dixon, D. A., Gao, S., . . . Eggert, G. M. (2010). Impact of body mass index on the effectiveness of a disease management-health promotion intervention on disability status. *American journal of health promotion, 24*(3), 214–222. doi:10.4278/ajhp.081216-QUAN-306
- Michie, S., & Prestwich, A. (2010). Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 29*(1), 1–8. doi:10.1037/a0016939
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ, 339*, b2535. doi:10.1136/bmj.b2535
- Motschnig, R., & Nykl, L., (Hrsg.) (2009). *Konstruktive Kommunikation: Sich und andere verstehen durch personenzentrierte Interaktion* (1. Aufl.). *Konzepte der Humanwissenschaften*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Muñoz, R. F. (2010). Using evidence-based internet interventions to reduce health disparities worldwide. *Journal of medical Internet research, 12*(5), e60. doi:10.2196/jmir.1463.

- Muñoz Obino, K. F., Pereira, A. C., & Caron-Lienert, R. S. (2017). Coaching and barriers to weight loss: an integrative review. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*, 10, 1–11. doi:10.2147/DMSO.S113874
- National Board for Health & Wellness Coaching (NBHWC). (2019). *Health and Wellness Coaching Job Task Analysis Findings*. Zugriff am 23. November 2019 unter https://nbhwc.org/wp-content/uploads/2019/04/FINAL-JTA-4_15_19.pdf
- Nilsen, E. S., Myrhaug, H. T., Johansen, M., Oliver, S., & Oxman, A. D. (2006). Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD004563. doi:10.1002/14651858.CD004563.pub2
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK). (2019). *Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V – Kurzfassung*. Zugriff am 13. November 2019 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_npk/praeventionsbericht_1/2019_NPK-Prventionsbericht_Kurzfassung__Barrierefrei.pdf
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health promotion international*, 13, 349–364.
- Offermanns, M. (Hrsg.) (2004). *Braucht Coaching einen Coach?* Stuttgart: Ibidem Verlag.
- Oksman, E., Linna, M., Hörhammer, I., Lammintakanen, J., & Talja, M. (2017). Cost-effectiveness analysis for a tele-based health coaching program for chronic disease in primary care. *BMC health services research*, 17(1), 138. doi:10.1186/s12913-017-2088-4
- Oliveira, J. S., Sherrington, C., Amorim, A. B., Dario, A. B., & Tiedemann, A. (2017). What is the effect of health coaching on physical activity participation in people aged 60 years and over? A systematic review of randomised controlled trials. *British journal of sports medicine*, 51(19), 1425–1432. doi:10.1136/bjsports-2016-096943
- Olsen, J. M., & Nesbitt, B. J. (2010). Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review. *American journal of health promotion*, 25(1), e1-e12. doi:10.4278/ajhp.090313-LIT-101

- Ostermann, D. (Hrsg.) (2010). *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Palmer, S., Tubbs, I., & Whybrow, A. (2003). Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. *International journal of health promotion and education*, 41(3), 91–93. doi:10.1080/14635240.2003.10806231
- Pearson, E. S., Irwin, J. D., Morrow, D., Battram, D. S., & Melling, C. W. J. (2013). The CHANGE program: Comparing an interactive vs. prescriptive approach to self-management among university students with obesity. *Canadian journal of diabetes*, 37(1), 4–11. doi:10.1016/j.jcjd.2012.12.002
- Perski, O., Blandford, A., West, R., & Michie, S. (2017). Conceptualising engagement with digital behaviour change interventions: A systematic review using principles from critical interpretive synthesis. *Translational behavioral medicine*, 7(2), 254–267. doi:10.1007/s13142-016-0453-1
- Pirbaglou, M., Katz, J., Motamed, M., Pludwinski, S., Walker, K., & Ritvo, P. (2018). Personal Health Coaching as a Type 2 Diabetes Mellitus Self-Management Strategy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American journal of health promotion*, 32(7), 1613–1626. doi:10.1177/0890117118758234
- Prochaska, J. J., Spring, B., & Nigg, C. R. (2008). Multiple health behavior change research: An introduction and overview. *Preventive medicine*, 46(3), 181–188. doi:10.1016/j.ypmed.2008.02.001
- Räsänen, P., Roine, E., Sintonen, H., Semberg-Konttinen, V., Ryyänen, O.-P., & Roine, R. (2006). Use of quality-adjusted life years for the estimation of effectiveness of health care: A systematic literature review. *International journal of technology assessment in health care*, 22(2), 235–241. doi:10.1017/S0266462306051051
- Rauen, C. (Hrsg.) (2014). *Coaching: [mit Arbeitsmaterialien und Fallbeispielen]* (3. überarb. & erw. Aufl.). *Praxis der Personalpsychologie: Bd. 2*. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.
- Richards, J., Hillsdon, M., Thorogood, M., & Foster, C. (2013). Face-to-face interventions for promoting physical activity. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD010392. doi:10.1002/14651858.CD010392.pub2

- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2014) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI. Zugriff am 10. Juni 2019 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI, Berlin. Zugriff am 10. Juni 2019 unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2016). *Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI. Zugriff am 10. Juni 2019 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile
- Sacco, W. P., Malone, J. I., Morrison, A. D., Friedman, A., & Wells, K. (2009). Effect of a brief, regular telephone intervention by paraprofessionals for type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 32(4), 349–359. doi:10.1007/s10865-009-9209-4
- Schaller, A., Dejonghe, L. A. L., Alayli-Goebbels, A., Biallas, B., & Froboese, I. (2016a). Promoting physical activity and health literacy: study protocol for a longitudinal, mixed methods evaluation of a cross-provider workplace-related intervention in Germany (The AtRisk study). *BMC Public Health*, 16:626. DOI 10.1186/s12889-016-3284-6
- Schaller, A., Dintsios, C.-M., Icks, A., Reibling, N., & Froboese, I. (2016b). Promoting physical activity in low back pain patients: six months follow-up of a randomised controlled trial comparing a multicomponent intervention with a low intensity intervention. *Clinical rehabilitation*, 30(9), 865–877. doi:10.1177/0269215515618730

- Schaller, A., & Froboese, I. (2014). Movement coaching: study protocol of a randomized controlled trial evaluating effects on physical activity and participation in low back pain patients. *BMC musculoskeletal disorders*, *15*(1), 391. doi:10.1186/1471-2474-15-391
- Schaller, A., Petrowski, K., Pfoertner, T.-K., & Froboese, I. (2017). Effectiveness of a theory-based multicomponent intervention (Movement Coaching) on the promotion of total and domain-specific physical activity: a randomised controlled trial in low back pain patients. *BMC musculoskeletal disorders*, *18*(1), 431. doi:10.1186/s12891-017-1788-6
- Schmid, E., Weatherly, J. N., Meyer-Lutterloh, K., Seiler, R., & Lägel, R. (Hrsg.) (2008). *Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management: Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung e.V. (DGbG)*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgemeinschaft.
- Schöffski, O., (2012). Einführung. In Schöffski, O., & Graf von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (S. 3-11). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schweier, R., Romppel, M., Richter, C., Hoberg, E., Hahmann, H., Scherwinski, I., . . . Grande, G. (2014). A web-based peer-modeling intervention aimed at lifestyle changes in patients with coronary heart disease and chronic back pain: sequential controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *16*(7), e177. doi:10.2196/jmir.3434
- Selvaraj, F. J., Mohamed, M., Omar, K., Nanthan, S., Kusiar, Z., Subramaniam, S. Y., . . . Low, W. H. H. (2012). The impact of a disease management program (COACH) on the attainment of better cardiovascular risk control in dyslipidaemic patients at primary care centres (The DISSEMINATE Study): A randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, *13*, 97. doi:10.1186/1471-2296-13-97
- Sforzo, G. A., Kaye, M. P., Todorova, I., Harenberg, S., Costello, K., Cobus-Kuo, L., . . . Moore, M. (2017). Compendium of the Health and Wellness Coaching Literature. *American journal of lifestyle medicine*, *12*(6), 436–447. doi:10.1177/1559827617708562

- Sforzo, G. A., Kaye, M. P., Harenberg, S., Costello, K., Cobus-Kuo, L., Rauff, E., . . . Moore, M. (2019). Compendium of Health and Wellness Coaching: 2019 Addendum. *American journal of lifestyle medicine*, 155982761985048. doi:10.1177/1559827619850489
- Sjöquist, E. S., Brodin, N., Lampa, J., Jensen, I., & Opava, C. H. (2011). Physical activity coaching of patients with rheumatoid arthritis in everyday practice: A long-term follow-up. *Musculoskeletal care*, 9(2), 75–85. doi:10.1002/msc.199
- Smith, K. C., Paltiel, A. D., Yang, H. Y., Collins, J. E., Katz, J. N., & Losina, E. (2018). Cost-effectiveness of health coaching and financial incentives to promote physical activity after total knee replacement. *Osteoarthritis and cartilage*, 26(11), 1495–1505. doi:10.1016/j.joca.2018.07.014
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043
- Strijk, J. E., Proper, K. I., van Mechelen, W., & van der Beek, A. J. (2013). Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: results of a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 39(1), 66–75. doi:10.5271/sjweh.3311
- Strong, K., Mathers, C., Leeder, S., & Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *The Lancet*, 366(9496), 1578–1582. doi:10.1016/S0140-6736(05)67341-2
- Taylor, S. S., & Kennedy, A. B. (2018). Health and Wellness Coaching: Providers and Practice-A Commentary on Sforzo and Colleagues (2018). *American journal of lifestyle medicine*, 12(6), 451–455. doi:10.1177/1559827618790531
- Thom, D. H., Ghorob, A., Hessler, D., Vore, D. de, Chen, E., & Bodenheimer, T. A. (2013). Impact of peer health coaching on glycemic control in low-income patients with diabetes: a randomized controlled trial. *Annals of family medicine*, 11(2), 137–144. doi:10.1370/afm.1443
- Thom, D. H., Wolf, J., Gardner, H., DeVore, D., Lin, M., Ma, A., . . . Saba, G. (2016). A Qualitative Study of How Health Coaches Support Patients in Making Health-Related Decisions and Behavioral Changes. *Annals of family medicine*, 14(6), 509-516. doi:10.1370/afm.1988

- Thomas, M. L., Elliott, J. E., Rao, S. M., Fahey, K. F., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2012). A randomized, clinical trial of education or motivational-interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. *Oncology nursing forum*, *39*(1), 39–49. doi:10.1188/12.ONF.39-49
- Tippelt, R., & Tenorth, H. (2007). *BELTZ Lexikon Pädagogik*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Vale, M. J., Jelinek, M. V., Best, J. D., Dart, A. M., Grigg, L. E., Hare, D. L., . . . McNeil, J. J. (2003). Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. *Archives of internal medicine*, *163*(22), 2775–2783. doi:10.1001/archinte.163.22.2775
- van Berkel, J., Boot, C. R. L., Proper, K. I., Bongers, P. M., & van der Beek, A. J. (2014). Effectiveness of a worksite mindfulness-based multi-component intervention on lifestyle behaviors. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, *11*, 9. doi:10.1186/1479-5868-11-9
- Verhagen, A. P., Vet, H. C.W. de, Bie, R. A. de, Kessels, A. G.H., Boers, M., Bouter, L. M., & Knipschild, P. G. (1998). The Delphi List. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(12), 1235–1241. doi:10.1016/S0895-4356(98)00131-0
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., . . . Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American journal of community psychology*, *41*(3-4), 171–181. doi:10.1007/s10464-008-9174-z
- Warburton, D. E. R., & Bredin, S. S. D. (2017). Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current opinion in cardiology*, *32*(5), 541–556. doi:10.1097/HCO.0000000000000437
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian medical association journal*, *174*(6), 801–809. doi:10.1503/cmaj.051351
- Willard-Grace, R., Chen, E. H., Hessler, D., DeVore, D., Prado, C., Bodenheimer, T., & Thom, D. H. (2015). Health coaching by medical assistants to improve control of diabetes, hypertension, and hyperlipidemia in low-income patients: a randomized controlled trial. *Annals of family medicine*, *13*(2), 130–138. doi:10.1370/afm.1768

- Wolever, R. Q., Dreusicke, M., Fikkan, J., Hawkins, T. V., Yeung, S., Wakefield, J., . . . Skinner, E. (2010). Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *The Diabetes educator*, 36(4), 629–639. doi:10.1177/0145721710371523
- Wolever, R. Q., Jordan, M., Lawson, K., & Moore, M. (2016). Advancing a new evidence-based professional in health care: job task analysis for health and wellness coaches. *BMC health services research*, 16, 205. doi:10.1186/s12913-016-1465-8
- Wolever, R. Q., Simmons, L. A., Sforzo, G. A., Dill, D., Kaye, M., Bechard, E. M., . . . Yang, N. (2013). A Systematic Review of the Literature on Health and Wellness Coaching: Defining a Key Behavioral intervention in Healthcare. *Global advances in health and medicine*, 2(4), 38–57. doi:10.7453/gahmj.2013.042
- Wongpiriyayothar, A., Piamjariyakul, U., & Williams, P. D. (2011). Effects of patient teaching, educational materials, and coaching using telephone on dyspnea and physical functioning among persons with heart failure. *Applied nursing research*, 24(4), e59-66. doi:10.1016/j.apnr.2010.02.007
- World Health Organization (WHO). (1948). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. (1999). *Healthy living: what is a healthy lifestyle?*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Zugriff 25. August 2019 unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108180>
- World Health Organization (WHO). (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Zugriff am 12. Januar 2020 unter <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- World Health Organization (WHO). (2017). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health promotion international*, 32(1), 7–8. doi:10.1093/heapro/daw103
- World Health Organization (WHO). (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Ziesche, S. (2015). Nutzenpotenziale von betrieblicher Gesundheitsförderung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*; 31, 15–20.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Arbeit unterstützt und motiviert haben.

Zuerst gebührt mein Dank Herrn Univ.-Prof. Dr. Ingo Froböse. Für das kritische Hinterfragen, das Überschauen des großen Ganzen und die wertvollen Hinweise bedanke ich mich herzlich. Außerdem bedanke ich mich dafür, ein Teil des Instituts für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation unter seiner Leitung gewesen sein zu dürfen.

Ein ganz besonderer Dank gilt Frau Univ.-Prof. Dr. Andrea Schaller, die mein „wissenschaftliches Potenzial“ entdeckt, geweckt und gefördert hat. Mein herzlicher Dank gilt insbesondere ihrer konstruktiven Kritik, ihrer kontinuierlichen, hochwertigen und weitsichtigen Betreuung sowie ihrer Unterstützung bei meiner Karriereplanung. Ich habe viel und gerne von und mit ihr gelernt – vielen Dank, Andrea.

Auch meine ehemaligen Kolleginnen und Kollegen sowie die Hilfskräfte des Instituts für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation haben daran mitgewirkt, dass diese Arbeit nun in dieser Form vorliegt. Vielen Dank, dass ich die Möglichkeit hatte, mit euch zu forschen und zu arbeiten. Danken möchte ich insbesondere Frau Dr. Bianca Biallas und Herrn Gerrit Stassen. Der größte Dank an dieser Stelle gilt Herrn Kevin Rudolf – Danke für die zuverlässige Unterstützung auf fachlicher und insbesondere auf moralisch-emotionaler Ebene. Seine Unterstützung als Kollege und guter Freund hat einen großen Teil zur Vollendung dieser Arbeit beigetragen.

Weiterhin bedanke ich mich für die Unterstützung bei Frau Jennifer Becker, Frau Univ.-Prof. Dr. Lorna McKee sowie meinen Kollegen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden, insbesondere bei Stephanie, Nathalie und Kathrin, ohne die dieses Unternehmen nicht hätte funktionieren können. Der Zuspruch meiner Familie hat mich motiviert, dieses Vorhaben voranzubringen. Ich bedanke mich für die verständnisvolle Geduld, die während meines ganzen akademischen Werdegangs aufgebracht wurde. Der allergrößte Dank gilt meiner Mutter!

E, ultimo ma non meno importante, vorrei ringraziare il mio ragazzo amorevole, comprensibile e rassicurante Fabio molto speciale e sincero, grazie. **Danke!**

*Meinen Eltern
Meinem Großvater*