



Bachelor-Thesis

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Motivational Interviewing -

ein professionelles Konzept in der psychosozialen Beratung
am Beispiel des Fallmanagements

Vorgelegt von: Carola Newiger

Studiengang: Soziale Arbeit

Erstprüfer: Prof. Dr. Andreas Speck

Zweitprüfer: Karsten Giertz, M. A.

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0715-9

Heidgraben, 26.04.2021

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Einleitung	1
1 Kernelemente der psychosozialen Beratung.....	3
1.1 Beziehungen und Begegnungen	5
1.2 Emotionale Kompetenz und Intelligenz der Gefühle	6
1.3 Empowerment und Recovery	8
2 Das Theoriemodell Motivational Interviewing (MI)	9
2.1 Die Historie	10
2.2 Definitionen von MI	11
2.3 Theoretische Grundlagen von MI	12
2.3.1 Klientenzentrierte Therapie	12
2.3.2 Theorie kognitiver Dissonanz.....	14
2.3.3 Transtheoretisches Modell	15
3 Komponenten des MI-Ansatzes.....	16
3.1 Die mentale und emotionale Grundhaltung des MI	17
3.2 Vier Basisprozesse im MI	19
3.3 Grundlegende Methoden des MI	23
3.3.1 Zentrale Kommunikationsstrategien: OARS.....	23
3.3.2 Veränderungsmotivation fördern (Change Talk)	26
3.3.3 Änderungszuversicht stärken (Confidence Talk).....	27
3.3.4 Konstruktiv mit Sustain Talk und Dissonanzen umgehen	28
4 Die Anwendung des MI in der psychosozialen Beratung.....	29
4.1 Der Leistungsanbieter: Brücke Schleswig-Holstein gGmbH	29
4.2 Das Beratungsangebot: Fallmanagement im Modellprojekt AktiFAME.....	30
4.3 Fallmanagement: Begriffsbestimmung und Übertragbarkeit.....	32
4.4 Die Anwendung des MI im Fallmanagement.....	34

5	Analyse der Umsetzbarkeit und Handlungsempfehlungen	39
6	Zusammenfassung	43
	Anhang.....	45
A1.	Das Lebensführungssystem mit Handlungssystemen	45
A2.	Das Modell der affektiven sozialen Kompetenz	46
A3.	Möglichkeiten der Dissonanzreduktion	47
A4.	Spiralmodell der „Stages of Change“.....	48
A5.	From precontemplation to maintenance, Miller 1983.....	48
A6.	Das Stadien-der-Veränderung-Modell, Körkel 2017.....	49
A7.	Die Komponenten des MI, Miller und Rollnick 2013.....	50
A8.	Fragenkatalog zur Förderung von Change Talk	51
A9.	Das Grundprinzip der Leistungserbringung	52
A10.	Übersicht: von der Absichtslosigkeit bis zur Handlung im Praxisfall Kim.....	53
A11.	Agenda Mapping im Praxisfall Kim.....	54
A12.	Haus der Arbeitsfähigkeit im Praxisfall Kim	55
A13.	Gesprächsauszug: Vorbereitender Change Talk im Praxisfall Kim	56
A14.	Die Entscheidungswaage im Praxisfall Kim.....	57
A15.	Gesprächsauszug: Mobilisierender Change Talk im Praxisfall Kim.....	58
A16.	Zielerreichungsskala im Praxisfall Kim	59
	Quellenverzeichnis	60
	Ehrenwörtliche Erklärung	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rogers's Therapeutic Triangle	13
Abbildung 2: Die MI-Grundhaltung	17
Abbildung 3: Vier Prozesse im MI.....	19
Abbildung 4: Der MI-Berg.....	22

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Ahg.	Anhang
Art.	Artikel
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Brücke SH	Brücke Schleswig-Holstein gGmbH
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CAT	Commitment, Activation, Taking Steps ¹
DARN	Desire, Ability, Reasons, Need ²
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
Deutscher Verein e.V.	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DGfB	Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V.
d.h.	das heißt
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DRV Nord	Deutsche Rentenversicherung Nord
ebd.	ebenda (genau, gerade dort)
EMR	Erwerbsminderungsrente
et al.	und andere
EU	Europäische Union
f.	folgende*r
ff.	fortfolgende*r
FM	Fallmanagement
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber*in
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health ³
i.d.R.	in der Regel
IFD	Integrationsfachdienst
IFSW	International Federation of Social Workers ⁴
i.v.m.	in Verbindung mit

¹ CAT: Selbstverpflichtung, Aktivierung, unternommene Schritte

² DARN: Wunsch, Fähigkeit, Gründe, Notwendigkeit

³ ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

⁴ IFSW: Internationaler Verband der Sozialarbeiter*innen

Kap.	Kapitel
max.	maximal
MI	Motivational Interviewing ⁵
mind.	mindestens
OARS	asking Open questions, Affirming, Reflecting, Summarizing ⁶
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus ⁷
s.A.	siehe Anhang
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SoC	Stages of Change ⁸
sog.	sogenannte
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, hier: Universität zu Lübeck
u.U.	unter Umständen
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WAI	Work Ability Index ⁹
z.B.	zum Beispiel
zit.n.	zitiert nach

⁵ Motivational Interviewing: Motivierende Gesprächsführung

⁶ OARS: Offene Fragen stellen, Würdigung, Reflexion, Resümee

⁷ PDCA-Zyklus: Zyklus des Planens, Umsetzens, Überprüfens, Handelns

⁸ Stages of Change: Veränderungsphasen

⁹ Work Ability Index: Arbeitsbewältigungsindex

Einleitung

„What shall we do with the drunken sailor?“¹⁰ mit diesem bekannten Volkslied wurde Ende des 19. Jahrhunderts eine Fragestellung besungen, die auch ein Jahrhundert später William R. Miller aufgriff: Was soll mit Suchterkrankten geschehen und wie können sie dazu gebracht werden, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren und gesundheitsrelevantes Verhalten zu ändern? Er entwickelte ein Motivationsmodell zur Gesprächsführung, das, im Wesentlichen zunächst auf Empathie basierend, mit Elementen der klientenzentrierten Gesprächstherapie und verhaltenstherapeutischen Methoden einen Paradigmenwechsel für den Suchtbereich bedeutete. Zusammen mit Stephen Rollnick entwickelte Miller seinen Ansatz weiter zum Motivational Interviewing (in Folge kurz: MI) als bedeutsames Verfahren, um Veränderungsmotivation generell zu mobilisieren.

Und auch Miller und Rollnick verwenden in ihrem neuesten Werk aus dem Jahr 2015 eine musicale Metapher: Sie begreifen ein Gespräch über Veränderung als Zusammenspiel von Melodie und Rhythmus eines Tanzes. Ein Tanz, bei dem Akteure, Musik, Tanzfläche und auch Tanzform zusammen den Bezugsrahmen für einen gut funktionierenden Bewegungsfluss im Gespräch über Veränderung bilden (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 451).

Die folgende Arbeit möchte den Kontext des Tanzes in zwei Teilen beschreiben. Sie setzt sich im ersten Teil mit dem heutigen professionellen Konzept des MI wissenschaftlich anhand von Literaturrecherche auseinander, wobei im zweiten Teil die Anwendbarkeit im Rahmen der psychosozialen Beratung näher betrachtet und überprüft wird. Es wird herausgearbeitet, welche theoretischen Grundlagen dem MI zu Grunde liegen und welche Potenziale und Herausforderungen in der Umsetzung in die Praxis, speziell im Fallmanagement, zu erkennen sind. Dabei stellt die Autorin sich die konkrete Frage:

Welche Potenziale und Herausforderungen bieten die theoretischen Bezüge des MI in der psychosozialen Beratung am Beispiel des Fallmanagements?

Um diese grundlegende Frage zu beantworten, wird diese Bachelorarbeit wie folgt gegliedert: Im ersten Kapitel wird einleitend ein allgemeiner Blick auf Kernelemente der psychosozialen Beratung gelegt. Im zweiten Kapitel wird das Theoriemodell des MI anhand der Historie, der Definitionen und als eklektischer Ansatz mit theoretischen Grundlagen beschrieben. Im nächsten Schritt geht die Autorin auf die Komponenten des MI-Ansatzes näher ein, bei dem insbesondere die zugrundeliegende Haltung, die Basisprozesse und Methoden dargestellt werden.

Ab dem vierten Kapitel werden die theoretischen Ausführungen in die Praxis transferiert. Zunächst wird anhand der Basisprozesse ein konkreter Praxisfall im Verlauf beschrieben

¹⁰

Drunken Sailor: Irisches traditionelles Shanty (1891)

und im fünften Kapitel die Umsetzbarkeit anhand der Potenziale und Herausforderungen erörtert und daraus Handlungsempfehlungen, speziell für den beruflichen Kontext der Autorin, abgeleitet. In der Schlussbetrachtung sind die Potentiale und Herausforderungen des MI in der psychosozialen Beratung, abgeleitet aus dem beschriebenen Praxisfall, zusammengefasst. Im Anhang (in Folge kurz: A.) werden u.a. Abbildungen, Transkripte von Gesprächssequenzen und visuelle Darstellungen aus der konkreten Fallarbeit aufgeführt.

Die Autorin hat MI im September 2018 im Rahmen ihres Studiums erstmals kennengelernt, im Herbst 2019 in einer Basisschulung vertieft und ist seitdem bestrebt, MI als Anwendungsmethode in ihrer psychosozialen Beratung im Fallmanagement zu implementieren.

Abschließend sei anzumerken, dass die Autorin sich in dieser Arbeit auf folgende Begrifflichkeiten für die Akteure im MI festlegt: für die zu beratende Person werden auch die Begriffe „Klient*in“ bzw. „Klientel“ und für die beratende Person auch die Begriffe „Interviewer*in“, „Fachkraft für Soziale Arbeit“ oder „MI-Fachkraft“ verwendet.

1 Kernelemente der psychosozialen Beratung

Soziale Arbeit ist dann notwendig, wenn Menschen mit ihrer Umwelt interagieren und soziale Problemlagen auftreten, die Betroffene eigenständig nicht lösen können. Da belastende Lebenssituationen von den Betroffenen mit ihren vielfältigen Bedürfnissen, Persönlichkeitsmerkmalen und Lern-, Handlungs- und Arbeitsvermögen unterschiedlich psychisch bewältigt werden, beinhaltet Soziale Arbeit auch eine psychosoziale Komponente.

In den klassischen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit wie soziale Einzelfallarbeit, soziale Gruppenarbeit und auch Gemeinwesenarbeit kommt eine Methodenvielfalt zum Tragen (vgl. Northoff 2012, S. 13). In dieser Arbeit wird der Fokus auf die psychosoziale Beratung als professionelle zwischenmenschliche Hilfsdisziplin in der sozialen Einzelfallarbeit gelegt.

Psychosozial

bezeichnet „*Phänomene, die gleichzeitig psychischer und sozialer Natur sind bzw. die durch die Interdependenz psychischer und sozialer Prozesse gekennzeichnet sind*“ (Klima 1994, S. 526). Die soziale Dimension berücksichtigt die Lebenswelten des Menschen, denn als soziales Wesen werden sowohl seine Lebens- und Beziehungsformen systemisch einbezogen als auch die Lebensphasen und -umstände, in denen er sich gerade befindet. Die Lebenswelt des Individuums mit seinen sozialen Verflochtenheiten, als verursachende oder beteiligte Person von multifaktoriell bestimmten Konflikt- und Problemsituationen, und seine biografischen Erfahrungen lösen unabdinglich innere psychische Prozesse aus, die seine Grundorientierung und Motivation beeinflussen und welche sich im Laufe einer Beratung eben ändern oder nicht.

Beratung

Menschen in persönlichen Notlagen entbehren oft soziale Gerechtigkeit und Sicherheit in Form von angemessener Güterausstattung und Partizipation an Gesundheits-, Bildungs- und Sozialleistungen. Um dies zu gewährleisten, sind Aufgaben im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt (§ 1 SGB I), u.a. haben Alle Anspruch auf Beratung (§ 14 SGB I).

Die Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V. (in Folge kurz: DGfB) hat in einem allgemeinen Beratungsverständnis gemeinsame Standards für subjekt-, kontext- und aufgabenbezogene Beratungstätigkeit definiert. Beratung ist nicht nur eine Disziplin zwischen zwei Personen, sondern sie beinhaltet interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Einrichtungen und Berufsgruppen, um kooperativ Ergebnisse zu erreichen. Sie setzt konkrete Zielvereinbarungen voraus und berücksichtigt dabei persönliche und soziale Ressourcen des Klientels (vgl. DGfB 2003, [Internetquelle]).

Beratung als personen- und strukturbbezogene soziale Dienstleistung definiert der Transaktionsanalytiker Schulz-Wallenwein als „*eine Methode der Sozialen Arbeit zur*

vereinbarten Förderung von Klärungsprozessen, Entscheidungen und Handlungen“ (Schulz-Wallenwein 2007, S. 99). Klient*in und Interviewer*in treffen im Sinne des Kostenträgers eine Vereinbarung, um zwei wesentliche Ziele im Beratungsprozess zu erreichen: zum einen soll der*die Klient*in die Fähigkeit erlangen, seine*ihrer belastungsinduzierten psychosozialen Widersprüche und Zwiespältigkeiten zu reflektieren, als Diagnostik zu klären und zum anderen eine Handlungsfertigkeit gewinnen, die ihn*sie befähigt und motiviert, diese Belastungen selbstbestimmt durch Intervention zu vermindern (vgl. Zygowski 1989, S. 172).

Die Übergänge des Beratungskontinuums zwischen Auskunft und Therapie scheinen, insbesondere in der Handlungsebene, fließend und bewegen sich zwischen diesen beiden Polen (vgl. Schilling/Klus 2015, S. 188f.). Therapie wird als ein Verfahren beschrieben, „welches auf der Basis einer Diagnose störende Symptome und möglichst auch ihre Quellen minimieren bzw. beseitigen will“ (Gerrig/Zimbardo 2008, S. 596). Während Therapie also von einem pathogenen Krankheitskonzept mit Behandlung von innerpsychischen Symptomen ausgeht, bearbeitet Beratung die Schwierigkeiten der Klientel als Konflikte und Desorientierungserfahrungen unter Berücksichtigung der gesamten Lebenssituation und sozialer Komponenten. Sie hat die Bewältigung von Krisen bzw. Neuorientierung der Klientel im Fokus (vgl. Pauls/Stockmann 2013, S. 15).

Psychosoziale Beratung

richtet sich an Hilfesuchende, die die äußereren Anforderungen allein nicht bewältigen können, aber die die Verantwortung für ihr Handeln übernehmen. Psychosoziale Beratung begleitet „Wechselwirkungen und Interaktionen zwischen Menschen und ihrer Umwelt“, indem sie bei der Entwicklung von individuellen und sozialen Bewältigungsformen unterstützt (Sickendiek et al. 2008, S. 19). Psychosoziale Beratung hat zum einen das Ziel, Situations- und Selbsterkenntnis des*der Hilfesuchenden zu fördern, zum anderen unterstützt der*die Beratende dabei, Ressourcen und Kompetenzen zu erschließen und zu aktivieren, so dass die zu beratende Person ihre Lebenssituation eigenständig regeln kann (vgl. ebd., S. 21).

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über Kernelemente der psychosozialen Beratung gegeben. Es sei allerdings anzumerken, dass die anschließenden Kapitel in Anbetracht des Umfangs dieser Bachelorarbeit nur einige Aspekte skizzieren. Es geht in erster Linie darum, aus der Komplexität die für die Autorin bedeutungsvollsten Elemente herauszugreifen und im MI als mentale und emotionale Grundhaltung (s. Kap. 3.1) wiederzuentdecken.

1.1 Beziehungen und Begegnungen

Die Geschichte der Menschheit ist eine Geschichte menschlicher Nähe. Starke soziale Beziehungen zeichnen seit jeher die Evolutionsgeschichte des Menschen aus. Ich kann nur mich erkennen, wenn ich Dich habe als Du, dann kann ich mich als Mensch verorten (vgl. Harari 2013, S. 19f.).

Laut Elias sind Menschen in mehr oder weniger festen Verbänden organisiert und kommen nur in Gemeinschaften, wie er es nennt Figuren vor, d.h. sie sind aufeinander angewiesen. Begegnung und Beziehung sind unausweichliche, gegenseitige Abhängigkeiten in Gesellschaft, sowohl mit körperlicher und seelischer Nähe als auch mit Machtbalancen. Menschen handeln nicht völlig autonom, sondern beeinflussen sich gegenseitig. Sie bilden dynamische Gruppen oder Gesellschaften verschiedener Art und Qualität von unterschiedlicher Dauer (vgl. Elias 1997, S. 70), handeln also in ihren Lebensführungssystemen mit Teilsystemen in diversen Bereichen (s.A. 1).

Der*die Berater*in mit eigenem Lebensführungssystem, agiert zeitlich begrenzt konkret in den bio-psychosozialen Systemen der zu beratenden Person. Dies erfolgt von ihrer Seite entweder freiwillig oder durch Institutionen, beispielsweise durch das Jobcenter, verpflichtend (vgl. Schäfter 2010, S. 38). Die Umstände, warum Beratung stattfindet, kann relevant sein für den Beziehungsaufbau.

Zu den Aufgaben der Fachkraft für Soziale Arbeit zählen u.a. die Ausstattung des Lebensführungssystems des*der Klient*in personenbezogen zu erheben, psychosoziale und oft auch intime Faktoren mit ihren Interdependenzen zu erkunden, Ressourcen und Bewältigungsstrategien zusammen mit der zu beratenden Person herauszuarbeiten und sie in ihrer Lebenswelt bei der Planung und Umsetzung gemeinsam vereinbarter Ziele zu unterstützen (vgl. Dällenbach et al. 2013, S. 180ff.). Um diese umfängliche Hilfe leisten zu können, ist eine professionelle, vertrauensvolle und vor allem persönliche Beziehung und Nähe zwischen Berater*in und Klient*in notwendig (vgl. Schäfter 2010, S. 39), was sich in der aktuellen Pandemiesituation mit Appellen zur sozialen Distanz als sehr herausfordernd erweist, und in dieser Arbeit u.a. im Kapitel 5 thematisiert wird.

In der Fachkraft-Klient*in-Beziehung kann ein asymmetrisches Verhältnis durch „größeres Fachwissen, größere Distanz zum Problem, weniger Betroffenheit und das größere Repertoire an Handlungs- und Lösungsmöglichkeiten“ (ebd. 2010, S. 54) auf Seiten des*der Berater*in und durch die Bedürftigkeit des*der Klienten*in entstehen.

Nun ist in professionellen Beziehungen nicht nur Nähe zur Klientel notwendig, sondern auch Distanz, um „Verführungen zu klammernden, okkupierenden Beziehungen bzw. zu Macht und Bemächtigung“ entgegenzutreten (vgl. Thiersch, 2007, S. 34f.). Begegnungen und Beziehungen haben lt. Staub-Bernasconi also immer etwas mit Macht zu tun, denn zwei Menschen stehen in unmittelbarem oder durch soziale Regeln herbeigeführten Über- und

Unterordnungs-/Unterwerfungsverhältnis, das veränderbar ist (vgl. Staub-Bernasconi 2011, S. 370). Weiter unterscheidet sie zwischen legitimer und illegitimer Macht. Legitime Macht als Voraussetzung für die Durchführung Sozialer Arbeit, bezieht sich auf diejenigen sozialen Regeln, welche menschengerechte, d.h. bedürfnisgerechte und lernfördernde Strukturen legitimieren. Illegitime Macht rekurriert als unreflektierende, die Klientel behindernde Form der Machtausübung auf diejenigen sozialen Regeln, welche menschenverachtende, d.h. bedürfnisversagende und lerneinschränkende Strukturen ermöglichen (vgl. Sagebiel/Pankofer 2015, S. 115). Im Sinne der psychosozialen Beratung wirkt die Fachkraft für Soziale Arbeit am Aufbau legitimer Macht durch eine problemorientierte Arbeitsweise wie Ressourcenerschließung, Bewusstseinsbildung, Vernetzung und Empowerment¹¹ mit einer symmetrischen, sozialen Austauschbeziehung im Sinne eines gleichberechtigten, horizontalen Austausches hin. Die Kommunikationsebene orientiert sich an der zu beratenden Person, so dass eine gleichermaßen verantwortliche Zusammenarbeit an den Beratungszielen mit durchaus geteilten Aufgaben möglich ist (vgl. Steiner 2009, S. 19).

„*In der Begegnung begegnen sich Gegner*“ (Bock/Kluge 2019, S. 54), es mischen sich Lust und Neugier mit Angst, sowohl bei der zu beratenden Person als auch beim Beratenden. Ängste als Energie und Schärfer der Sinne sind dann gesund, wenn die Ambivalenzen entsprechend des Riemann-Thomann-Modells sowohl zwischen den Beziehungs-Polen Distanz und Nähe als auch zwischen den Berechenbarkeits-Polen Stetigkeit und Wandel ausgewogen sind (vgl. ebd., S. 55). Der*die Beraterin weiß um die Grundformen der Angst, die zur menschlichen Existenz gehören. In Begegnung treffen ausgeprägte Charaktere, Persönlichkeitsprofile und Grundstrebungen mit individuellen Bedürfnissen, Werten und Prinzipien aufeinander, alle Beteiligten bewegen sich in ihren seelischen Heimatgebieten (vgl. Stahl 2007, S. 235).

Diese Zusammenhänge gilt es in MI auch zu reflektieren und für die Interaktion zwischen den Akteuren und für die gemeinsame Arbeit an Beratungszielen zu nutzen.

1.2 Emotionale Kompetenz und Intelligenz der Gefühle

Emotionale Kompetenz wird allgemein von der Fachkraft für Soziale Arbeit in der psychosozialen Beratung erwartet. Sie kann die affektive Seite des Erlebens wahrnehmen und die mehr oder weniger intensiven Erfahrungen von Lust oder Unlust in Beziehung zu den Erlebnisinhalten stellen, auf die körperlich beispielsweise mit Erregung, Beruhigung, Anspannung oder Entspannung reagiert wird (Emotion: vgl. Klima 1994, S. 224). Eine emotional kompetente Person weiß, dass „*jeder Emotion eine Tendenz zum Handeln innewohnt*“ (Goleman 1997, S. 22) und wird dies im Beratungskontext berücksichtigen.

¹¹

Empowerment: Selbstbefähigung, Selbstbemächtigung

Im Modell der affektiven sozialen Kompetenz nach Halberstadt et al. (2001) geht es in sozialer Interaktion um Senden, Empfangen und Erleben von Gefühlen. Im Mittelpunkt der Interagierenden steht jeweils ihr Selbst, wobei verschiedene äußere Kontexte wie soziales Umfeld, Kultur, Arbeitswelt etc. von außen einwirken (s.A. 2).

In sozialer Interaktion, also auch im Beratungskontext, nehmen Berater*in und Klient*in sowohl individuelle als auch Gefühle des Gegenübers in Form von körperlichem Ausdruck und gesprochener Sprache wahr. Dafür ist eine Introspektion, die Innenansicht auf das Selbst nötig. Die Introspektion ermöglicht, sich der eigenen emotionalen Prozesse bewusst zu werden und zu erahnen, wie sich diese Prozesse im eigenen Körper sinnlich niederschlagen. Das Gegenüber wiederum reagiert auf seine eigene Interpretation der empfangenen körperlichen Signale (vgl. Müller-Commichau, 2005, S. 67f.).

Goleman beschreibt die „*Intelligenz der Gefühle*“ wie folgt: „*Dazu gehören Fähigkeiten, wie die, sich selbst zu motivieren und auch bei Enttäuschungen weiterzumachen; Impulse zu unterdrücken und Gratifikationen hinauszuschieben; die eigenen Stimmungen zu regulieren und zu verhindern, dass Trübsal einem die Denkfähigkeit raubt; sich in andere hineinzuersetzen und zu hoffen*“ (Goleman 1997, S. 54). Um emotional kompetent zu sein, bedarf es also folgender Anlagen: die eigenen Gefühle und die des anderen zu erkennen, sich und andere zu motivieren, Geduld und Selbstbewusstsein zu haben, mit eigenen und Emotionen anderer authentisch, wertschätzend und empathisch umzugehen und Beziehungen zu kultivieren (vgl. ebd., S. 53ff.).

Der israelische Philosoph und Emotionstheoretiker Ben-Ze`ev definiert vier Grundkomponenten von Emotionen: „*cognition, evaluation, motivation, and feeling*“¹², die als Bewertungssystem mit großer Intensität, Instabilität und von kurzer Dauer auftreten und äußere Umstände und eigene Bedürfnisse miteinander abgleichen und zu bestimmten Verhaltenstendenzen führen (vgl. Ben-Ze`ev 2009, S. 46).

Emotionen beginnen mit „*cognition*“, ihrer Identifizierung. Dafür braucht es kognitives Verstehen, (Selbst-) Erkenntnis oder der (selbst-)reflexiven, fortwährenden Wahrnehmung von inneren Zuständen und Empfindungen. Dies erfordert wiederum eine unvoreingenommene Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Moment, die Goleman als „*Achtsamkeit*“ (vgl. Goleman 1997, S. 67f.) und der Transaktionsanalytiker Claude Steiner als „*Emotionale Bewusstheit*“ bezeichnet (vgl. dgek 2019, [Internetquelle]). Im nächsten Schritt erfolgt eine subjektive Bewertung: „*evaluation*“ der Stimmungen, es bedarf der Reflexion der Kausalität und die Fähigkeit diese, vor allem mit Sprache, auszudrücken. Aktivitäten, „*motivation*“, werden ausgelöst und generieren wiederum Gefühle.

12

Vier Grundkomponenten von Emotionen: Wahrnehmung, Bewertung, Motivation und Gefühl

Um kompetent unterstützen zu können, und mit professioneller Haltung eine liebevolle Begegnung einzugehen, sind Verstehen und Akzeptanz, Empathie und Einfühlungsvermögen relevant. Das Gegenüber wird als Mensch bejaht, nicht notwendigerweise seine Auffassungen und Handlungen (vgl. Müller-Commichau, 2005, S. 24f.).

Claude Steiner hat in einem Interview 2010 die wichtigsten Aspekte emotionaler Kompetenz zusammengefasst: emotional kompetent ist, wer Gefühle erkennt, ausdrückt und kontrolliert, wer Wertschätzung und Anerkennung, sog. „Strokes“ geben, um sie bitten, sie annehmen und sich auch selbst Zuwendung geben kann. Kleinkinder können dies, aber die Menschen verlieren im Laufe ihrer Sozialisation diese Fähigkeiten dadurch, dass es u.a. einen Anteil (kritisches Eltern-Ich) in ihnen gibt, der ihnen sagt, dass mit ihnen etwas nicht stimmt (vgl. Steiner 2010, [Internetquelle]). Um emotional kompetent in der psychosozialen Beratung an den Lebensplänen der Klientel agieren zu können, muss eine Haltung „ich bin ok, du bist ok“ vorherrschen (vgl. Steiner 2009, S.22f.).

1.3 Empowerment und Recovery

Mit Empowerment¹³ und Recovery¹⁴ werden eine Auswahl zentraler Handlungs- und Haltungselemente für Soziale Arbeit beschrieben.

Unter Empowerment ist die Emanzipation der Betroffenen gemeint, Einfluss auf das eigene Leben auszuüben und Stärke zurückzugewinnen. Dafür bedarf es Elemente wie Selbsthilfe, gesellschaftliche Teilhabe, und Selbstbestimmung. Empowerment-Prozesse sind u.a. in der psychosozialen Beratung sowohl für die zu beratenden Personen zu ermöglichen, die von sich aus Interesse an persönlicher Befähigung haben, als auch für die, die sich zunächst nicht für vermehrte Eigenaktivität und Selbstbestimmung interessieren (vgl. Knuf 2020, S. 11f.). Empowerment-Ansätze finden wir insbesondere in der klientenzentrierten Therapie nach Rogers wieder und somit auch in der MI.

Recovery-Prozesse beschreiben Genesung als einen Weg zu einem zufriedeneren und freudvollen Leben. Voraussetzung für gelingendes Recovery ist die Auseinandersetzung der zu beratenden Person mit sich selbst und ihrer Beeinträchtigung. Es geht also darum, negative, anhaltende Einflüsse zu überwinden, und die Person zur Veränderung zu motivieren, um Zufriedenheit und Lebensqualität zu erlangen (vgl. ebd., S. 13 f.).

„Du allein bestimmst Dein Verhalten. Du allein bestimmst Deine Gedanken. Du allein bestimmst Deine Gefühle. Du allein bestimmst über deinen Körper“ (Goulding 2011, S. 15). Goulding arbeitet auf Grundlage der Transaktionsanalyse mit der Haltung, dass jede Person allein über ihre Gefühle bestimmt und sich selbst zum Fühlen bringen kann. Gefühle

¹³ Empowerment: Selbstbefähigung, Selbstbemächtigung

¹⁴ Recovery: Wiedererlangung von Gesundheit, Genesung

hängen ausschließlich davon ab, wie Menschen, Orte und Ereignisse eingeordnet werden (vgl. Goulding 2011, S. 15). Die Förderung von Hoffnung, Zuversicht und Selbsthilfe sind zentrale Voraussetzungen und wichtige Entwicklungsschritte, damit die zu beratende Person ihren eigenen Werten und Lebensvorstellungen folgen und somit ein zufriedenes Leben führen kann (vgl. Knuf 2020, S. 15).

Eine geeignete Methode bei der Unterstützung oder Erfüllung dieser Anforderungen kann das Beratungskonzept MI sein.

2 Das Theoriemodell Motivational Interviewing (MI)

MI ist ein von dem US-amerikanischen Psychologen und Suchtforscher William R. Miller und dem walisischen Psychologen Stephen Rollnick entwickelter Ansatz der Kommunikation. Der Fokus dieser personenzentrierten Gesprächsführung liegt auf der Erhöhung der intrinsischen Motivation, ein problematisches Verhalten zu ändern, wobei MI davon ausgeht, dass Menschen per se nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind. Diese Änderungsambivalenzen gilt es mit motivationsförderlicher Grundhaltung zu erkunden und aufzulösen (vgl. Körkel 2012, S. 109).

„*It is an inter-view, a looking together at something*“¹⁵ (Miller/Rollnick 2002, S. 25). Das Zitat drückt aus, dass das Verständnis von „Interviewing“ wörtlich zu verstehen ist: aus der Perspektive der zu beratenden Person wird gemeinsam „inter view“, d.h. „dazwischen gesehen“, ihr Erleben und ihre subjektive Sichtweise rücken in den Mittelpunkt. Dieses sowohl klientenzentrierte als auch direktive Verfahren ist von Wertschätzung und Respekt vor der subjektiven Sicht des Menschen mit problematischen Verhaltensweisen geprägt mit dem Ziel, ihre Veränderungsbereitschaft zu klären und zu stärken (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 9). Die Grundhaltung, die wesentlichen Prozesse und Methoden des MI werden im dritten Kapitel dieser Arbeit ausführlich beschrieben. Um all diese Komponenten des MI-Ansatzes professionell anwenden zu können, bedarf es kompetenter, umfänglich geschulter MI-Fachkräfte. MI „*is not an approach that can be acquired merely by reading, listening to lectures, or watching demonstration videotapes – or, indeed, by attending a single workshop*“¹⁶ (Miller/Rollnick, 2002, S. 186).

Zunächst wurde MI als personenzentrierter Behandlungsansatz von Miller und Rollnick für die Suchtbehandlung entwickelt. Mittlerweile wird er national und international als Kommunikationsansatz sowohl in vielfältigen therapeutischen Kontexten als auch in medizinischer Primärversorgung, in der Jugendhilfe (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 9f.) und in zahnärztlicher

¹⁵ Es ist ein „Dazwischen-Sehen“, ein gemeinsamer Blick auf etwas.

¹⁶ ...ist kein Ansatz, der nur durch Lesen, Hören von Vorträgen oder Anschauen von Demonstrationsvideos erworben werden kann – oder, in der Tat, durch die Teilnahme an einem einzelnen Workshop.

Therapie (vgl. Wölber/Frick 2014, S. 247), bei Verhaltens- und Erlebensproblemen angewandt. MI kann hierbei als eigenständige Behandlungsform eingesetzt oder mit anderen therapeutischen Ansätzen kombiniert werden (vgl. Arkowitz, et al. 2010, S. 23).

2.1 Die Historie

Gespräche über Veränderung des gesundheitsrelevanten Verhaltens und des Lebensstils wurden und werden u.a. in der Suchtarbeit geführt. Über Jahrzehnte hinweg wurde meist autoritär, mitunter auch erniedrigend, mit Konfrontation, Ausüben von Druck, Bekehrungen und Belehrungen versucht, Verhalten zu ändern. Durch diese stark lenkenden Beratungsmethoden und dysfunktionalen Beziehungen wurde großenteils Reaktanzen, d.h. komplexe Abwehrreaktionen, bei der Klientel ausgelöst, die Wahrscheinlichkeit, dass sie Verhalten langfristig ändern, blieb gering (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 23). Belehr-Werden und ein Korrektur-Reflex der Fachkraft erweckte beim zu Helfenden neben einer Abwehrhaltung Gefühle der Verärgerung, Scham, Machtlosigkeit und Trotz (vgl. ebd, S. 25). Die Fachkraft wiederum fühlte sich somit bestätigt, dass der*die Abhängigkeitserkrankte schwierig zu behandeln war, dies entsprach einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Miller wollte herausfinden, wie Selbstmotivation zur Verhaltensänderung beim Erkrankten anstelle von Reaktanz geweckt werden kann (vgl. Körkel/Veltrup 2003, S. 116).

In der 1980er Jahren bewies Miller im Rahmen seiner Ausbildung angehender Fachkräfte in durchgeführten Studien, dass das Ausmaß an Empathie der Therapierenden maßgeblichen Einfluss auf die nachhaltige Reduzierung des Alkoholkonsums der Klientel hatte. Alle Therapierenden setzten manualgetreu verhaltenstherapeutische Techniken ein. Die Variabilität im Behandlungsergebnis ließ sich auf die Intensität einer klientenzentrierten Behandlung zurückführen. Je besser ein*e Therapeut*in zugehört hatte, desto geringer war nachhaltig der Alkoholkonsum, bzw. die Rückfallquote. Somit wurde bewiesen, dass die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers, insbesondere das aktive Zuhören, in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Methoden als erfolgreiche Maßnahme für die Behandlung von Alkoholabhängigen einzusetzen war (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 430f.).

1983 veröffentlichte Miller in einer britischen Fachzeitschrift „Behavioural Psychotherapy“ einen ersten Artikel über MI, der nicht wissenschaftlich belegt, sondern auf Intuition und Reflexion basierte (vgl. ebd., S. 433). Mit einem Paradigmenwechsel für den Suchtbereich stellte er dem traditionellen Motivationsmodell einen alternativen Blick auf Verweigerung gegenüber, beschrieb vier Schlüsselprinzipien der Motivation und stellte Kernkompetenzen als Strategien des MI vor (vgl. Miller 1983, S. 147ff.). Miller legte auch dar, dass sich ein kooperativer Beratungsstil und wertschätzender Umgang positiv auf die Behandlungserfolge von Suchterkrankten auswirken.

Rollnick wendete Millers Ausführungen erfolgreich in Behandlungssettings mit Abhängigkeitserkrankten und auch bei Erkrankten mit weiteren Indikationen an, die ebenfalls Verhaltensänderungen seitens der Klientel bedurften (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 24).

1991 veröffentlichten Miller und Rollnick ihr erstes MI-Buch, der Schwerpunkt von MI lag weiterhin bei Suchterkrankungen. Sie entwickelten das Konzept dahingehend, dass die zu beratende Person aus dem Suchtbereich dahingehend zu unterstützen ist, sowohl eine Änderungsentscheidung als auch eine Selbstverpflichtung zur Umsetzung dieser Entscheidung, aufzubauen (vgl. Körkel 2012, S. 109).

2.2 Definitionen von MI

Miller und Rollnick definieren in ihrem ersten MI-Buch aus dem Jahr 1991 MI als „*approach designed to help clients build commitment and reach a decision to change*“¹⁷ (Miller/Rollnick 1991, S. 9). Diese Definition wurde in den letzten Jahren konkretisiert und modifiziert, z.B.

- werden die Begriffe „Klient*in“ und „Beratungs- und Therapieansatz“ durch die neutralen Begriffe „Person“ und „Kommunikationsansatz“ ersetzt, um hervorzuheben, dass MI auch außerhalb klinischer Kontexte angewendet werden kann.
- Statt des Begriffes „direktiv“ wird der Begriff „zielorientiert“ bzw. „direktional“ verwendet, um Schlussfolgerungen auf eine paternalistische Vorgehensweise zu vermeiden.
- Neben der Änderung des Verhaltens werden mit MI ebenfalls Änderungen von Einstellungen und Kognitionen bei der Person angestrebt (vgl. Körkel 2012, S.109).

In Ihrem Standardwerk aus dem Jahr 2015 stellen Miller und Rollnick drei verschiedene MI-Definitionen vor, die an unterschiedliche Adressaten gerichtet sind.

Die Laiendefinition drückt den Zweck von MI aus. „*Motivational Interviewing ist ein kooperativer Gesprächsstil, mit dem wir einen Menschen in seiner eigenen Motivation zur und seinem eigenen Engagement für Veränderung stärken können*“ (Miller/Rollnick 2015, S. 27). MI bezweckt durch kooperative Gespräche, nicht durch Belehrung oder Monolog, die Stärkung der Motivation zur Veränderung und will mit geleitendem Kommunikationsstil Verbindlichkeit wecken (vgl. ebd., S. 27).

Die Praktikerdefinition beschreibt den Grund, warum MI eingesetzt werden sollte. „*Motivational Interviewing ist ein personenzentrierter therapeutischer Stil, der sich dafür eignet, mit dem häufigen Problem der Ambivalenz gegenüber Veränderung umzugehen*“ (ebd., S. 37f.). Hier liegt explizit die Auffassung zugrunde, dass Personen nicht unmotiviert gegenüber ihres Problemverhaltens sind, sondern zwiespältig, d.h. sie besitzen gleichzeitig einander entgegengesetzte Gefühle (Ambivalenz: vgl. Klima 1995, S. 34) und bleiben

¹⁷ Ein Ansatz, der der Klientel dabei helfen soll, eine Selbstfestlegung auf eine bestimmte Handlungs- oder Einstellungsalternative aufzubauen (commitment: vgl. Klima 1995, S. 120) und eine Entscheidung zur Änderung zu treffen.

„zwischen Ihren Tendenzen zum Verharren im Status Quo und denen zur Veränderung“ (Körkel 2012, S. 110) hängen.

In einer den technischen Aspekt abzielenden Definition erklären Miller und Rollnick, wie MI funktioniert und welche Grundhaltung notwendig ist. „*Motivational Interviewing ist ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit einer besonderen Aufmerksamkeit auf die Sprache der Veränderung. Es ist daraufhin konzipiert, die persönliche Motivation für und die Selbstverpflichtung auf ein spezifisches Ziel zu stärken, indem es die Motive eines Menschen, sich zu ändern, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl herausarbeitet und erkundet*“ (Miller/Rollnick 2015, S. 47). Um die Sprache der Veränderung sprechen bzw. verstehen zu können sind hoch qualifiziertes Zuhören, Fragen stellen und eine personenzentrierte Grundhaltung seitens der MI-Fachkraft notwendig (vgl. ebd., S. 27). Die MI-Grundhaltung und grundlegende Methoden des MI werden in den Kapiteln 3.1 und 3.3 dieser Arbeit vorgestellt.

2.3 Theoretische Grundlagen von MI

Um MI als „*collaborative, person-centered form of guiding to elicit and strengthen motivation for change*“¹⁸ (Miller/Rollnick 2009, S. 137), zu nutzen, bedient es sich eines eklektischen Ansatzes, d.h. Methoden basieren auf verschiedenen Verfahren, beispielsweise dem Ansatz der klientenzentrierten Gesprächstherapie nach Rogers, und werden weiter optimiert, wie das aktive Zuhören. Die Kompatibilität mit verschiedenen sozialpsychologischen Theorien, z.B. der kognitiven Dissonanztheorie von Festinger werden im Folgenden aufgezeigt. Die Grundidee, Menschen für Veränderungsprozesse zu gewinnen und vorzubereiten, basiert auf dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClimente, welches die Stadien der Veränderung beschreibt.

2.3.1 Klientenzentrierte Therapie

Die klientenzentrierte Therapie wurde in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts von dem amerikanischen Psychologen und Psychotherapeuten Carl Ransom Rogers (1902-1987) entwickelt und wurzelt in dem Konzept der Humanistischen Psychologie.

Diese stellt Menschen als erlebendes, von Werten und Zielen motivierte Wesen dar, welche neben der Befriedigung nach Grundbedürfnissen nach Wachstum bis hin zur Selbstverwirklichung und Selbstfindung streben (vgl. Rogers 2009, S 115). Rogers geht davon aus, dass in jeder Person die Fähigkeit und Neigung existiert, sich vorwärts bis zur psychischen Reife hin zu bewegen und ihre Persönlichkeit verantwortlich zu reorganisieren. Er beschreibt die Haupttriebfeder des Lebens als ständigen Drang nach Ausweitung,

¹⁸ partnerschaftliche personenzentrierte Form der Führung, um Veränderungsmotivation hervorzulocken und zu stärken.

Ausdehnung, Autonomieentwicklung und Reifung, also eine ständige Motivation zur Veränderung. Rogers stellt die Hypothese auf, dass jeder Mensch die Fähigkeit in sich hat, Aspekte seines Lebens, auch die ihm Schmerz und Unzufriedenheit bereiten, zu verstehen, und diese freisetzen und ausdrücken kann, wenn die richtigen Bedingungen vorliegen (vgl. Rogers 2009, S. 48f.).

Wickman und Campbell beschreiben in Rogers therapeutischem Dreieck drei notwendige Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung (sowohl für Klient*in als auch für Therapeut*in) im klientenzentrierten Beratungsgespräch, mit denen sich die Akteure in einem „*günstigen psychologischen Klima*“ (ebd., S. 129) begegnen (vgl. Abb. 1): Empathie als nicht-wertendes einfühlsames Verstehen, Echtheit bzw. Kongruenz und bedingungslose, positive Wertschätzung (vgl. Wickman/Campbell 2003, S. 179). Helle wählt die Bezeichnung der „*drei Rogersvariablen*“ (Helle 2013, S. 148).

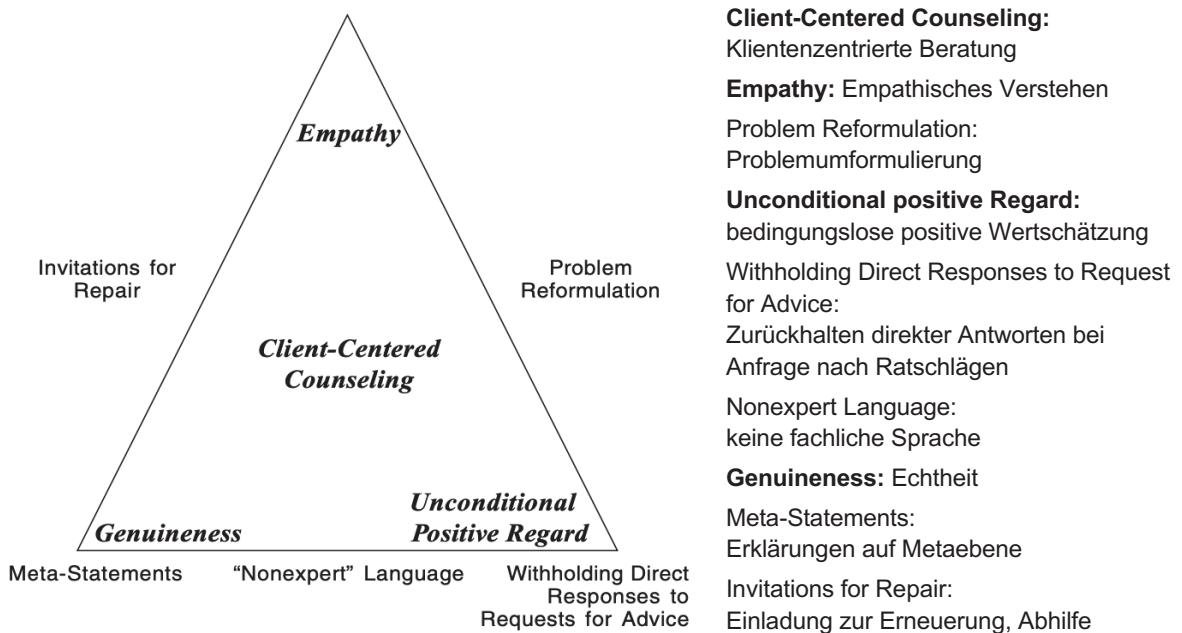


Abbildung 1: Rogers's Therapeutic Triangle

A Model for Client-Centered Conversation. Quelle: Wickman/Campbell 2003, S. 179

Neben der Beziehung zwischen den Akteuren spielt der Prozess der Persönlichkeitsentwicklung in der klientenzentrierten Therapie eine entscheidende Rolle. Rogers beschreibt den Menschen als „*einen Fluß des Werdens und nicht als ein fertiges Produkt, ...als eine sich ständig verändernde Konstellation von Möglichkeiten, keine bestimmte Quantität von Eigenschaften*“ (Rogers 2009, S. 128). Somit gilt ein Problem als nie gelöst, ein fortwährender Entwicklungsprozess nie abgeschlossen, ständig können neue Aspekte das Wesen beeinflussen. Diese Erkenntnis kann dem Individuum faszinierende Möglichkeiten bieten oder auch beunruhigen und abschrecken. Die Aufgabe des*der Therapierenden sieht Rogers in der Begleitung dieses Prozesses der Selbstentwicklung, den der*die Klient*in aus sich heraus initiiert und Bewertungen aus sich heraus vornimmt (vgl. Rogers

2009, S. 129). Der*die Therapierende begegnet dem*der Klienten*in mit Absichtslosigkeit, wobei „*eine Diagnose der psychischen Eigentümlichkeiten nicht nur unnötig, sondern in mancher Hinsicht auch nachteilig und unklug sein kann*“ (Rogers 1995, S. 209). Rogers geht davon aus, dass die zu therapierende Person als Expertin ihrer eigenen Lebenssituation sieben Prozessphasen durchlaufen und Persönlichkeitsänderung in Gang setzen kann, wenn sie sich bedingungslos positiv wertgeschätzt, verstanden und anerkannt erfährt, so wie sie ist (vgl. Rogers 2009, S. 160). Die therapeutische Fachkraft schafft hilfreiche Rahmenbedingungen und stellt das Selbsterleben des*der Klienten*in in den Fokus, nicht ihre Fachlichkeit. „*In einem sehr bedeutungsvollen Sinn ist die Therapie Diagnose und diese Diagnose ist ein Prozess, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Klinikers*“ (Rogers 1995, S. 208).

Miller und Rollnick haben vier miteinander zusammenhängende Schlüsselemente der MI-Grundhaltung weitgehend auf die Arbeit von Rogers begründet (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 30ff.). Sie finden sich ebenfalls in den in Kap. 1.1. beschriebenen Kernelementen der psychosozialen Beratung wieder. Arkowitz et al. beschreiben MI als eine klientenzentrierte Therapie mit überraschender Wendung: Ergänzend zur absichtslosen klientenzentrierten Therapie verfolgt MI das Ziel, nämlich Verringerung der Ambivalenz gegenüber Veränderung und Verbesserung der intrinsischen Motivation, sich zu ändern (vgl. Arkowitz et al. 2010, S. 4).

2.3.2 Theorie kognitiver Dissonanz

Als Begründer der kognitiven Dissonanztheorie (1957) gilt der amerikanische Sozialpsychologe Leon Festinger (1919-1989). Kognitive Dissonanz entsteht immer dann, wenn mindestens zwei verschiedene kognitive Elemente, beispielsweise Gedanken, Überzeugungen, Einstellungen oder Wahrnehmungen eigener Verhaltensweisen, nicht miteinander harmonieren (vgl. Fischer et al. 2013, S. 16).

Die kognitive Dissonanztheorie basiert auf der Annahme, dass jedes Individuum nach kognitiver Konsonanz, also einem harmonischen Gleichgewicht des kognitiven Systems, strebt. Laut Festinger wird die Person aktiv versuchen, Konsonanz wiederherzustellen, denn kognitive Dissonanz wird als unangenehm empfunden und nach Möglichkeit vermieden (vgl. Festinger 1978, S. 16f.). Je unangenehmer Dissonanzen empfunden werden, desto höher ist der Druck und somit die Motivation, diese zu reduzieren (vgl. ebd., S. 28f.). Dissonanzreduktion bedeutet also eine Veränderung der kognitiven Elemente über das eigene Verhalten, die Veränderungen von Kognitionen über Realität und Aufnahme neuer Kognitionen (Dissonanzreduktion: vgl. Klima 1994, S. 147). Frey und Gaska beschreiben 2009 fünf Möglichkeiten der Dissonanzreduktion (s.A. 3).

In der Dissonanzreduktion spielen neben kognitiven Prozessen (der Wunsch nach Kohärenz von Handeln und Denken) auch motivationale Prozesse (das Streben nach Reduzierung negativer Gefühle, um verstärkt positive Emotionen zu erleben) eine Rolle (vgl. Fischer et al. 2013, S. 23). Festinger definiert kognitive Dissonanz 1957 als „aversiven motivationalen Zustand, der das Individuum dazu motiviert, diesen unangenehmen Zustand abzubauen“ (Fischer et al. 2013, S. 16).

Dass Dissonanzen eigenständige motivierende Faktoren sind, wird auch im MI bestätigt. MI verwendet statt des Begriffes „Dissonanz“ den Begriff „Diskrepanz“. Beide Begrifflichkeiten beschreiben die Uneinigkeit zwischen einem gegenwärtigen, also dem Status quo, und einem erstrebten Status, also dem persönlichen Ziel. Miller und Rollnick setzen Diskrepanzen für die Entstehung von Ambivalenzen als notwendige Erscheinungsform im Veränderungsprozess voraus (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 285). MI erforscht Ambivalenzen und löst sie nach ausführlicher Abwägung der Vor- und Nachteile der jeweiligen Handlungsalternativen zu Gunsten einer Verhaltensänderung auf.

2.3.3 Transtheoretisches Modell

Die Psychologieprofessoren Prochaska und DiClemente entwickelten in den 1980er Jahren das transtheoretische Modell (in Folge kurz: TTM) der intentionalen, d.h. zielgerichteten Verhaltensänderung. Bevor Klientel (gesundheitliches) Verhalten ändert, muss eine Absicht (Intention) vorhanden sein. Sie durchläuft aktiv qualitativ unterschiedliche aufeinander aufbauende Stufen. In ihrem Werk „*The transtheoretical approach*“¹⁹ stellen Prochaska & DiClemente 1984 erstmals das TTM detailliert dar.

Das Phasenmodell beschreibt die Bereitschaft zur Einstellungs- und Verhaltensänderung bei konkret definiertem Problemverhalten in Veränderungsphasen als dynamische Größen. Prochaska und DiClemente definieren neben den „*Processes of Change*“²⁰ die „*Stages of Change*“²¹, (in Folge kurz: SoC) als zentrale Elemente des TTM (vgl. Prochaska/Norcross/ DiClemente, 1997, S. 61f.). Mit SoC wird die zeitliche Dimension beschrieben, die von der Verhaltensabsicht zur dauerhaften Verhaltensänderung linear durchlaufen werden und die aufeinander aufbauen: precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance und termination²² (s.A. 4). In seinem ersten Artikel über MI wies Miller 1983 parallel darauf hin, dass es therapeutisches Werkzeug für Klientel mit wenig Veränderungsbereitschaft bedarf. Er beschrieb den Prozess von Absichtslosigkeit zur aktiven Änderungsbereitschaft in einem schematischen Diagramm (s.A. 5).

¹⁹ The Transtheoretical approach: Der transtheoretische Ansatz

²⁰ Processes of Change: Veränderungsstrategien

²¹ Stages of Change: Stufen der Verhaltensänderung

²² Problemignorierung, Bewusstwerdung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Stabilisierung

TTM dient insofern als theoretische Grundlage des MI, als dass das Durchlaufen der Veränderungsstufen das Voranschreiten in den Behandlungsstrategien beinhaltet.

Wohingegen im TTM ein lineares Durchlaufen der Veränderungsstadien beschrieben wird, ist im MI die Annahme vertreten, dass sich der*die Klient*in im ständigen Prozess befindet, der von Ein- und Ausstieg, Überspringen oder Verweilen in einer Stufe geprägt sein kann. Die Fachkraft steuert die Interventionen bedarfsgerecht und angemessen und richtet sie an die phasentypischen Anforderungen der jeweiligen Veränderungsstufe aus (vgl. Arkowitz et al. 2010, S. 3).

Die „*unterschiedlichen Bereitschaftsniveaus*“ (ebd., S. 2) von Absichtslosigkeit über Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 45) und ggf. Rückfall kombiniert Körkel mit entsprechenden MI-Behandlungsstrategien in Anlehnung an TTM. Der dritte SoC „*preparation*“²³ wird im MI als „*decision*“²⁴ und der sechste SoC „*termination*“²⁵ eher nicht optimistisch, als „*relapse*“²⁶ beschrieben (s.A. 6).

3 Komponenten des MI-Ansatzes

Der Gesamtansatz des MI lässt sich in die Grundhaltung, gern als „*Geist des MI*“ oder „*Spirit*“ bezeichnet, vier Prozessphasen und anzuwendende Methoden einteilen (vgl. Körkel 2019 [Internetquelle]). Die Methoden beinhalten neben Kommunikationsstrategien das Schlüsselement von MI, die Förderung von „*Change Talk*“, die Sprache der Veränderung. Mit ihr und durch sie drückt eine Person aus, dass sie sich bereits mit Verhaltensänderungen auseinandersetzt. Auch die Stärkung der Änderungszuversicht, dem „*Confidence Talk*“²⁷ und ein konstruktiver Umgang mit „*Sustain Talk*“²⁸ werden methodisch dargestellt (s.A. 7).

MI wird von Miller und Rollnick nicht als einzelne Technik verstanden, die in Workshops oder Einmalveranstaltungen ausreichend erlernbar wäre, sondern als „*eine aufeinander abgestimmte Kombination von Fertigkeiten in der Gesprächsführung*“ (Miller/Rollnick 2015, S. 390), die im kontinuierlichen Lernprozess durch Praxisbeobachtung, Feedback und Coaching erlernt werden kann (vgl. ebd., S. 386).

In den folgenden Absätzen werden die Komponenten des MI-Ansatzes prägnant beschrieben.

²³ Preparation: Vorbereitung

²⁴ Decision: Entscheidung

²⁵ Termination: Stabilisierung

²⁶ Relapse: Rückfall

²⁷ ConfidenceTalk: Sprache der Zuversicht

²⁸ Sustain Talk: Sprache der Beibehaltung

3.1 Die mentale und emotionale Grundhaltung des MI

Das Menschenbild im MI entspricht dem der humanistischen Psychologie: Andersartigkeit wird akzeptiert, wachstumsorientierte Kräfte und Fähigkeiten zur schöpferischen Formgebung werden wahrgenommen und gefördert, indem Begegnung auf Vertrauen, Zutrauen und auf die Chance, voneinander zu lernen, basiert. Nur so kann sich ein personenbezogener Prozess entwickeln, der Bezug zu Inhalten und zur Umwelt nimmt (vgl. Langmaack/Braune-Krickau 2010, S. 77f.). Aus der Kombination von Kooperation, Akzeptanz, Evokation und Mitgefühl entsteht eine Grundhaltung, die Bedingungen für Wachstum und Veränderung schafft (vgl. Abb. 2).

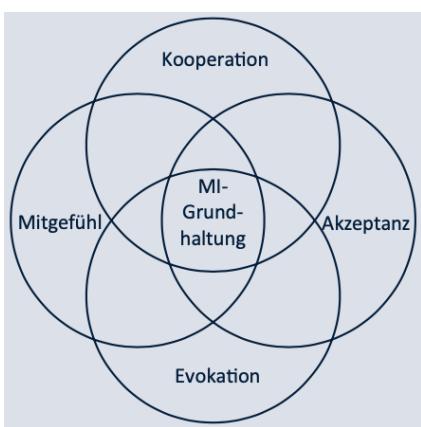


Abbildung 2: Die MI-Grundhaltung

Quelle: Miller/Rollnick 2015; S. 38

MI-Grundhaltung beschreibt eine authentisch emotionale Geisteseinstellung, die Erlebens- und Verhaltenskomponenten umfasst: Was empfunden wird, muss auch zum Ausdruck gebracht werden (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 29f.). Der*die Interviewer*in wendet diese Grundhaltung nicht als Technik an, vielmehr strahlt er*sie mit empathischer und ergebnisoffener Anspruchshaltung, die im Folgenden dargestellten Schlüsselementen im Zusammenspiel aus, reflektiert diese stetig und analysiert gelungene und misslungene Motivierungsbemühungen (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 37).

kooperierend

Miller und Rollnick vergleichen wie einleitend beschrieben, Gespräche über Veränderung mit den Melodien und Rhythmen eines gemeinsamen Tanzes, den die Akteure partnerschaftlich zusammen miteinander tanzen (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 31). Die MI-Fachkraft lenkt die zu beratende Person führend ohne Krafteinsatz auf angenehme Weise und behutsam durch das Gespräch über Veränderung, ohne ihr auf die Füße zu treten. Sie berücksichtigt die Ausgangssituation und Bedingungen, mit denen sie mit dem*der Klienten*in den Tanz eines Gespräches im geleitendem Kommunikationsstil gestaltet (vgl. ebd., S. 19): welcher Grad an Veränderungsbereitschaft und wieviel Bewegungsspielraum sind vorhanden? Unterstützen Mittänzer*innen aus dem sozialen Umfeld die zu beratende Person in ihren Veränderungsbemühungen (vgl. ebd., S. 449ff.)? Die MI-Fachkraft als Führende, Folgende und Dirigierende, aber nicht per se als Wissende, bewegt sich auf Augenhöhe mit der zu beratenden Person, für sie und nicht gegen sie (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 37f.).

Vorhandene Veränderungsressourcen können nicht durch den*die Interviewer*in ohne Kooperation und Wissen der zu beratenden Person, sondern mit ihr als Expertin ihrer

eigenen Lebenssituation zusammen aktiviert werden (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 30f., S. 63).

akzeptierend

Akzeptanz bedeutet vollständige Hin- oder Annahme einer Situation, einer Person oder eines Sachverhalts (vgl. Sauer et al. 2021, [Internetquelle]). Die MI-Fachkraft empfängt Verhalten und Empfindungen des Gegenübers, nimmt diese an, ohne zu bewerten oder zu verurteilen. Dies beinhaltet kein generelles Gutheißen des Handelns oder Einverständnis mit dem Status quo. Miller und Rollnick richten ihr Verständnis von Akzeptanz nach den „Rogersvariablen“ aus: Sie definieren Akzeptanz als Begegnung eines Menschen und seines Potenzials mit bedingungsfreier Wertschätzung, Empathie, und Wahrnehmung seiner autonomen Freiheit, selbstbestimmt seinen Weg zu wählen sowie Würdigung seiner Stärken und Bemühungen (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 32ff.).

Mit Akzeptanz beschreiben sie das, was laut Bock die Klientenzentrierung bei Rogers ausmacht: Im Prozess des Werdens und Wachsens nimmt die MI-Fachkraft den inneren Bezugsrahmen des*der Klienten*in wahr und an. Der*die Beratende sieht die Welt mit dem Blick der zu beratenden Person und sieht diese so, wie sie sich sieht (vgl. Bock 2019, S. 901). Die MI-Fachkraft akzeptiert den Willen und Entscheidungen des*der Klienten*in, interveniert allenfalls bei Selbst- oder Fremdgefährdung, lotet mit dem*der Klienten*in im Vorfeld Hindernisse aus und unterstützt mit „Dienstleistungshaltung“ an der Realisierung gemeinsam festgelegter, realistischer Beratungsziele (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 36f.).

„entlockend“

Während Interaktionen in Beratungsgesprächen sehr oft auf einem resignativen Defizitmodell basieren, Fehlendes aufdecken, belehren und vermitteln, was gefördert werden muss, entlockt die MI-Fachkraft im Sinne von Empowerment Stärken, evoziert Ressourcen und Erfahrungen, die in der zu beratenden Person vorhanden sind und die sie als Expertin ihres Lebens wohl kennt, aber bisher nicht fokussiert hat (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 36f.).

Als Evokation sind zwei Ansätze zu betrachten: das Hervorrufen von Ressourcen, sowohl äußerer wie auch innerer Ressourcen und ihren Quellen (vgl. Knuf 2020, S. 32f.). Soziale Ressourcen haben eine fundamentale Bedeutung, denn soziopsychobiologisch betrachtet, können Menschen diese nur durch Erlebnisse und Erfahrungen in Interaktion und Begegnung mit anderen erreichen (vgl. Wüsten 2013, S. 119).

Der zweite Ansatz einer entlockenden Grundhaltung fördert das ans Licht bringen von bereits vorhandenen Motivationen. Sind ambivalente Ansätze zu erkennen, also sowohl Argumente, die für eine Verhaltensänderung sprechen als auch welche, die den Status quo stützen, so besteht die Aufgabe der MI-Fachkraft darin, vorhandene Motivationsanzeichen herauszuarbeiten und zu stärken (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 37).

Sowohl eine ressourcenorientierte Haltung als auch das Erkennen und Fördern des Potenzials für Veränderung, Wachstum und Gesundung haben Auswirkungen auf die Beziehung und schaffen eine Atmosphäre, in der Wachstum und Veränderung möglich wird (vgl. Knuf 2020, S. 39f.).

mitfühlend

Unter Mitgefühl definieren Miller und Rollnick „*selfless concern for the person's welfare*“²⁹ (Miller/Rollnick 2002, S. 163). Mitfühlend, nicht mitleidend, erweckt der*die Interviewer*in Vertrauen dadurch, dass er*sie mit dem Herz am rechten Fleck anteilnehmend, aktiv das Wohlbefinden der zu beratenden Person fördert, ihre Bedürfnisse wahrnimmt und ihnen Priorität einräumt. Der deutsche Soziologe Paris definiert die Beziehungsqualität in Beratungssettings als „*ein radikales Abstrahieren von den eigenen Bedürfnissen zugunsten der vollständigen Anerkennung des Brauchens und der anderen Sichtweise eines anderen*“ (Paris 2014, S. 74). Aus dem Blickwinkel des*der Klienten*in mit nicht urteilender Einstellung betrachtet, werden Verhaltensweisen durch einfühlsames Verständnis nachvollziehbarer. Es geht nicht darum, die Verhaltensweisen per se gut zu finden, sondern Gedanken, Gefühle und Handlungen des*der Klienten*in nachzuempfinden (vgl. Arkowitz et al 2010, S. 5). Für diese „*Quasi-Intimität*“ (Paris 2014, S. 64) bedarf es in komplementären Beziehungen, unter Berücksichtigung eines möglicherweise bestehenden Kompetenzgefälles, zur konsequenten Orientierung am Gegenüber, therapeutischer Basisvariablen wie Einfühlung, Echtheit, Empathie, Aufrichtigkeit und auch Uneigen-nützigkeit seitens der MI-Fachkraft (vgl. Bock, 2019, S. 908).

3.2 Vier Basisprozesse im MI

Miller und Rollnick beschreiben die einzelnen Prozessphasen im MI als vier überlappende, zusammenwirkende Basisprozesse, die sequenziell wie eine Treppe aufeinander aufbauen (vgl. Abb. 3).

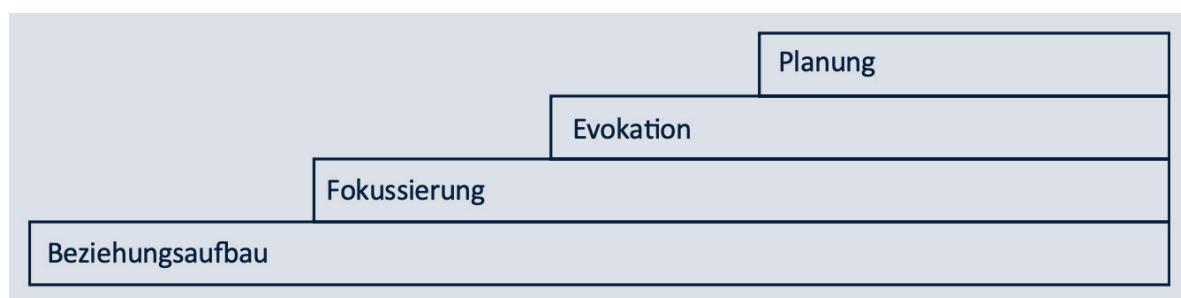


Abbildung 3: Vier Prozesse im MI

Quelle: Miller/Rollnick 2015; S. 44

²⁹ Selbstlose Sorge um das Wohl der Person

Die Basisprozesse sind unterschiedlich gewichtet und können je nach Bedarf wiederholt durchlaufen werden, sind also rekursiv (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 44). Sie lassen sich sinnbildlich mit durchzuführenden Schritten für den Antritt einer Veränderungsreise vergleichen: Im Beziehungsaufbau wird geklärt, ob wir die Reise gemeinsam unternehmen wollen, Fokussierung konzentriert sich auf das Ziel der Reise, Evokation klärt das „Ob“ und „Warum“ und der Planungsprozess befasst sich mit der Reiseroute (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 318).

Beziehungsaufbau

Eine Fachkraft für Soziale Arbeit ist grundsätzlich auf der Beziehungsebene tätig und sorgt in der Handlungsebene für die Grundbedürfnisse ihrer Klientel. Laut Dörner ist zunächst die Beziehung entscheidend, nicht das Handeln (vgl. Dörner 2019, S. 19). Beziehungsaufbau wird als entscheidender Faktor von MI definiert als „*Prozess, der zur Herstellung einer von gegenseitigem Vertrauen und Respekt bestimmten unterstützenden Beziehung führt*“ (Miller/Rollnick 2015, S. 60). Er ist eine hilfreiche Voraussetzung, um eine eröffnende und annähernde Verbindung als Grundlage für eine tragfähige Arbeitsbeziehung herzustellen, um sich über Behandlungsziele zu verstündigen und kooperativ an deren Erreichen mitzuwirken. In der Phase des Beziehungsaufbaus kommen die in Kap. 3.3.1 beschriebenen grundlegenden Kommunikationsstrategien OARS zum Einsatz (vgl. ebd., S. 60ff.). Die Fremdheit und Würde des*der Klienten*in wird anerkannt, somit kann Beziehung Aufhebung von Isolation und Chance und Offenheit zum Austausch unterschiedlicher Positionen bedeuten (vgl. Dörner 2019, S. 26).

Kremer und Schulz vergleichen den Beziehungsaufbau mit der Pflege eines schönen Gartens: Einmal grundsätzlich angelegt, muss Beziehung stetig mit Empathie gepflegt werden, um sie fruchtbar zu halten (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 50). Die Qualität der Beziehung hat maßgeblichen Einfluss auf die weiteren Prozesse und den Erfolg der Beratung (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 44f.). Small Talk, auf Diagnostik zentrierte Sitzungen, die MI-Fachkraft in einer Expertinnenrolle, Schuldzuweisungen und vorschnelle Fokussierung auf ein zu früh ausgerichtetes Ziel sind für Beziehungsaufbau und eine gefestigte Arbeitsbeziehung kontraproduktiv. Der*die Klient*in könnte in eine passive Rolle gedrängt und der Beziehungsaufbau gestört werden (vgl. ebd., S. 68).

Ziel der MI-Fachkraft in der Beziehungsebene ist es, eine Atmosphäre zu schaffen, in der die zu beratende Person zur Verfechterin und Haupttriebkraft ihrer Veränderung werden kann (vgl. Arkowitz et al. 2010, S. 4). Aus Sicht des*der Klienten*in beschreiben Antworten auf folgende Fragen die Beziehungsqualität (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 60ff.):

- Findet ein respekt- und vertrauensvoller Umgang seitens des Interviewers statt?
- Fühle ich mich wohl und im Beratungssetting gut aufgehoben?

- Werden meine Sichtweise und Anliegen verstanden?
- Arbeiten wir in kooperativer Partnerschaft gemeinsam an für mich passende Lösungen?

Fokussierung

Klienten*innen beschreiben oftmals multikomplexe Problemlagen, widersprüchliche Ziele und Ambivalenzen (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 119). „*Fokussierung ist im MI der fortlaufende Prozess, eine Richtung zu finden und ihr zu folgen*“ (ebd., S. 118), d.h. MI-Fachkraft und Klient*in priorisieren und einigen sich auf ein zu bearbeitendes Thema oder anzustrebende Ergebnisse. Somit können die Akteure Wesentliches vom Unwesentlichen trennen und der*die Interviewer*in geht strukturiert in der Handlungsebene vor (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 50).

Durch Fokussierung wird der Horizont bestimmt: Interviewer*in, Kostenträger und Klient*in können unterschiedliche Ziele und Ansprüche verfolgen. Im Beratungssetting kann ein klarer Fokus vorliegen, es kann verschiedene mögliche Themen geben oder bei unklarer Fokuslage eine Exploration erforderlich sein (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 124ff.).

Fokussieren ist im Gespräch über Veränderung kein einmaliger Prozess, fortlaufend kann der Fokus neu ausgerichtet werden, insbesondere bei abweichenden Agenden, diffusen Zielen oder notwendigem Richtungswechsel (vgl. ebd., S. 119). Beim Herausarbeiten zentraler Anliegen ist es hilfreich, wenn die MI-Fachkraft die Methode des Agenda Mapping (s.A. 11) einsetzt. Im Gespräch auf Metaebene mit überwiegend geleitenden Fokusierungsstil listet sie reflektiv zuhörend die von der zu beratenden Person formulierten, hypothetisch zu klärenden Anliegen auf. Möglicherweise erkennt die MI-Fachkraft Kausalzusammenhänge zwischen verschiedenen Themen. Sie priorisiert gemeinsam mit der zu beratenden, autonom handelnden Person das Veränderungsthema und verhandelt mit ihr die einzuschlagende Richtung, um sie für ein kooperatives Vorgehen bei der Realisierung von Veränderungszielen zu gewinnen (vgl. ebd., S. 133 ff.).

Evokation

Im Kern der MI, der Evokation, geht es darum, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl Ambivalenzen zu erforschen und Veränderungswünsche der zu beratenden Person zu entdecken, zu nähren und die ihr innewohnende Selbstmotivation zur Veränderung zu stärken. Besonders viel Aufmerksamkeit wird auf die Sprache der Veränderung, dem Change Talk, gelegt (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 46f.). Der*die Klient*in formuliert vier Perspektiven, Vor- und Nachteile des momentanen Status, sowie Vor- und Nachteile der möglichen Veränderung (s.A. 14) und kann so Diskrepanzen zwischen momentanen Verhaltensweisen und Wertvorstellungen entwickeln. Der*die Interviewer*in greift die Ambivalenzen, analog zum TTM von Prochaska & DiClimente, auf und unterstützt

den Change Talk, d.h. die von der zu beratenden Person selbst kommenden Argumente zugunsten einer Veränderung (vgl. ebd., S. 189).

Miller und Rollnick differenzieren in Zusammenarbeit mit dem Psycholinguisten Amrhein den vorbereitenden und mobilisierenden Change Talk, den sie sinnbildlich als MI-Berg darstellen (vgl. Abb. 4).



Abbildung 4: Der MI-Berg

Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Miller/Rollnick 2015, S. 194.

Körkel beschreibt diesen MI-Berg als entscheidendes Kriterium des MI: Dem*der Klienten*in werden Äußerungen pro Veränderung entlockt und dieser vorbereitende Change Talk (Akronym „DARN“) wird durch mobilisierenden Change Talk (Akronym „CAT“) in eine Selbstverpflichtung zur Änderung überführt (vgl. Körkel 2012, S. 112).

Planung

In der Evokation hat der*die Interviewer*in die Veränderungsmotivation in Form von Wünschen, Fähigkeiten, Motiven und Notwendigkeiten des*der Klienten*in entlockt. Im Prozess der Planung beginnt sich die innere Entscheidungswaage aus Vor- und Nachteilen des Status quo zu bewegen (s.A. 14) und die Vorteile einer Änderung treten ans Licht (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 56).

Der*die Klient*in kommt von aktiver Motivation und allgemeiner Absichtsbekundung zur konkreten Umsetzungsplanung, indem das Ziel und der Weg dorthin beschrieben werden (vgl. Körkel 2012, S. 112). Eine Methode, um entwickelte Veränderungsziele zu präzisieren, sind standardisierte Zielerreichungsskalen (s.A. 16) (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 322f).

Mit einer Schlüsselfrage, z.B. „Was denken Sie, ist nun der nächste Schritt für Sie?“ leitet die MI-Fachkraft nach vorausgegangener Rekapitulation der Veränderungsmotive den

mobilisierenden Change Talk, also den gemeinsamen Abstieg des MI-Berges (vgl. Abb. 4), ein und unterstützt die zu beratende Person, in Richtung einer tatsächlichen Veränderung weiterzugehen (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 310). Sie bietet Informationen an, evoziert bei ihr mit der MI-Grundhaltung eine Änderungsplanung, keinesfalls gibt sie sie vor (vgl. ebd., 2015, S. 51). Miller und Rollnick beschreiben drei mögliche Planungsszenarien:

1.) Die zu beratende Person hat bereits einen konkreten Plan:

Der*die Interviewer*in fast diesen zusammen, lockt mobilisierenden Change Talk durch Fragen hervor und klopft mögliche Schwachstellen ab (vgl. ebd., S. 319ff.).

2.) Zwischen mehreren sinnvollen Optionen kann gewählt werden:

Die herausfordernde Aufgabe besteht darin, gemeinsam aus Handlungsalternativen eine optimale Vorgehensweise auszuwählen und die zu beratende Person bei der Kartierung ihres Weges zu unterstützen (vgl. ebd., S. 323ff.).

3.) Das weitere Vorgehen ist unklar und ein Plan muss grundlegend entwickelt werden:

Im gemeinsamen Brainstorming werden zunächst alle Ideen gesammelt und unter Berücksichtigung der Vorlieben des*der Klienten*in und der favorisierten Hypothesen der MI-Fachkraft ein erster Plan als versuchsweisen Ansatz ausgehandelt (vgl. ebd., S. 329).

Grundlegend notwendig sind ein sorgsamer Umgang mit nach wie vor bestehenden Ambivalenzen der zu beratenden Person, das Berücksichtigen von Barrieren und Ressourcen, z.B. mögliche Unterstützungsmöglichkeiten durch ihr soziales Umfeld. Es ist erforderlich, dass Veränderungsideen im Verlauf der dynamischen Lebensrealität des*der Klienten*in stetig angepasst werden (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 57).

3.3 Grundlegende Methoden des MI

Im Folgenden werden sieben Methoden dargestellt. Sie sind, auf praktischer Handlungsebene kombiniert, das Handwerkzeug der MI-Fachkraft. Im Anhang finden sich hierzu teilweise entsprechende Vorlagen.

Mit dem englischen Akronym OARS werden, entsprechend des Methodenrepertoires z.B. der Gesprächspsychotherapie, die vier Methoden - offene Frage, Würdigung, Reflexion, Resümee - beschrieben. Um Veränderungsmotivation freizusetzen, werden diese ergänzt um Maßnahmen zur Förderung von Change Talk und die Entfaltung von Zutrauen (vgl. Körkel 2012, S. 112). Des Weiteren wird der Umgang mit Sustain Talk und Dissonanzen beschrieben, die in Interaktion zwischen Akteuren entstehen können, wenn es um Verhaltensänderung geht.

3.3.1 Zentrale Kommunikationsstrategien: OARS

Durch zentrale Kommunikationsstrategien können, insbesondere im Prozess des Beziehungsaufbaus, gegenseitiges Verständnis, Akzeptanz und Vertrauen unterstützt

werden, im weiteren Prozessverlauf dienen sie als Navigationsinstrumente (vgl. Miller/Rollnick 2015, S.85).

Offene Fragen stellen (asking Open questions)

Im MI sollte die zu beratende Person den größten Teil des Gesprächs bestreiten, selektive offene Fragen unterstützen dieses Ziel und helfen ihr, sich zu öffnen und ausführlich zu äußern. Die zu beratende Person wird durch offene Fragen zum Nachdenken angeregt, zum Überlegen eingeladen und fühlt sich mit ihrem Anliegen und ihrer Sichtweise ernst genommen (vgl. Arkowitz et al 2010, S. 7). Die MI-Fachkraft erhält so umfangreiche Informationen, auf die sie in der Arbeit an Ambivalenz und Veränderung in weiteren Gesprächen näher eingehen und die Aufmerksamkeit in eine bestimmte Richtung lenken kann (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 87). Das Stellen offener Fragen ist sowohl in der Kennenlernphase als auch bei der Überleitung zu brisanten (Tabu)- Themen hilfreich (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 58).

Geschlossene Fragen erfordern eine kurze Antwort und sind per se im MI nicht ausgeschlossen. Sie können z.B. zum Abrufen von bestimmten Informationen gestellt werden, oder wenn die MI-Fachkraft sich nach einem Resümee reflexiv vergewissern möchte, ob sie alles korrekt verstanden habe. Auch können sie, provokant gestellt, einen Veränderungswunsch beim Gegenüber triggern (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 86f.).

Würdigen (Affirming)

„Würdigen bedeutet, zu erkennen und anzuerkennen, was gut ist“ (Miller/Rollnick 2015, S. 87). Dies kann sich sowohl auf Fähigkeiten, positive Wesenszüge, spezifische Handlungen oder Verhaltensweisen des Gegenübers beziehen. Aufrichtige Würdigung drückt aus, dass die MI-Fachkraft der zu beratenden Person mit Respekt begegnet, ihre innenwohnenden Werte erkennt, Gesagtes wichtig nimmt und begreifen möchte, was gedacht und empfunden wird (vgl. ebd, S. 87ff.). Das Hervorheben positiver Aspekte kann zum einen das Zutrauen der zu beratenden Person an ihre Fähigkeit zur Verhaltensänderung erheblich steigern (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 61), zum anderen kann sich Würdigung positiv auf den Beziehungsaufbau durch das Auslösen eines wechselseitigen Prozesses auswirken (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 88). Im Gegensatz zum Lob, das indirekt Überlegenheit des Lobenden suggeriert und eher ichbezogen als klientenzentriert ist (vgl. ebd., S.71), liegt der Fokus bei würdigenden Äußerungen auf der zu beratenden Person. Um empathisch und aufrichtig würdigen zu können, ist es notwendig, dass der*die Würdigende dem Gegenüber aktiv zuhört und es begreift (vgl. ebd., S. 88).

Aktives, reflektierendes Zuhören (Reflecting)

Grundlage aller MI-Prozesse ist in Anlehnung an die klientenzentrierte Therapie nach Rogers erlernbares, reflektierendes Zuhören. Miller und Rollnick nennen es „präzise

Empathie“ (Miller/Rollnick 2015, S. 84). Der Psychologe Gordon beschreibt reflektierendes Zuhören als eine aktive Methode, weil der*die Interviewer*in nicht nur passiv zuhört, sondern der Aussage des*der Klienten*in entgegnet (vgl. ebd., S. 70). Gegenseitiges Verständnis, und somit das Arbeitsbündnis, können vertieft werden, wenn Gesagtes wiedergespiegelt, mehrere Äußerungen zusammengeführt und geklärt wurde, ob Wahrgenommenes zutrifft (vgl. ebd., S. 53). Der*die Interviewer*in sollte den Antworten des*der Klienten*in auf offene Fragen Reflexionen folgen lassen (vgl. ebd., S. 83).

„Reflektierendes Zuhören signalisiert nicht Einverständnis, sondern Bemühen um Verständnis“ (Kremer/Schulz 2016, S. 65). Zum einen wird die zu beratende Person zum Durchdenken, Reden und Erklären animiert (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 69), zum anderen filtert die MI-Fachkraft das Thema, indem sie ausgewählte Aspekte fokussiert. Sie reflektiert und resümiert, was ihrer Meinung nach priorisiert und emotional vertieft werden sollte, insbesondere, wenn die zu beratende Person Argumente für Veränderung nennt (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 61). „Reflexionen sind somit aktive Elemente, um Tempo und Richtung des Gesprächsverlaufs zu beeinflussen“ (ebd., S. 61).

Generell sind in komplexen Gesprächen neben verbal und nonverbal vermittelten Inhalten auch Beziehungserfahrungen und Erwartungen der Gesprächsbeteiligten relevant und können im MI wahrgenommen und in der Reflexion berücksichtigt werden.

Der*die Interviewer*in macht sich kommunikationspsychologische Modelle, wie z.B. das Riemann-Thomann Modell, das Innere Team oder das Kommunikationsquadrat von Schulz v. Thun zu Nutze (vgl. ebd., S.62f.). Reflektierendes Zuhören kann verschieden ausgeprägt sein: Die MI-Fachkraft kann einfach wiederholen oder paraphrasieren, übertreibend reflektieren, doppelseitig beide Seiten der Ambivalenz aufgreifen oder sich auf emotionale Bedeutungen fokussieren. Sie entscheidet, welche Form der Reflexion für die Förderung der Veränderungsbereitschaft konstruktiv und hilfreich ist (vgl. ebd., S. 64f.).

Zusammenfassen (Summarizing)

In der Zusammenfassung, oder auch Resümee genannt, führt die MI-Fachkraft meist zum Ende eines Kontakts oder bei Überleitung zu einer anderen Gesprächsphase Informationen zusammen, die sie von der zu beratenden Person erhalten hat (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 67). Die MI-Fachkraft kann durch Zusammenfassungen in jedem der vier Basisprozesse zeigen, dass sie aufmerksam zugehört, das Gesagte wertschätzt und sich gemerkt hat. Ausgelassenes oder Vergessenes kann durch die offene Frage „Was noch?“ ergänzt werden (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 53). Miller und Rollnick unterscheiden zwischen sammelnden, verbindenden und überleitenden Resümées. In der sammelnden Zusammenfassung werden miteinander zusammenhängende Elemente aufgelistet und optimalerweise mit einer Würdigung kombiniert. Im verbindenden Resümee reflektiert

der*die Interviewer*in die Aussagen und bringt sie in Zusammenhang mit vorher Gesagtem. Mit einer überleitenden Zusammenfassung beendet der*die Interviewer*in ein Thema und bereitet einen Übergang zu etwas Neuem vor (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 90f.).

Zu den Methoden des MI zählen auch der Austausch von Informationen und Empfehlungen. Generell sei anzumerken, dass Informationen nicht einseitig von der MI-Fachkraft vermittelt werden, vielmehr erfolgt immer ein wechselseitiger Informationsaustausch, indem Bedürfnisse und Sichtweise der zu beratenden Person nachgefragt werden (vgl. Knuf 2020, S. 116). Der*die Interviewer*in gibt Ratschläge oder Informationen nur mit Erlaubnis der zu beratenden Person, die wiederum für sich entscheidet, ob sie dem Gesagten zustimmt, es beherzigen, implementieren oder verwerfen möchte (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 53f.).

3.3.2 Veränderungsmotivation fördern (Change Talk)

Ein Veränderungsprozess wird dadurch in Gang gesetzt, dass in der Phase der Ambivalenz Argumente für eine Veränderung und deren Vorteile überwiegen. Dies ist in der Regel kein stringenter, geradliniger Prozess, sondern es handelt sich um einen dynamischen Vorgang, der vorwärts und rückwärts verläuft (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 199).

Der*die Interviewer*in verfolgt mit MI das Ziel, vermehrt Change Talk zu evozieren und somit immer wieder eine intrinsische Veränderungsmotivation bei der zu beratenden Person zu fördern.

Mit evokativen, offenen Fragen regt die MI-Fachkraft mit Einsatz zentraler Kommunikationsstrategien die zu beratende Person an, Ambivalenzen zu durchdenken und lädt sie somit zum vorbereitenden Change Talk ein (vgl. ebd., S. 203). Im Folgenden werden Aspekte des vorbereitenden Change Talks aus dem Evokationsprozess noch einmal aufgegriffen und in einem exemplarischen Fragenkatalog im Anhang ergänzt (s.A. 8).

Wunschfragen werden meist mit Verben wie „mögen“, „wollen“ und „wünschen“ gestellt (vgl. ebd., S. 204). Die zu beratende Person signalisiert mit einem Wunsch eine Komponente ihrer Veränderungsmotivation, aber nicht jede Veränderung entspricht ihrem Wunsch (vgl. ebd., S. 190).

Mit Fragen nach Fähigkeiten klärt der*die Interviewer*in ab, ob die zu beratende Person eine Veränderung überhaupt für vorstellbar hält und inwieweit sie sich in der Lage sieht, Veränderung umzusetzen oder, hypothetisch gesprochen, was sie möglicherweise tun könnte (vgl. ebd., S. 204).

Mit Fragen nach Motiven erkundet die MI-Fachkraft Ambivalenzen in impliziten Wenn-dann-Strukturen, die den jetzigen Status quo in Frage stellen und für eine Veränderung sprechen (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 205). In den binären Entscheidungssituationen untersucht der*die Interviewer*in mit neutraler Haltung, was für und was gegen die verfügbaren Alternativen spricht. In Pro-und-Kontra-Listen können die genannten Aspekte erfasst

werden. Auch die Darstellung der Argumente in einer Entscheidungswaage (s.A. 14) kann hierbei hilfreich sein (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 278).

Fragen zur Notwendigkeit bringen die Wichtigkeit und Dringlichkeit einer Veränderung zum Ausdruck, aber nicht zwingend das Warum (vgl. ebd., S. 191). Die MI-Fachkraft achtet darauf, ob es sich um selbstmotivierende Aussagen der zu beratenden Person oder dringlich aufgetragene Wünsche Dritter handelt (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 78).

Ein weiteres Tool zur Förderung von Veränderungsmotivation kann das Erfragen von Extremen sein, hierbei wird der*die Klient*in gebeten, extreme Ausprägungen sowohl von Problemen als auch bestmögliche Auswirkungen und die entsprechenden extremen Folgen zu beschreiben. Diese Methode ist insbesondere dann wirksam, wenn der Veränderungswunsch derzeit nur wenig ausgeprägt ist (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 209).

Mit rückschauenden Fragen fordert die MI-Fachkraft den*die Klienten*in auf, an Zeiten ohne Probleme zurückzudenken und diese mit der Gegenwart zu vergleichen. Sie verdeutlicht somit, dass sich das Leben der zu beratenden Person auch wieder bessern kann (vgl. ebd., S. 210). Um Hoffnung zu nähren, ist das Betrachten von erfolgreichen Veränderungen aus der Vergangenheit mit Reflektieren der Stärken und Fertigkeiten hilfreich (vgl. ebd., S. 257).

Mit Fragen zur Zukunft kann der*die Klient*in zur realistischen Einschätzung einer verbesserten als auch, bei ausbleibender Veränderung, verschlechterten Lebenssituation angeregt werden (vgl. ebd., S. 210).

Fragen zu übergeordneten Ziel- und Wertvorstellungen, z.B. anhand von Wertekarten, geben Aufschluss über Prioritäten der zu beratenden Person und ihre verinnerlichten Leitlinien (vgl. ebd., S. 101), die dann mit dem Status Quo verglichen werden können. Die Diskrepanz zwischen den Wertvorstellungen und der gegenwärtigen Situation kann die Veränderungsmotivation erhöhen, kann aber auch eine Abwehrhaltung provozieren (vgl. ebd., S. 211).

3.3.3 Änderungszuversicht stärken (Confidence Talk)

Subjektive Zuversicht als „Überzeugung, eine bestimmte definierte Aufgabe bewältigen zu können“ (Kremer/Schulz 2016, S. 83) ist notwendig, um eine Verhaltensänderung nachhaltig umzusetzen. Die zu beratende Person muss sich persönlich in der Lage fühlen, ihr Leben zu verändern (vgl. ebd., S. 83).

Mit Confidence Talk³⁰ ruft der*die Interviewer*in bereits vorhandene Hoffnungen der zu beratenden Person wach, stärkt diese und somit auch ihre Zuversicht (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 252). Die MI-Fachkraft stellt gemäß der zentralen Kommunikationsstrategien OARS offene Fragen, mit denen sie um Ausführungen oder Beispiele bittet, würdigt Stärken

³⁰ Confidence Talk: Sprache der Zuversicht

und zuversichtliche Äußerungen des Gegenübers, reflektiert Aussagen, die Selbstvertrauen ausdrücken und fasst die Gründe für Optimismus zusammen.

Durch Confidence Talk regt die MI-Fachkraft zu weiterführenden Gedanken und Konkretisierungen an und bestärkt die zu beratende Person, den Veränderungsprozess weiter kreativ selbstmotiviert voranzutreiben. Mit Fragen zu möglichen Problemen und Hindernissen wird sie angeregt, sich selber Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 260f.).

3.3.4 Konstruktiv mit Sustain Talk und Dissonanzen umgehen

In Gesprächen über Veränderung sind kritisches Verhalten und Spannungen normale Phänomene. Äußerungen zugunsten einer Beibehaltung des Status Quo lassen sich ebenso wie Äußerungen zugunsten einer Veränderung in den Kategorien vorbereitender und mobilisierender Change Talk gemäß der Akronyme DARN und CAT formulieren. Sustain Talk³¹ als Status-Quo-Sprache ist das Gegenteil von Change Talk als selbstmotivierende Sprache (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 195f.).

In früheren MI-Definitionen sprachen Miller und Rollnick vom Widerstandsverhalten, das seit 2015 als Sustain Talk benannt, nicht mehr einen pathologischen Prozess bei der zu beratenden Person beschreibt, sondern die gegen Veränderung gerichteten Argumente und Motivationen. Sustain Talk bezieht sich auf Verhaltensänderung oder Zielverhalten, ist nicht widerständig und gehört als eine Seite der Ambivalenz zum Veränderungsprozess dazu (vgl. ebd., S. 232).

Bei Dissonanz geht es um die Beziehung zwischen den Akteuren. Es werden Spannungen und Missstände im Arbeitsbündnis ausgedrückt, die als Disharmonie in allen vier Basisprozessen auftreten können (vgl. ebd., S. 243ff.). Insbesondere Fremdmotivation fördert dissonantes Verhalten. Die MI-Fachkraft nimmt Dissonanzen ernst und spiegelt sie dem Gegenüber wider (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 77).

Beide Phänomene Sustain Talk und Dissonanz lassen sich prinzipiell im Auftreten und Ausmaß mit dem Kommunikationsstil und Reflexionen beeinflussen (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 232). Ziel ist es, im Kontakt mit der zu beratenden Person zu bleiben und sich gemeinsam weiter mit dem Veränderungsprozess auseinanderzusetzen (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 76). Im Folgenden werden einige Strategien aufgezeigt, im Einzelfall prüft der*die Interviewer*in spontan, welche strategische Reaktion zielführend ist.

Fokusverschiebung: die Aufmerksamkeit des*der Klienten*in wird vom Fokus der Argumentation weggelenkt und die Aufforderung zum Streit wird nicht angenommen. Den Fokus zu verschieben ist insbesondere dann hilfreich, wenn Aspekte genannt werden, die

³¹ Sustain Talk: Sprache der Beibehaltung

unwesentlich für die Förderung der Veränderungsmotivation sind (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 74).

Die Betonung der persönlichen Autonomie: Hiermit räumt die MI-Fachkraft dem*der Klienten*in mehr Freiraum ein, sich für Veränderung zu entscheiden. Sie umgeht so der vorprogrammierten Reaktanz des*der Klienten*in, die bei gefühlter Bevormundung entstehen kann (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 236f.).

Neuinterpretation: Die MI-Fachkraft lädt die zu beratende Person ein, ihre gemachten Äußerungen unter einem anderen Blickwinkel zu betrachten. Sie interpretiert sie in der Form, dass eine Entwicklung Richtung Veränderung unterstützt wird (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 75f.). Der*die Interviewer*in weiß, dass erfolgreiche Veränderungsprozesse oftmals mehrerer Anläufe bedürfen, somit sind unternommene Versuche, die die zu beratende Person jeweils ihrem Ziel näherbringen nicht als „Fehlschläge“, sondern als Versuche zu interpretieren, die weitere Veränderungsbemühungen fördern und nicht blockieren (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 258).

Zustimmende Wendung: Der zu beratenden Person wird im Wesentlichen beigeplichtet, was sie sagt. Mit einem anschließenden, fast unmerklichen Perspektivwechsel bietet der*die Interviewer*in nebenbei eine Neuinterpretation an und lädt sie damit ein, das angesprochene Thema konstruktiver zu behandeln (vgl. ebd., 237 f.).

Stärkung der Eigenverantwortung: mit offenen Fragen zum Problembewusstsein, zur Besorgnis, zur Veränderungsabsicht und zur Zuversicht erforscht der*die Interviewer*in die individuellen Gründe für Verhaltensänderung und erkennt, ob eine Selbstmotivation oder Fremdmotivation vorliegt. Zum Hervorrufen selbstmotivierender Aussagen kann die Entscheidungswaage (s.A. 14) ein unterstützendes Instrument sein (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 77f.).

4 Die Anwendung des MI in der psychosozialen Beratung

In diesem Kapitel wird die mögliche Anwendbarkeit des MI in der psychosozialen Beratung vorgestellt. Zunächst werden der Leistungsanbieter Brücke Schleswig-Holstein gGmbH (in Folge kurz: Brücke SH) und das spezielle Beratungsangebot, Fallmanagement (in Folge kurz: FM) im Modellprojekt AktiFAME beschrieben. Anschließend stellt die Autorin die exemplarische Umsetzung des MI in das eigene Arbeitsfeld anhand eines konkreten Praxisfalls vor.

4.1 Der Leistungsanbieter: Brücke Schleswig-Holstein gGmbH

Die Brücke SH ist als gemeinnützige GmbH in den 80er Jahren aus der gemeinde-psychiatrischen Bewegung entstanden. Mehr als 700 Mitarbeitende arbeiten in stationären,

teilstationären und ambulanten Einrichtungen sowie in der beruflichen Rehabilitation in Integrationsfachdiensten (IFD) (vgl. Brücke SH 2019, Kurzportrait [Internetquelle]).

Als Fachberatungsstelle ist ein IFD zuständig für Anliegen, die sich im Zusammenhang mit der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung stellen. Wesentliche Aufgaben des IFD sind Beratung von Betrieben und schwerbehinderten Beschäftigten, Unterstützung von Arbeitssuchenden bei der Vermittlung in Arbeit und begleitende Sicherung von Arbeitsplätzen. Die Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben stellt ein Hauptziel dar (vgl. BIH 2014, S.155f.)

Die Bezeichnung „Brücke“ drückt das fachliche Grundverständnis aus, mit der Mitarbeitende ihre Klientel dabei unterstützt, Übergänge zu schaffen und Trennendes zu überwinden (vgl. Brücke SH 2019, Leitlinien [Internetquelle]). Die Brücke SH vertritt in der individuellen Hilfe generell die ethische Grundhaltung, Menschen in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken, die dafür erforderlichen Hilfen zu erschließen und besonderes Augenmerk auf die Passgenauigkeit der Unterstützungsangebote zu legen (vgl. Brücke SH 2019, Philosophie [Internetquelle]). Die Klientel wird auf das Arbeitsleben mit Behinderung unter Aktivierung persönlicher und sozialer Ressourcen vorbereitet.

Im Mittelpunkt der Tätigkeit steht das persönliche Beratungsgespräch mit dem individuellen Eingehen auf die jeweilige Problem- und Fragestellung der Ratsuchenden gemäß der Definition von Beratung nach der DGfB (s. Kap. 1).

Grundlage für die Soziale Arbeit bei der Brücke SH sind das Leitbild und die Leitlinien, in denen u.a. die gemeinsamen Werte und Grundüberzeugungen als verbindliche Basis beschrieben sind (vgl. Brücke SH 2019, Leitziele [Internetquelle]).

Die in Kap. 1 dargestellten Kernelemente der psychosozialen Beratung und die in Kap. 3.1 beschriebene mentale und emotionale Grundhaltung des MI finden sich im Leitbild und in den Leitlinien wieder. Ihre konkrete Umsetzung in professionelles Handeln ist im Qualitätshandbuch in Handlungsleitlinien verankert und wird in Qualitätszirkeln regelmäßig von den Teams aktualisiert und angepasst.

Ziele, Verlauf, Durchführungen der Maßnahmen und ihre Ergebnisse werden in einem elektronischen Dokumentationssystem sowie in Handakten dokumentiert.

Die Autorin ist seit 06/2017 als Fallmanagerin bei der Brücke SH in einem IFD beschäftigt und projekterfahren: sie arbeitete zunächst im DRV Nord Modellprojekt „FÜR Arbeit“ (2017-2019) und nach Projektende im FM nach medizinischer Rehabilitation als Regelleistung.

4.2 Das Beratungsangebot: Fallmanagement im Modellprojekt AktiFAME

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (in Folge kurz: BMAS) fördert im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ auf gesetzlicher Grundlage des § 11 SGB IX Modellvorhaben, die nach §9 SGB IX den Vorrang

von Leistungen zur Teilhabe und nach § 10 SGB IX die Sicherung der Erwerbsfähigkeit unterstützen (vgl. BMAS 2020, S. 6).

AktiFAME ist ein Akronym für ein Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Nord (in Folge kurz: DRV Nord) mit dem Projekttitel „**Aktiver Zugang, Beratung und Fall-Management bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung**“. Die Laufzeit ist vom 01.01.2020 bis 31.12.2024.

Das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck (in Folge kurz: UKSH) entwickelt und implementiert für diese randomisierte kontrollierte Mixed-Methods-Studie eine multimodale Teilhabestrategie, die vier Module umfasst: Screening und postalischer Kontakt, telefonische Beratung, individuelles Erstgespräch und FM als personenzentrierte Einzelfallintervention. In einer Beobachtungsstudie wird parallel die Durchführung der FM-Interventionen begleitet. Besonders innovativ sind die Identifizierung von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko anhand administrativer Daten der DRV Nord, die Entwicklung eines Risikoindexwertes, das aktive Zugehen³² auf diese Zielgruppe und, nach Bedarfsklärung, das Angebot eines rechtskreis- und leistungsübergreifenden FM (vgl. Bethge et al. 2021, S. 1ff.). Diese individuelle, passgenaue Unterstützungsleistung umfasst maximal 50 Stunden innerhalb eines Jahres, wobei die Kontaktdichte bedarfsabhängig individuell mit dem*der Versicherten abgesprochen wird. Das Berufsförderungswerk Stralsund und die Brücke SH sind als Kooperationspartner für die Durchführung des FM zuständig (vgl. BMAS 2020, S. 10).

Um die Wechselwirkungen von Gesundheitsproblem, Umwelt und Person individuell zu erfassen und um eine tragfähige positive Erwerbsplanung zu entwickeln und zu realisieren, orientiert sich FM mit ganzheitlichem Ansatz an der International Classification of Functioning, Disability and Health³³ (in Folge kurz: ICF), bindet weitere Akteure des sozialen Umfelds mit ein und fördert Resilienz und Motivation des Teilnehmenden (vgl. Bethge et al. 2021, S. 8). Diese Vorgehensweise entspricht dem Leitbild der Brücke SH.

Zielgruppe sind psychisch oder psychosomatisch erkrankte Versicherte mit einem hohen Erwerbsminderungsrisiko aus Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern (vgl. BMAS 2020, S. 10). Psychische Erkrankungen sind lt. Bethge das wichtigste begründende Gesundheitsproblem für Beantragungen von Erwerbsminderungsrenten. Leistungsgeminderte Versicherte mit psychischen Erkrankungen oder psychischen Komorbiditäten sind oft bei der Nutzung bestehender Angebote des gegliederten Sozialleistungssystems überfordert (vgl. Bethge et al. 2021, S. 3), FM unterstützt bei diesen Herausforderungen.

³² aktives Zugehen auf Versicherte ist nach § 115 Abs. 4 SGB VI grundsätzlich rechtlich möglich

³³ ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Hauptziel des Projekts ist eine nachhaltige berufliche (Re-) Integration und die Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch Zugang zu Teilhabeleistungen, dabei soll das Risiko einer Unter- bzw. Überversorgung im Versorgungssystem der Versicherten minimiert werden.

Die Aufgaben im FM sind: bedarfsoorientierte Begleitung und Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zur Sicherung der beruflichen Teilhabe durch Analyse der Hindernisse einer nachhaltigen beruflichen Reintegration, Identifikation von Zielen und Lösungswegen, Begleitung und Unterstützung bei der Beantragung und Durchführung notwendiger, ggf. auch rechtskreisübergreifender, Teilhabeleistungen sowie weiteren Hilfeangeboten und Unterstützung bei der Vernetzung und Einbindung wichtiger Akteure (vgl. AktiFAME 2020, [Internetquelle]).

Ein weiteres Projektziel ist bei nachgewiesener Wirksamkeit die Verfestigung des FM-Angebotes auch ohne direkten Zusammenhang mit vorausgegangener Rehabilitation³⁴, dafür müssten die Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung geändert werden (vgl. DRV Nord 2020, S. 2ff.).

Im Rahmen der Studie werden u.a. ein Manual und eine Toolbox erstellt.

4.3 Fallmanagement: Begriffsbestimmung und Übertragbarkeit

Die historische Entwicklung des FM begann in den USA als Case Management (in Folge kurz: CM), mit der durch Mary Ellen Richmond initiierten social casework, die erste der drei klassischen Methoden der Sozialarbeit: Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit. In ihrem 1917 veröffentlichten Buch „Social Diagnosis“ beschreibt Richmond erstmals ein systematisches Vorgehen und orientiert sich, in Anlehnung an klassischer Medizin, an den drei Schritten Anamnese, Diagnose und Behandlung (vgl. Galuske 2013, S. 78f.).

Erfahrungen aus amerikanischen Konzepten unterstützen die in Deutschland eigenständigen Handlungstheorien für Soziale Arbeit, so dass seit Ende der 80-er Jahre ein auf unsere Verhältnisse angepasstes FM die Einzelhilfe ergänzt (vgl. Neuffer 2013, S. 57). Die klassische soziale Einzelfallarbeit wird mit managerialen Steuerungselementen wie Planung, Steuerung und Kontrolle von Hilfeprozessen verknüpft (vgl. Gissel-Palkovich 2010, S. 125).

Wolf Rainer Wendt gilt als Hauptvertreter des neueren CM als „Unterstützungsmanagement“ in Deutschland. „*Die Aufgabe von Management besteht darin, Effektivität und Effizienz miteinander zu verbinden, so dass ein anhaltender Erfolg erreicht und gesichert wird*“ (Wendt 1991, S. 15). Effektivität und Effizienz sind Leitgrößen, die ökonomische Forderungen an Soziale Arbeit beschreiben. Effektivität meint Zielwirksamkeit: diese wird erreicht, wenn Fallmanager*innen ihr Handeln an konkreten Zielvereinbarungen ausrichten

³⁴ Nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB VI kann FM nur in Zusammenhang mit einer Rehabilitation erbracht werden

und diese mit den erreichten Ergebnissen vergleichen. Effektiv ist eine Hilfeleistung dann, wenn keine bzw. eine geringe Differenz zwischen Zielen und nachhaltigen Ergebnissen besteht. Mit Effizienz wird die Wirtschaftlichkeit, also das Verhältnis von Aufwand, bzw. Kosten, zum Nutzen, bzw. Ertrag beschrieben.

FM hat die Aufgabe, zwischen dem ambivalenten Gegensatz der Lebensweltorientierung (klientenorientiert) und der Ökonomisierung (auftraggeberorientiert) zu vermitteln (vgl. Wendt 1991, S. 42f.). FM wird als Auftrag der Politik (Makroebene) in der Systemebene (Mesoebene) als Verfahren über die Organisationen umgesetzt und als Methode im Einzelfall (Mikroebene) angewandt. Erfahrungen aus der Fallebene können über Rückmeldung an die Systemebene und Fachverbände bei politischen Entscheidungen im Sozial- und Gesundheitswesen berücksichtigt werden (vgl. Wendt 2005, S. 8).

Der ambivalente Gegensatz der klientenbezogenen Lebensweltorientierung und der auftraggeberorientierten Ökonomisierung weisen auf ein Dilemma hin, dass auch im FM des Modellprojekts AktiFAME besteht.

Die o.g. charakteristischen Kriterien finden sich in der Fallarbeit in der Brücke SH wieder, dennoch ist im FM, bezogen auf das Modellprojekt AktivFAME, die Rückmeldung an Politik über die Systemebene durch das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der UKSH zwar möglich, bislang aufgrund der bisherigen kurzen Projektlaufzeit aber noch nicht umfänglich erfolgt. Das Verständnis von FM beschränkt sich auf die Verknüpfung der Bedürfnisse der Versicherten mit den Unterstützungsmöglichkeiten anderer sozialer Dienste und Hilfesysteme, unter Einbeziehung informeller Netzwerke. FM bietet hierfür den organisatorischen Handlungsrahmen (vgl. Schmid/Vogt 2001, S. 73).

Im FM des AktiFAME erfolgt, wie oben beschrieben, ein systematisches Vorgehen durch die Erhebung von Situationsanalyse und Förderbedarfen, durch die Festlegung von Leit-, Teil- und Handlungszielen, sowie die konkrete Umsetzung einzelner Maßnahmen zur Erreichung der Ziele.

Die Steuerungselemente Planung, Steuerung und Kontrolle sind in den Grundprinzipien der Leistungserbringung im Qualitätsmanagement der Brücke SH für alle Mitarbeitenden definiert. Beratungsprozesse werden auf den Einzelfall bezogen generell nach dem Plan-Do-Check-Act-Zyklus (in Folge kurz: PDCA-Zyklus) durchgeführt (s.A. 9). Als wesentlicher Baustein gilt im Unterstützungsprozess die individuelle Planung („Plan“) von Leit-, Teil- und Handlungszielen und der für die Zielerreichung notwendigen Maßnahmen im Rahmen des mit dem Leistungsträger vereinbarten Auftrag. Die Umsetzung der Maßnahmen („Do“), die Zielerreichung und die Zufriedenheit des*der Klienten*in wird regelmäßig in Gesprächen thematisiert und überprüft („Check“). Wenn grundsätzlich keine neue Informations- sammlung und Planung notwendig ist, werden die Maßnahmen kontinuierlich in laufender

Planung angepasst und durchgeführt („Act“). Sollte eine grundsätzlich neue Planung notwendig sein, sind vorab Informationen zu sammeln, die Situation einzuschätzen und Ziele neu zu definieren. Der Kreislauf beginnt erneut unter Beachtung ökonomischer Aspekte. Ein Prozess gilt dann als erfolgreich abgeschlossen, wenn der Beratungsauftrag im Sinne des*der Klienten*in erfüllt wurde. Der Erfolg des Prozesses kann auf übergeordneter Ebene an der Erfüllung des Auftrages, z.B. den Vermittlungsquoten, als auch aus den Ergebnissen der Klienten-Zufriedenheitsbefragung abgelesen werden.

4.4 Die Anwendung des MI im Fallmanagement

In der konkreten Umsetzung des FM analysieren zu beratende Person und Fallmanager*in zusammen die Hindernisse einer nachhaltigen beruflichen Wiedereingliederung anhand der persönlichen Situation. Sie vereinbaren Förderbedarfe und Ziele und planen rehabilitative Handlungsstrategien. Lösungsvorschläge werden gemeinsam unter Berücksichtigung der psychosozialen Belastungen im familiären Umfeld oder am Arbeitsplatz erarbeitet und umgesetzt. Darüber hinaus koordiniert der*die Fallmanager*in bedarfsorientiert zur Verfügung stehende Leistungen zur Teilhabe sowie sonstige Hilfeangebote.

Im Folgenden beschreibt die Autorin die Fallgeschichte der zu beratenden Person Kim³⁵, die sie im regulären FM begleitet hat. Sie erläutert den Verlauf, Zusammenhänge und rezitiert Auszüge aus Beratungssettings. Dabei fokussiert sie sich auf die Anwendung der Komponenten des MI und legt in dieser Darstellung die Schwerpunkte auf die Phasen der Veränderung von der Absichtslosigkeit bis zur Handlung (s.A. 10).

Praxisfall Kim, seit 34 Jahren sozialversicherungspflichtig beschäftigt

Die zu beratende Person Kim wird durch die DRV Nord schriftlich über das Projekt informiert und zum FM eingeladen. Wie sie der Autorin später erklärt, hätte sie das Angebot abgelehnt, ihre Tochter habe sie dazu überredet.

Erstkontakt: Beziehungsaufbau und Fallbeschreibung

Die Autorin weiß um die wichtige Bedeutung des Erstkontaktes, denn in diesem Gespräch wird die zu beratende Person Kim entscheiden, ob sie ihr vertraut, das Angebot des FM annehmen und mit hoher Compliance mitwirken wird. Die Autorin bemüht sich um eine eröffnende und annähernde Verbindung für eine tragfähige Arbeitsbeziehung, indem sie, Fremdheit respektierend, die grundlegenden Kommunikationsstrategien anwendet, und zum offenen Austausch zu den Anliegen einlädt.

Die zu beratende Person Kim erscheint pünktlich zum Termin im IFD. Sie hat ein gepflegtes Erscheinungsbild und ein freundliches, charmantes Auftreten. Nach einem kurzen Small

³⁵ Um einen direkten Personenbezug auszuschließen wurden der Name geschlechtsneutral gewählt und Details pseudonymisiert und anonymisiert

Talk und der Würdigung der Bereitschaft für ein Erstgespräch und zum pünktlichen Erscheinen folgt die offene Fragestellung der Autorin: „Was haben Sie bisher erlebt und welche Art von Unterstützung kann FM Ihnen anbieten“ (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 93)? Die zu beratende Person Kim gibt der Autorin zugewandt Einblicke in diverse Bereiche ihres Lebensführungssystems (s.A. 1). Zunächst eloquent, dann depressiv grundiert, schildert sie ihre Krankengeschichte, die stark gezeichnet ist von der familiären und beruflichen Situation. Die Autorin hört aktiv reflektierend zu, fragt interessiert mit offenen Fragen nach, würdigt bereits unternommene Aktivitäten und fasst Informationen überleitend zusammen. Folgende Informationen hat sie im einstündigen Erstgespräch bereits erhalten:

Der*die Hausärzt*in benennt als Gesundheitsstörung eine schwere depressive rezidivierende Episode ohne psychotische Symptome. Die Autorin fragt im Hinblick auf eine zu erstellende Bedarfsanalyse nach den ICF-Faktoren gezielt nach den Einschränkungen der Funktionsfähigkeit. Die zu beratende Person beschreibt sie wie folgt: Im Bereich der Körperfunktionen fühle Kim sich freudlos, niedergeschlagen, trübsinnig und verzweifelt. Schlafdauer und Schlafqualität seien erheblich beeinträchtigt, er*sie fühle sich erschöpft und ausgelaugt, Grübeln könne die zu beratende Person partout nicht unterbrechen, sei ewig angespannt und hoffnungslos, jemals so wieder arbeiten zu können. Kim könne das Körpergewicht nicht angemessen halten, habe inzwischen einen Body-Maß-Index von 33, verursacht durch ungesunde Lebensweise. Es folgt ein Resümee als Überleitung zum Thema Aktivitäten und Partizipation. Diesbezüglich habe Kim sportliche Aktivitäten und Kontakte zum sozialen Umfeld eingestellt und fühle sich auch nicht mehr eingebunden und dazugehörig. Der*die Lebensgefährte*in habe sich kürzlich abgewendet angesichts der zunehmenden Depression. Kim lebe seit 2006 allein mit der körperlich beeinträchtigten Tochter, die auf einen freien Platz in einer betreuten Wohngruppe warte und um die Kim sich ständige Sorgen mache. Es komme häufig zu Konflikten, ursächlich seien Lappalien. Zum anderen Elternteil hätten die Tochter und Kim keinen Kontakt mehr. Die Autorin würdigt Kims offene Schilderung vieler intimer Faktoren, resümiert Gehörtes und leitet zum Thema Arbeit und Beschäftigung weiter. Kim habe einen Realschulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung im Bauhandwerk. Akkordarbeit sei Kim von je her gewohnt gewesen. Wegen eingeschränkter bewegungsbezogener Funktionen arbeite Kim seit 2000 als Auslieferungsfahrer*in mit einer wöchentlichen Arbeitszeit bis zu 60 Stunden. Die Eltern hätten bei der Betreuung der Tochter unterstützt, beide seien vor vier Jahren bei einem Verkehrsunfall verstorben. Seitdem versuche Kim allein neben der Arbeit und dem Haushalt eine vertrauens- und liebevolle Bezugsperson für die Tochter zu sein. Die Autorin nimmt Kims Trauer und Überforderung im körperlichen Ausdruck und Gesprochenem wahr und spiegelt ihre Wahrnehmungen wider. Im Frühjahr 2018 sei Kim gescheitert, die Belastungsfaktoren bei Arbeit wären zu hoch gewesen, fixe Auslieferungszeiten, eine hohe

Anzahl von Stopps und ein ständig schlechtes Gewissen der Tochter gegenüber hätten Kim buchstäblich „rasend“ gemacht. Seitdem sei Kim durchgehend arbeitsunfähig. Die Autorin fragt nach alternativen Bewältigungsstrategien. Die zu beratende Person beschreibt, wie sie sich ablenkt: Wenn sie „rasend“ sei, würde sie sich in den Bereichen des häuslichen Lebens „austoben“. Ein sauberes Zuhause fühle sich an „wie ein sauberes Leben“. Kleinigkeiten würde Kim mit großem Aufwand betreiben, anderen Menschen nichts zutrauen und darum lieber alles selbst machen.

Das Erstgespräch ist geprägt von Zuhören und Würdigen, zum Gesprächsende fasst die Autorin zusammen und fragt abschließend nach Kims Leitziel. Als persönliches, attraktives Hauptziel³⁶ definiert Kim mit eigenen Worten „Meine Tochter ist das Wichtigste für mich, ich lebe jetzt und stelle mich mehr in den Mittelpunkt“³⁷. Kim verabredet sich mit der Autorin zu weiteren Terminen. Zum Abschluss des Gesprächs gibt die zu beratende Person an, sie habe sich gut aufgehoben und von der Autorin verstanden gefühlt und es genossen, eine Stunde lang mit jemandem über ihre Situation sprechen zu können. Eine Annäherung und die Basis für eine tragfähige Arbeitsbeziehung scheinen fundamental geschaffen zu sein.

Fokussierung

Kim hat sowohl multikomplexe Problemlagen beschrieben wie auch widersprüchliche Ziele definiert: die Tochter sei das wichtigste und Kim wolle sich mehr um sich selbst kümmern. In diesem Fall scheinen Kostenträger und Klient*in unterschiedliche Ziele zu verfolgen: Der Schwerpunkt des FM in AktiFAME liegt auf der Sicherung der beruflichen Teilhabe, und stellt, wie in Kapitel 4.2 beschrieben, das Hauptziel der DRV Nord dar. Teilhabe am Arbeitsleben leistet einen Beitrag zum Lebensunterhalt und führt nicht nur zu einer finanziellen Stärkung der Solidaritätsgemeinschaft, sondern auch zur sozialen Integration und schenkt Anerkennung (vgl. Pertus et al. 2017, S. 4), auch ganz im Sinne von Kim?

Im weiteren Beratungssetting erzählt die zu beratende Person, sie könne sich auch vorstellen, das bestehende Arbeitsverhältnis zu kündigen und vom Arbeitslosengeld II (in Folge kurz: ALG II) und dem geerbten Geldbetrag der Eltern zu leben. Die bisherige Arbeit habe Kim nur anstrengend und keinesfalls anerkennend empfunden. Kim habe ständig das Gefühl gehabt, nicht genug zu leisten, Kunden seien unfreundlich und fordernd und Kim würde sich nur in aufgeräumter und „geputzter“ Häuslichkeit wohl fühlen. Die Kontakte zur Tochter und jetzt neuerdings zur Fallmanagerin, reichen Kim aus. Psychotherapeutische Hilfen habe die zu beratende Person bisher kategorisch abgelehnt, das sei ihr peinlich und Gespräche könnten ihr sowieso nicht helfen.

³⁶ Ziele sind lt. Projektbeschreibung und auch lt. Organisationshandbuch der Brücke SH nach den SMART-Kriterien als spezifische, messbare, attraktive, realistische und terminierte Ziele anzupassen.

³⁷ Rezitiert mit Kims ausdrücklicher Genehmigung

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen leiden unter öffentlichem Distanzierungsbestreben und Stigmatisierung. Ihre individuelle Selbstwirksamkeit wird durch psychosoziale Belastungen untergraben, sie nehmen nicht ausreichend innere und äußere Ressourcen wahr, ziehen sich zurück und nehmen regionale Unterstützungsangebote nicht rechtzeitig oder gar nicht in Anspruch (vgl. Pertus et al. 2017, S. 4).

Dass Fokussieren im Gespräch über Veränderung kein einmaliger Prozess ist, wird im weiteren Verlauf deutlich: zum einen gibt Kim einmal an, eventuell eine selbständige Tätigkeit als Taxifahrer*in anzustreben, oder er*sie plane eine Rückkehr in Teilzeit beim alten Unternehmen als leitende*r Tourenplaner*in, also zwei Varianten zur Teilhabe am Arbeitsleben. Bei der differenzierten Betrachtung des Begriffes „Teilhabe“ sei anzumerken, dass Teilhabe von drei Aspekten abhängig ist: es müssen sowohl die Strukturen für Teilhabe als auch die intellektuellen Begabungen der Klientel und ihre psychischen und physischen Ressourcen berücksichtigt werden (vgl. Speck 2018, S.13). Im weiterem Fokussierungsprozess gilt es zu prüfen, inwieweit diese Aspekte auf Kim zutreffen. Die Autorin erlebt Kims diffuse Zielsetzung stark abhängig von der mentalen Grundstimmung und setzt zur Klärung der unklaren Fokuslage visuelle Hilfsmittel ein: mit dem Agenda Mapping (s.A. 11) werden Optionen von zu klarenden Veränderungsthemen ausgelotet. Im Gespräch auf Metaebene auf Grundlage des Hauses der Arbeitsfähigkeit nach Ilmarinen et al. erkennt Kim, dass die psychische und physische Gesundheit ein wesentliches Fundament für gute Leistungsfähigkeit ist (vgl. Tempel/Ilmarinen 2013, S. 40). Auszüge aus Kims Lebensführungssystem werden in das individuelle Haus der Arbeitsfähigkeit übertragen (s.A. 12) und Kim resümiert, in welchen Stockwerken er*sie akuten Handlungsbedarf hat. Im fortlaufenden Fokussierungsprozess priorisieren Kim und Autorin die Selbstfürsorge und einigen sich auf das anzustrebende Ergebnis: Wiedererlangung der Gesundheit, wobei das Ergebnis klar und als Phase der Veränderung die Absichtsbildung zu erkennen ist, aber noch keine konkrete Handlung bzw. Aufrechterhaltung.

Evokation

Zur Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit zählen eine gesunde Lebensführung und entscheidend: eine psychotherapeutische Anbindung. Kim hingegen steht einem therapeutischen Unterstützungsangebot ambivalent in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt gegenüber (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 188). Die psychische Stabilisierung als markant positive Folge einer Therapie steht als Ambivalenz gegen Peinlichkeitsgefühle und der Überzeugung, dass Gespräche nicht helfen würden. Die Autorin stärkt Kims Selbstmotivation, indem sie Äußerungen pro Veränderung nach Wünschen, Fähigkeiten, Motiven und Notwendigkeiten im vorbereitenden Change Talk in der Phase der Kontemplation entlockt (s.A. 13).

Um Kims Selbstmotivation zur Veränderung zu stärken, bittet die Autorin Kim, Vor- und Nachteile des momentanen Status Quo, nämlich weiterhin ohne psychotherapeutische Unterstützung zu sein, sowie die Vor- und Nachteile der möglichen Veränderung durch eine therapeutische Anbindung zu formulieren (s.A. 14). Kim entdeckt Diskrepanzen zwischen der momentanen Passivität und, wie er*sie es nennt, „Leblosigkeit“, und seinen*ihrn Wertvorstellungen, ein starkes Elternteil für die Tochter zu sein und aktiv und selbst-bestimmt zu leben. Insbesondere als die zu beratende Person über ihre Stärken, das Organisieren, Planen und Dokumentieren in Listen spricht, hat die Autorin eine weiterführende Vorlage, mit Confidence Talk ihre Veränderungsmotivation und ihr Selbstvertrauen zu nähren. Als Kim sich nach der Schlüsselfrage „Was denken Sie, ist nun ihr nächster Schritt?“ dahingehend äußert, die Tochter mit in den Veränderungsprozess einzubeziehen, ist eine deutliche Entspannung bei Kim spürbar, die die Autorin ebenfalls mit Confidence Talk weiter evoziert und somit Kims Zuversicht stärkt.

Planung

Die Vorteile, die eine psychotherapeutische Unterstützung mit sich bringen könnte, greift Kim interessiert auf. Die Autorin überführt mit mobilisierendem Change Talk die Äußerungen pro Veränderung in eine Selbstverpflichtung zur Änderung. Die zu beratende Person will mit ihrer Tochter über ihre Erkrankung sprechen und sie als Vertraute mit einbinden, sich über Reha- und Tageskliniken, verschiedene Therapieverfahren und konkrete Therapieangebote vor Ort informieren. Kim kann zwischen zwei Optionen wählen: einem Klinikaufenthalt, bei dem eine umfassende Betreuung der Tochter gewährleistet sein müsste, oder einer ambulanten Psychotherapie, die aus dem Alltag heraus realisiert werden könnte. Kim formuliert ein Leitziel, smarte Teil- und Handlungsziele, die im weiteren Verlauf erneut fokussiert und Kims Bedürfnissen und Veränderungsideen unter Berücksichtigung seiner*ihrer Barrieren angepasst werden. Im Basisprozess der Planung tritt Kims Ambivalenz oft im Zusammenhang mit Kontaktaufnahmen zu Therapeuten und Kliniken auf. Die Autorin weist dann erneut auf die Vorteile der Veränderung hin, bereitet Kim auf die Gespräche durch Rollenspiele vor und greift Kims Ressource auf: die Einbeziehung der Tochter, wird zum Ausgangspunkt für die Handlungsphase. Sowohl emotional wie auch aktivierend muntert die Tochter Kim in zweifelnden Momenten auf, fordert liebevoll Verbindlichkeiten ein und steht im telefonischen Austausch mit der Fallmanagerin. Kim entscheidet sich für die Durchführung einer stationären psychosomatischen Rehabilitation mit anschließendem ambulanten Nachsorgeprogramm im Gruppensetting. Die Aufnahme der Tochter in einer betreuten Wohngruppe konnte forciert werden.

Im oben beschriebenen Planungsprozess hat Kim zwischen zwei Optionen gewählt. Hinsichtlich der Verbesserung seines*ihres körperlichen Wohlbefindens weiß Kim im

Gründe genommen was zu tun ist und wie er*sie es umzusetzen hat: Kim möchte sein*ihr Gewicht sowohl durch verbesserte Ernährungsgewohnheiten reduzieren als auch seine*ihrer körperliche Fitness durch regelmäßige Bewegungseinheiten erhöhen. Mit mobilisierendem Change Talk lockt die Autorin konkrete Pläne mithilfe smarter Zielformulierungen hervor, klopft mögliche Schwachstellen ab und erarbeitet mit Kim graduelle Stufen in Form einer Zielerreichungsskala (s.A. 16) (vgl. Miller/Rollnick 2015, S. 319 ff.).

5 Analyse der Umsetzbarkeit und Handlungsempfehlungen

Im Hinblick auf die einleitend formulierte Fragestellung „**Welche Potenziale und Herausforderungen bieten die theoretischen Bezüge des MI in der psychosozialen Beratung am Beispiel des Fallmanagements?**“ analysiert die Autorin auszugsweise theoretische Bezüge des MI auf Grundlage des Praxisfalls Kim von der Absichtslosigkeit bis zur Handlung (s.A. 10) und weiterer überwiegend telefonisch durchgeföhrter Praxisfälle aus ihrer praktischen Anwendung. Anhand der Basisprozesse stellt sie Möglichkeiten, Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für die psycho-soziale Beratung im FM, speziell für das Modellprojekt AktiFAME, vor.

Beziehungsaufbau

Analyse der Umsetzbarkeit:

Das Erstgespräch ist der Beginn von Beziehungsaufbau, der erste Basisprozess im MI.

Der Praxisfall Kim zeigte, dass der annähernde Beziehungsaufbau die Grundlage für ein qualitatives Bündnis zwischen Kim und der Autorin und somit die Voraussetzung für eine tragfähige Arbeitsbeziehung war. Im persönlichen Erstgespräch hatte die Autorin in vertrauensvoller Atmosphäre mit den Kommunikationsmethoden OARS eine Basis geschaffen, in der Veränderung und Selbsterkundung möglich waren.

Sie bemühte sich darum, der zu beratenden Person mit respektvoller Haltung Raum anzubieten, ihre Bedürfnisse, Anliegen und Situation zu schildern. Schuldfragen und diagnostische Etikettierungen waren im Beziehungsaufbau irrelevant. In der Phase des Beziehungsaufbaus erreichte die Autorin, dass Kim sich auf das FM einließ, wiederkam und somit die Verweildauer im FM erhöhte.

Ein herausforderndes Element lag in der im Modellprojekt definierten Vorgehensweise begründet: Hiernach sollte bereits im Erstgespräch u.a. ein Fragebogen zum Gesundheitszustand zur Überprüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen und Schweigepflichtentbindungen ausgefüllt werden. Durch Erläutern der Formalien, eine

Fixierung auf Diagnostik und ein möglicherweise vorzeitiges Erheben einer Anamnese blieb Kim kaum Zeit, das Thema Veränderung selbst ansprechen.

Als herausfordernd hatte die Autorin permanentes aktives Zuhören, Einfühlen, Würdigen, vorurteilsfreies und nicht bewertendes Annehmen von Äußerungen wahrgenommen. Diese essentiellen Methoden erforderten sehr viel Aufmerksamkeit und kritische Reflexion des eigenen Handelns. Die Autorin musste darauf achten, Kommunikationssperren nach Gordon auszuschließen, diese hätten unbedacht in zwischenmenschlicher Interaktion angewandt, Kontakt auf Augenhöhe, aufrichtigen Austausch und Selbstverantwortungsübernahme beim Gegenüber verhindern können. Ein weiterer kritischer Faktor waren die aufgrund der aktuellen Pandemiesituation zu führenden telefonischen Beratungsgespräche oder Videokontakte mit eingeschränkter nonverbaler Kommunikation. Autorin und Kim waren nicht beieinander, sie befanden sich auf Distanz in einem Raum, räumlich wie auch emotional. Dieser Umstand erschwerte einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau.

Handlungsempfehlung für das Erstgespräch:

Um in der Phase des Beziehungsaufbaus eine Atmosphäre zu erreichen, in der die zu beratende Person sich willkommen und eingeladen fühlt, ihre Anliegen und Wünsche offenzulegen, sollten umfängliche Diagnostikerhebungen im Erstgespräch vermieden oder auf ein notwendiges Minimum reduziert werden.

Im Rahmen der praktischen Anwendung und einer anschließenden Befragung der zu beratenden Person wurde festgestellt, dass ein auf Fragen basiertes Interview Kim in einer untergeordneten und passiven Rolle und die Autorin als Expertin erscheinen ließen und in diesem Gespräch eine ungleiche Beziehung herstellt wurde. Eine für die Aufnahme ins FM notwendige Informationserhebung über den Gesundheitszustand des*der Klienten*in und Vorstellen der Formalien sollte nur so reduziert erfolgen, dass für den*die Klienten*in im Erstgespräch genügend Raum bleibt, das Thema Veränderung selbst zur Sprache zu bringen. Fragebögen könnten beispielsweise zu Hause ausgefüllt und im Folgetermin thematisiert werden, indem der*die Interviewer*in offene Fragen stellt, reflektiert zuhört, auf Change Talk achtet und diesen evoziert.

Im Erstgespräch sollten die Erwartungen der zu beratenden Person erfragt werden, welche Art von Hilfe sie sucht, und es sollte ihr aufgezeigt werden, mit welchen konkreten Unterstützungsangeboten sie rechnen kann.

Fokussierung

Analyse der Umsetzbarkeit:

Fokussierung wird in der Literatur als fortlaufender Prozess beschrieben, in der der*die Interviewer*in die zu beratende Person dahingehend unterstützt, ihre Entwicklungsmöglichkeiten zu finden und diesen zu folgen. Im Praxisfall Kim wurden vielfältige

veränderte Lebensverhältnisse in Augenschein genommen und je nach Gemütslage von Kim unterschiedlich fokussiert. Kim entschied selbst, was zu tun war, die Autorin lud Kim immer wieder erneut ein, ihr mitzuteilen, was sie zu tun gedachte. Auch in dieser Phase konnte Kim erst durch den Einsatz visueller Hilfsmittel strukturieren und somit seine*ihre Handlungsbedarfe priorisieren. Allerdings waren in Zeiten sozialer Distanz gemeinsam erstellte Visualisierungen schwer einsetzbar.

Um ein hohes Maß an Beratungsqualität zu erreichen, war es hilfreich, Kims vorrangiges Problem in den Mittelpunkt der Beratung zu stellen und nicht den Beratungsauftrag durch den Kostenträger. Und hier trat das Tripelmandat als hemmender Faktor ein: Kims Bedarfsanalyse und Zielvereinbarung legte den Fokus auf das Erreichen des Ziels, Kim vorrangig auf dem ersten Arbeitsmarkt zu re-integrieren und nicht personenzentriert auf den Weg dorthin. Bei voneinander abweichenden Zielen konnte die Autorin einen zentralen Rollenkonflikt wahrnehmen: sie bewegte sich in Verbundenheit mit ihrem vulnerablen Gegenüber zwischen der individuellen Hilfe, der Kontrolle durch die Wirtschaftlichkeit, sowohl im Sinne des Kostenträgers als auch im Sinne der Brücke SH, und den ethischen Prinzipien ihrer eigenen Profession.

Für die Autorin war es herausfordernd, der zu beratenden Person das Tempo ihrer Entwicklung selbst zu überlassen und auch ein Verharren im Status Quo anzunehmen. Den vermeintlichen Entwicklungsstillstand im Bereich Arbeit als Atempause anzuerkennen und durch kleine Entwicklungsschritte in anderen Lebensbereichen erst langsam aufzulösen, hat sie als anspruchsvolle Aufgabe wahrgenommen. Sie begleitete die zu beratende Person in ihrem Entwicklungstempo. So hatte Kim den Bezug von ALG II statt einer beruflichen Re-Integration erwogen, dies widersprach den gesellschaftlichen Erfordernissen von Nützlichkeit und Effizienz und der Tatsache, dass die Ressourcen der Solidaritätsgemeinschaft begrenzt sind.

Handlungsempfehlung für die Fokussierung:

Bei unklarer Fokuslage kann Visualisieren hilfreich sein, so dass Klient*in und Interviewer*in übereinstimmend priorisieren und weiter strukturiert vorgehen können. Kim gab in einer Befragung dazu an, dass gemeinsam erstellte Arbeitsblätter halfen, sich den akuten Handlungsbedarf wieder bewusst zu machen und auch ein Verzetteln verhinderten, insbesondere in ambivalenten Phasen. Visuelle Hilfsmittel wie Agenda Mapping (s.A. 11) und Das Haus der Arbeitsfähigkeit (s.A.12) sind in bisherigen Beratungssettings als unterstützend beschrieben worden und könnten in die Toolbox des AktiFAME-Projekts aufgenommen werden. Des Weiteren hat Kim das Erkennen und Einbeziehen soziale Ressourcen in Form der Tochter als sehr unterstützend und stärkend wahrgenommen.

Evokation

Analyse der Umsetzbarkeit:

Erfolgreiches FM ist u.a. davon abhängig, ob das Gegenüber wirklich motiviert ist, an Veränderungsprozessen mitzuarbeiten. Um dies zu eruieren, suchte die Autorin im Evokationsprozess nach Kims Selbstmotivation zur Veränderung, mit dem Ziel, diese zu nähren und zu stärken. Als erfolgreiche Hilfsmittel konnte sie hierfür den Fragenkatalog zum mobilisierenden Change Talk (s.A. 8) und die Entscheidungswaage (s.A. 14) einsetzen.

Als herausfordernd im Evokationsprozess nahm die Autorin im Praxisfall Kim den Umgang mit Ambivalenzen wahr, wenn Abwehrstrategien aktiviert und bereits gefestigt waren. Im Fall von Kim war eine Therapiebereitschaft von Antriebslosigkeit und Schamgefühlen so blockiert, dass Kim aufgrund innerer Spannung einen Abbruch des FM erwogen hatte. Das Beratungsziel „Ich bin gesundheitlich stabilisiert, um zu arbeiten“ bekam eine Wendung, als die Vorteile einer Verhaltensänderung weg vom Lebensbereich Arbeit hin zum Mehrwert für Familie entwickelt wurden, d.h. eine Fokusverschiebung stattfand.

Handlungsempfehlung für die Evokation:

Das Adjektiv „motivational“ suggeriert Bereitschaft zu Verhaltensänderung, die eben durch MI motiviert werden kann. In der psychosozialen Beratung Personen mit hohem Erwerbsminderungsrisiko können vielfältige Gründe für schlechte Leistungsfähigkeit fokussiert werden, hierbei sollte seitens des*der Interviewers*in geprüft werden, ob sie im Verhalten der zu beratenden Person begründet sind und diese generell für Verhaltensänderung bereit ist. Damit die Mitarbeit im FM nicht aufgrund von Widerstand blockiert wird, sollte der*die Fallmanager*in gezielt Sustain Talk und Change Talk als Methoden zur Minimierung der Status-Quo-Argumente und Stärkung der Änderungsargumente einsetzen.

Der zu erstellende Leitfaden des AktiFAME-Projekts sollte Evokation von Change Talk mit den Kommunikationsstrategien OARS, Umgang mit Ambivalenzen und reflektierende und strategische Reaktionen auf Sustain Talk aufgreifen.

Planung

Analyse der Umsetzbarkeit:

Im Planungsprozess ist die Mobilisierung und Verstärkung der Selbstverpflichtung der zu beratenden Person das vorrangige Ziel. Die Einleitung in diese Phase und die konkrete Erarbeitung von Plänen nahm die Autorin bei Kim als erleichternd wahr, dass sich generell etwas ändern würde motivierte Kim sehr. Im Verlauf der Planungsphase tauchten allerdings Selbstzweifel und Ambivalenzen auf, denen die Autorin mit mobilisierendem Change Talk und Confidence Talk feinfühlig begegnete. Die Aufzeichnungen aus den vorangegangenen

Phasen, insbesondere die Entscheidungswaage (s.A. 14) konnte immer wieder Verbindlichkeit und Selbstverpflichtung wecken. Die Herausforderungen der Umsetzbarkeit waren hier, insbesondere in Telefonaten, zu erkennen, in denen es generell schwierig war, gemeinsam Prozesse und Absprachen zu visualisieren, um sie im gesamten Beratungsprozess weiter einzusetzen.

Ein weiterer hemmender Faktor trat in Beratungssettings ein, in denen chronische Verläufe und multikomplexe Problemlagen langsame Entwicklungsschritte verlangten und in der Kürze der Laufzeit des FM perspektivisch nicht abschließend veränderbar erschienen.

Handlungsempfehlungen:

In einem Feedbackgespräch gab Kim an, dass das Tempo in der Planungsphase unbedingt situationsbezogen und sensibel zu gestalten sei.

Um im FM die vorbereitende Phase der Planung erfolgreich und selbstverpflichtend in die Handlung im Veränderungsprozess überzuleiten, sollten Fallmanager*in für diesen Aspekt sensibilisiert sein: Berücksichtigend, dass im Rahmen des FM eine Begleitung des*der Klienten*in max. über den Zeitraum eines Jahres erfolgen kann, sollten Veränderungen als kleinschrittige und langsame Prozesse angenommen werden. Die Prozesse bedürfen einer detaillierten Planung und sollten dann in Angriff genommen werden, wenn die Zeit aus Sicht des*der Klienten*in dafür „reif“ ist.

6 Zusammenfassung

Gesprächsführung ist ein elementares Werkzeug in der psychosozialen Beratung, insbesondere, wenn dadurch die Erhöhung der Veränderungsbereitschaft des Gegenübers erreicht werden soll. Die vorliegende Arbeit setzte sich mit der Frage auseinander, inwiefern sich das Theoriemodell MI als Einladung zur Veränderung in der psychosozialen Beratung, speziell im FM, eignet.

Um sich dem Thema anzunähern, wurden Kernelemente der psychosozialen Beratung, die theoretischen Grundlagen des MI sowie die Komponenten des MI-Ansatzes auf Basis von Literaturrecherche vorgestellt. MI bedient sich eines eklektischen Ansatzes: d.h. verhaltenserapeutische, systemische und psychodynamische Techniken sind in der Grundhaltung, den vier Basisprozessen und Methoden weitestgehend wiederzufinden und wurden von Miller und Rollnick ständig weiterentwickelt.

Das Vier-Prozesse-Modell wurde anhand eines konkreten Fallbeispiels und telefonischen Beratungserfahrungen beschrieben und abschließend auszugsweise analysiert. Die hierbei eingesetzten Arbeitshilfen und Visualisierungen wurden im Anhang zusammengetragen und teilweise in Handlungsempfehlungen dokumentiert.

Die wichtigsten Erkenntnisse aus der Anwendung in der Praxis waren, dass

- ...die verinnerlichte mentale und emotionale Grundhaltung des MI, die OARS-Methoden sowie ein lenkender statt eines leitenden Stils allgemein die Qualität von Gesprächsführung verbessern können und es zu überlegen gilt, ob sie nicht generell kontinuierlich beobachtet und zur Norm gemacht werden sollten
- ...die Anwendung der Methoden mit entsprechender Haltung sehr viel Aufmerksamkeit seitens des*der Interviewers*in erfordert, sowohl im Zuhören, Beobachten von nonverbalen Reaktionen, Wahrnehmen von Botschaften zwischen den Zeilen als auch beim Formulieren von Fragen
- ...die Bereitschaft des*der Klienten*in, sich auf FM einzulassen, nicht per se mit Veränderungsbereitschaft für Verhalten einhergeht
- ...die vom Kostenträger und der Einrichtung verfolgten Ziele nicht mit denen des*der Klienten*in übereinstimmen müssen, oder anders priorisiert sind. Der*die Klient*in und nicht der*die Interviewer*in*in sollen Zweifel am Verhalten und Gründe für eine Veränderung vorbringen
- ...einzelne MI-Grundlagen sicherlich durch Schulungen erlernbar sind, was aber MI als professionelles Beratungskonzept ausmacht, wäre eine generelle Haltung, die kontinuierlich, reflexiv zu beobachten wäre und dazu ein fortlaufender, coachender Austausch mit MI-Anwendern stattfinden sollte.

Anhand der einleitenden Fragestellung dieser Arbeit „**Welche Potenziale und Herausforderungen bieten die theoretischen Bezüge des MI in der psychosozialen Beratung am Beispiel des Fallmanagements?**“ kommt die Autorin zu dem Schluss, dass die Anwendung des MI als eklektischer Ansatz in der psychosozialen Beratung geeignet ist, wenn der*die Interviewer*in die vier Aspekte der Akzeptanz von Empathie, bedingungsfreie Wertschätzung, Würdigung und Unterstützung der Autonomie verinnerlicht hat und so bereits im Beziehungsaufbau einen hoffnungsvollen Anfang setzen kann. Insbesondere ein gelungener Beziehungsaufbau trägt die weiteren Prozesse mit, aber je nach Problemlage des*der Klienten*in sollten weitere Methoden oder therapeutische Ansätze angewandt werden, denn MI ist kein umfassendes Beratungskonzept. Es stößt, wie weitere Beratungskonzepte auch, dann an seine Herausforderungen, wenn die Ziele des*der Klienten*in stark von denen der Kostenträger divergieren. MI ist nicht geeignet, um manipulativ zu motivieren.

Anhang

A1. Das Lebensführungssystem mit Handlungssystemen

In diversen Bereichen

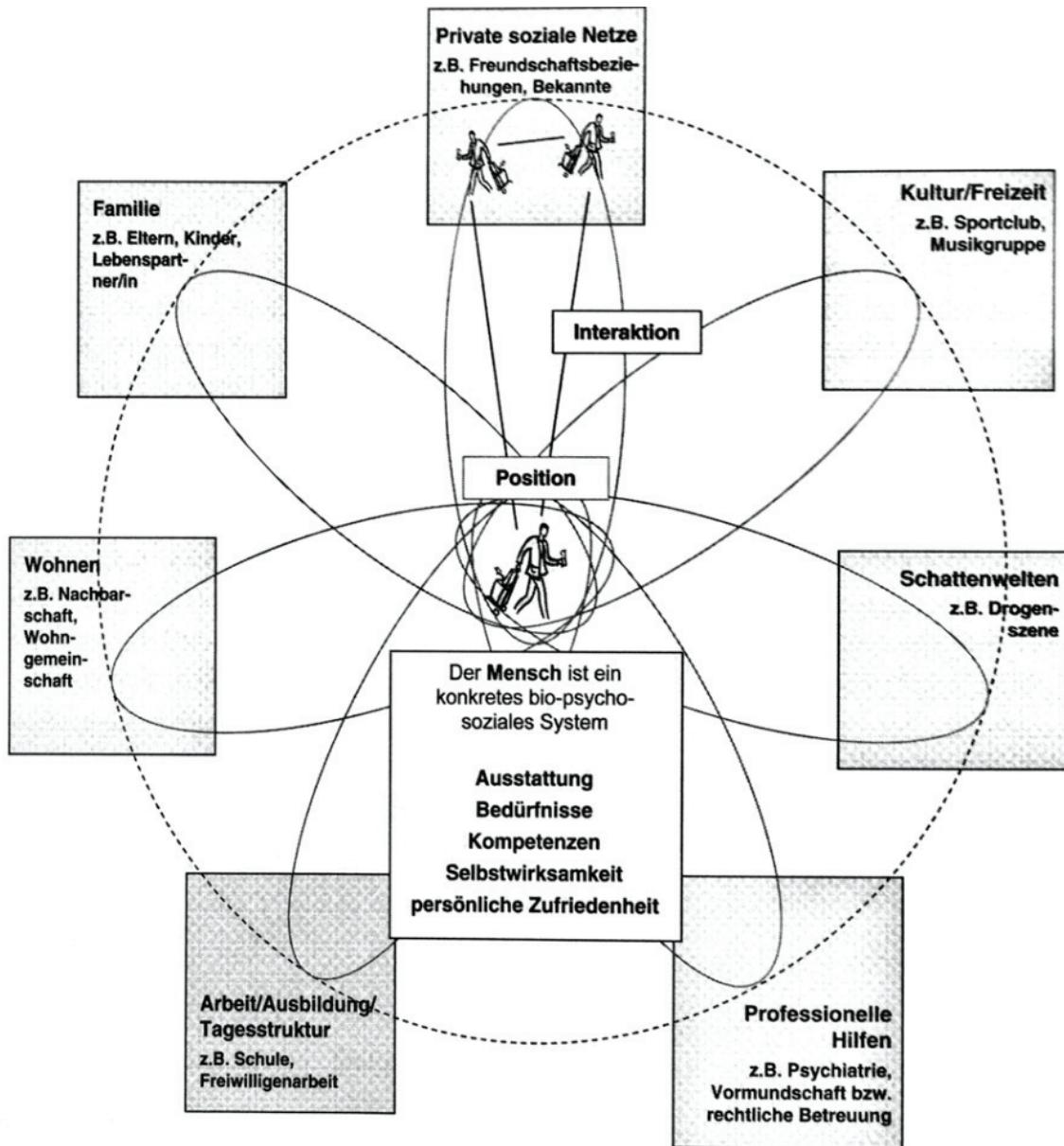


Abbildung aus: Dällenbach/Rüegger/Sommerfeld 2013, S. 178.

A2. Das Modell der affektiven sozialen Kompetenz

nach Halberstadt, Denham und Dunsmore

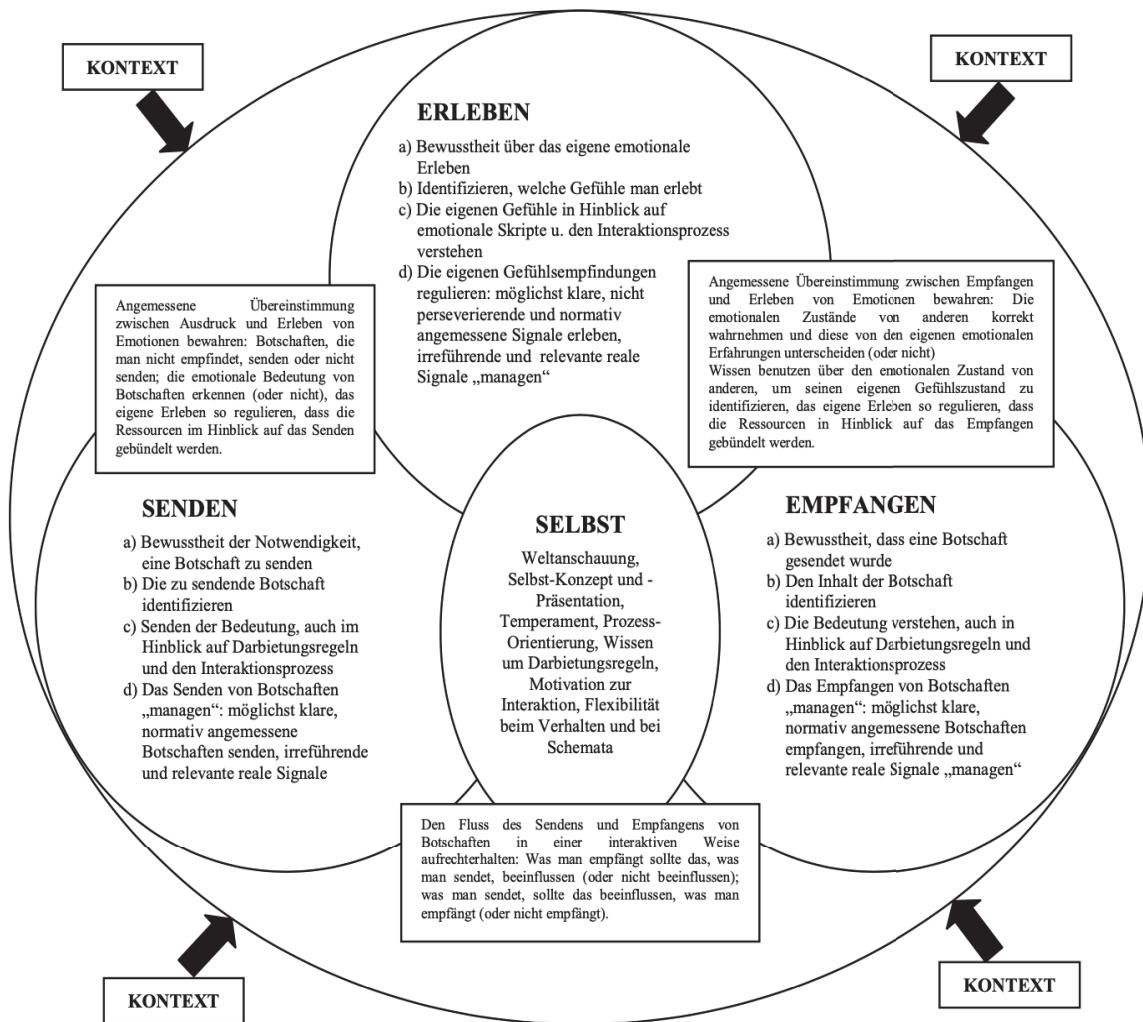


Abbildung aus: Salisch, von 2002, S. 41

A3. Möglichkeiten der Dissonanzreduktion

Die zu beratende Person wählt zwischen zwei kognitiven Elementen Kognitionen A „Ich trinke zu viel Alkohol“ (Verhaltensweise) und B „Zu viel Alkoholkonsum schädigt meinem Körper!“ (Gedanke) ab.

Möglichkeiten der Dissonanzreduktion	Erläuterung	Praxisbeispiel
<u>1. Addition konsonanter Kognition</u>	Es wird ein Argument hinzugefügt, das die Kognition A bekräftigt, bzw. dem Empfinden des*der Klienten*in entspricht	„Ich möchte die unbeschwerde Leichtigkeit genießen, wenn ich Alkohol trinke“
<u>2. Erhöhung der Wichtigkeit konsonanter Kognition</u>	Kognition A wird argumentativ durch vermeintlichen Nutzen weiter untermauert	„Zu viel Alkohol ist zwar ungesund, aber für mich ist es unverzichtbar, dass ich mich leicht fühle und nur so entspannen kann!“
<u>3. Subtraktion dissonanter Kognition</u>	Informationen zur Realität werden vermieden oder ignoriert	Klient*in weist einen Artikel der DHS zurück mit dem Argument, dieses „Fachchinesisch“ sowieso nicht verstehen zu können
<u>4. Reduktion der Wichtigkeit dissonanter Kognition</u>	Kognition B wird trivialisiert	„Den ärztliche Einschätzung, dass meine Leberwerte bedenklich schlecht sind, glaube ich nicht!“
<u>5. Substitution dissonanter durch konsonante Kognition</u>	Es werden positive Argumente hervorgehoben und neue konsonante Kognitionen aufgenommen, die die erlebte Dissonanz nicht betreffen und somit die Kognition A entkräften	„Zu viel Alkoholkonsum mag zwar schädlich sein, aber ansonsten lebe ich gesund: Ich rauche nicht und ernähre mich ausgewogen!“

Eigene Darstellung in Anlehnung an Fischer et al. 2013, S. 16f.

A4. Spiralmodell der „Stages of Change“

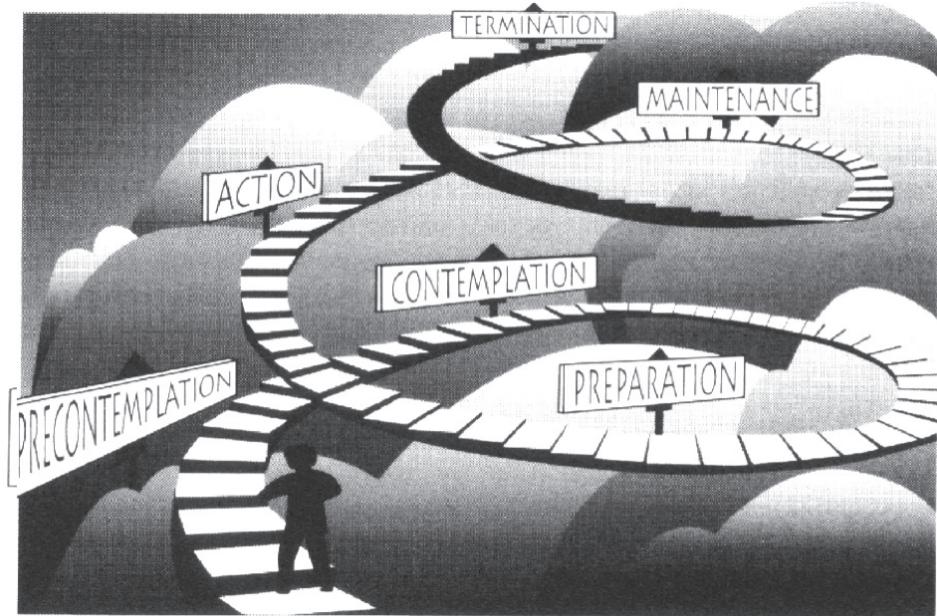


Abbildung aus: Prochaska/Norcross/DiClemente 1997, S. 61

A5. From precontemplation to maintenance, Miller 1983

A schematic diagram of motivation interviewing

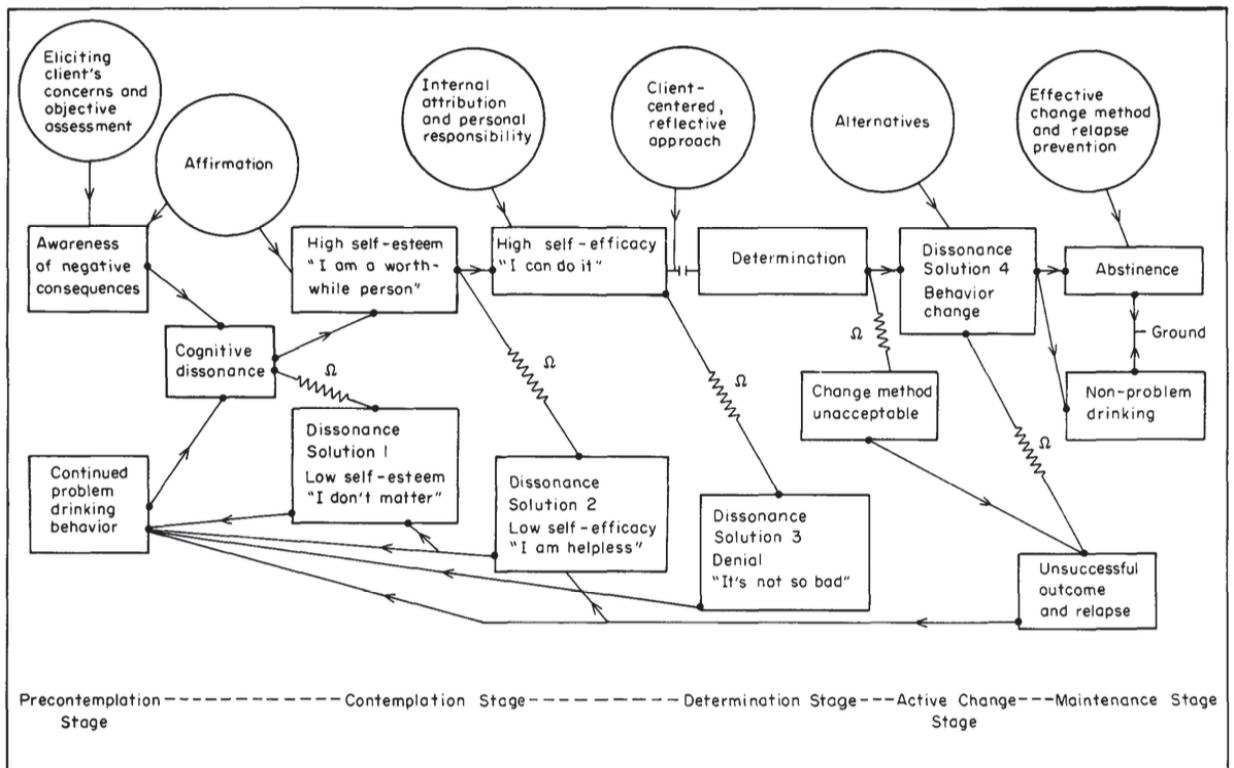


Abbildung aus: Miller 1983, S. 168

A6. Das Stadien-der-Veränderung-Modell, Körkel 2017

in Anlehnung an Prochaska & DiClimente

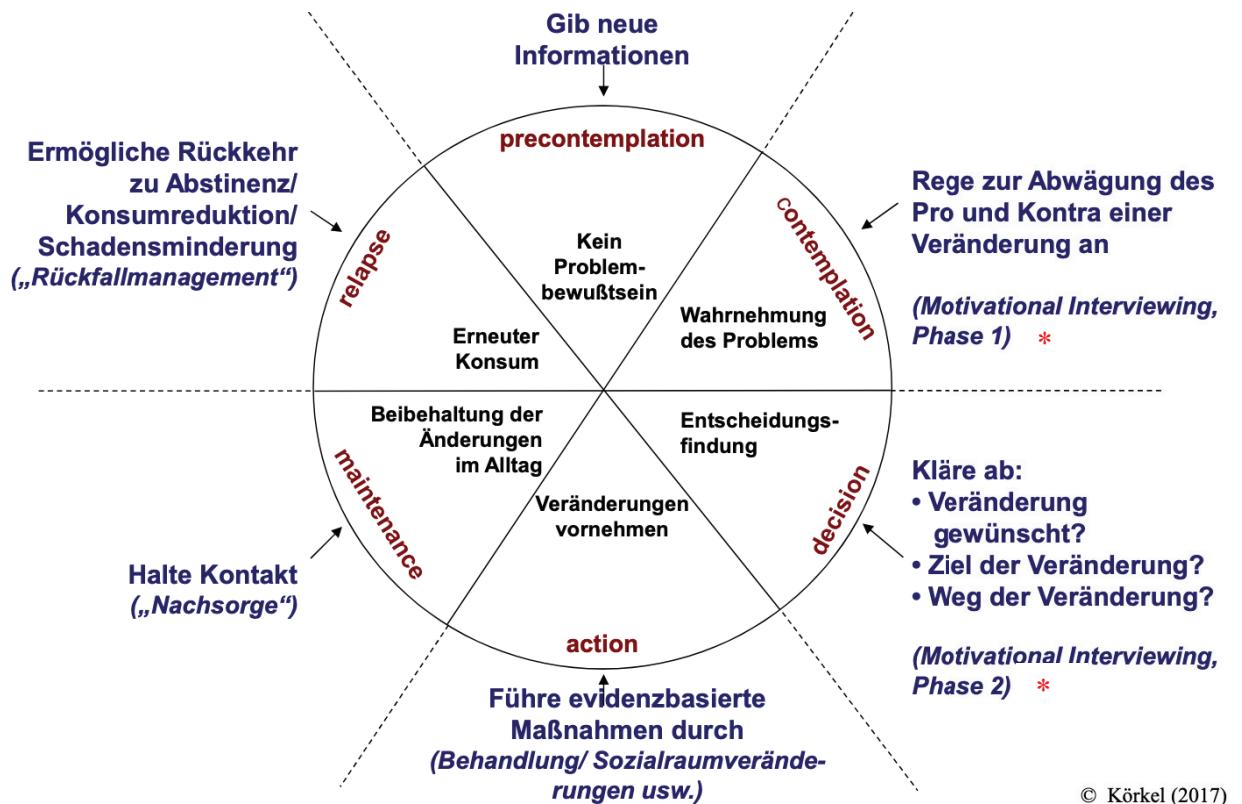


Abbildung von Prof. Dr. J. Körkel 2017,
mit ausdrücklicher Genehmigung per Mail vom 08.12.2020.

* Anmerkung der Autorin:

In dem als Literatur-Grundlage für diese Arbeit dienenden Buch von Miller und Rollnick aus dem Jahr 2015 wird MI als Vier-Prozesse-Modell beschrieben und nicht mehr in Phase 1 und Phase 2 differenziert.

A7. Die Komponenten des MI, Miller und Rollnick 2013

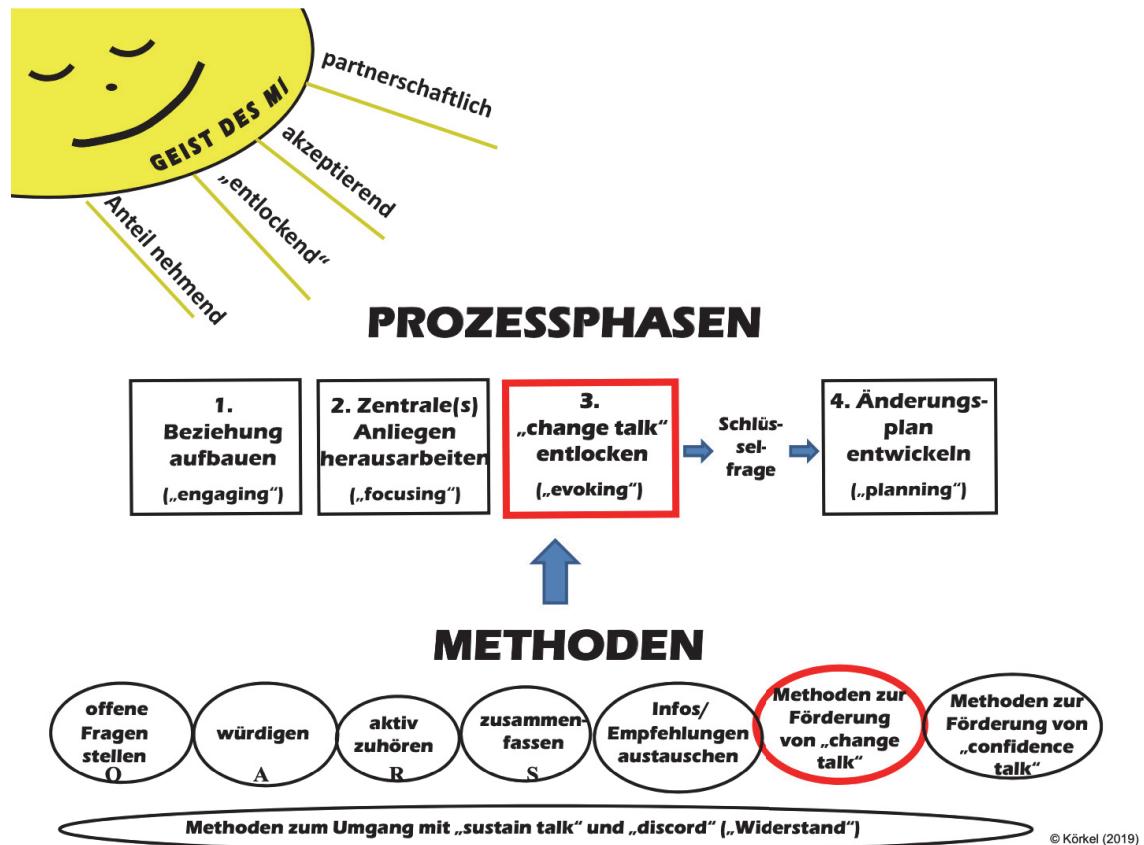


Abbildung von Prof. Dr. Körkel 2019 (Internetquelle)
mit ausdrücklicher Genehmigung per Mail vom 08.12.2020.

A8. Fragenkatalog zur Förderung von Change Talk

<u>Wunschfragen</u> (Desire)	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Veränderungen ihrer Situation wünschen Sie sich? – Welche Ergebnisse erhoffen Sie sich vom FM? – Wie sollte ihr Leben in einem Jahr aussehen? Was soll sich ändern? – Was wollen Sie in den nächsten sechs Monaten erreichen? – Was gefällt Ihnen am meisten bei dem Gedanken an eine neue Arbeit? – Was wünschen Sie sich stattdessen?
<u>Fragen nach Fähigkeiten</u> (Ability)	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Veränderungen trauen Sie sich zu? – Welche von den Alternativen, die wir besprochen haben, ist für Sie am ehesten umsetzbar? – Was brauchen Sie von mir oder Dritten, um die Veränderung umzusetzen? – Was können Sie selber dafür tun?
<u>Motivfragen</u> (Reasons)	<ul style="list-style-type: none"> – Was sind die Schattenseiten des Status Quo? – Welche Vorteile könnten sich daraus ergeben, wenn Sie wieder arbeiten? – Welche Gründe sprechen für eine Veränderung der Situation?
<u>Fragen zur Notwendigkeit</u> (Need)	<ul style="list-style-type: none"> – Was müsste geschehen? – Was müsste sich ändern? – Auf einer Skala von 1-10 (1 = unwichtig, 10 = allerwichtigste Sache): Wie wichtig oder dringend ist es Ihnen, dass sich der Zustand ändert? – Vervollständigen Sie den folgenden Satz: „Ich will unbedingt...“
<u>Extreme erfragen</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Wenn sich nichts verändert: was wären für Sie die schlimmsten Folgen? – Wenn Sie die Sache in Angriff nehmen, was passiert dann im besten Fall? – Wenn Sie alle Veränderungen umsetzen, die wir bisher besprochen haben, was wäre dann alles anders?
<u>Fragen zu früheren Lebenserfahrungen</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Wie war es damals, als Sie sich noch gesund gefühlt haben? Wie sah Ihr Alltag damals aus? Was hat sich seither geändert? – Wie hat die Erkrankung Sie verändert oder Sie bei Ihrer Entwicklung behindert? – Wie war Ihr Leben vor Ihrer Arbeitslosigkeit und wie sieht Ihr Alltag heute aus? – Welche Veränderungen sind Ihnen früher bereits gelungen? Wie haben Sie das erreicht?
<u>Fragen zur Zukunft</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Wie wünschen Sie sich Ihr Leben in zehn Jahren? Was soll dann anders sein? – Wenn alle Probleme weg wären, was würden Sie dann sofort tun? – Wenn Sie nichts verändern, wie wird Ihr Leben wohl in fünf Jahren aussehen? – Wenn Sie Ihr Verhalten ändern, was erhoffen Sie sich für die Zukunft?
<u>Fragen zu Wertvorstellungen</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Was ist Ihnen im Leben sehr wichtig? – Wie würden Sie Ihr Leitbild für Ihr Leben mit den wichtigsten Lebenszielen und Inhalten formulieren? – Was würde mir Ihr*e Partner*in sagen, was Ihnen am meisten bedeutet?

Eigene Zusammenstellung für motivierende Gesprächsführung im Fallmanagement
in Anlehnung an Miller/Rollnick 2015, S. 204 ff.

A9. Das Grundprinzip der Leistungserbringung

im Fachdienst Arbeit des IFD

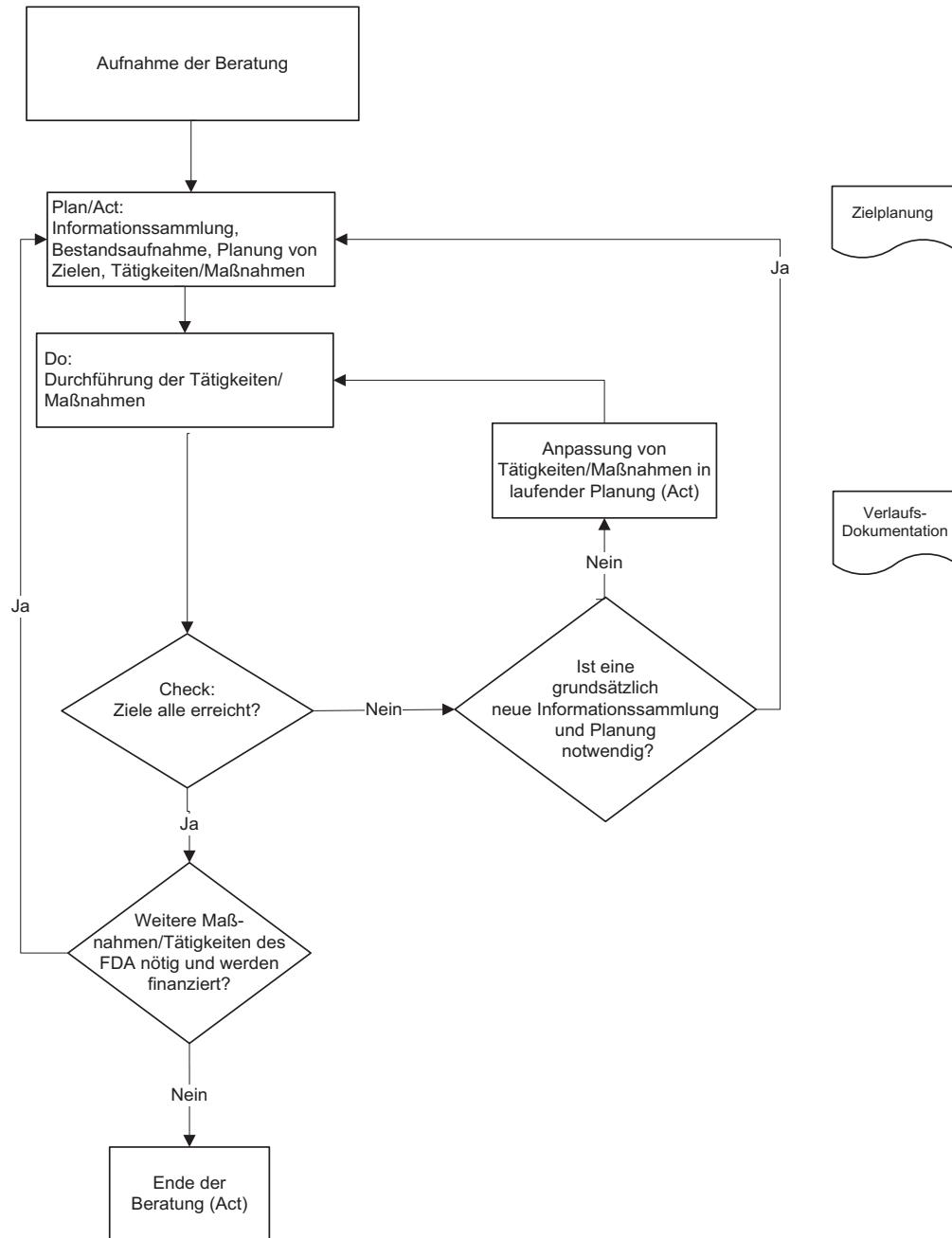


Abbildung aus: Qualitätshandbuch des Integrationsfachdienstes, Fachdienst Arbeit, CII
 1. Kernprozesse und Handlungsleitlinien, 1.5 Grundprinzip der Leistungserbringung
 (Stand: 07.11.2020).

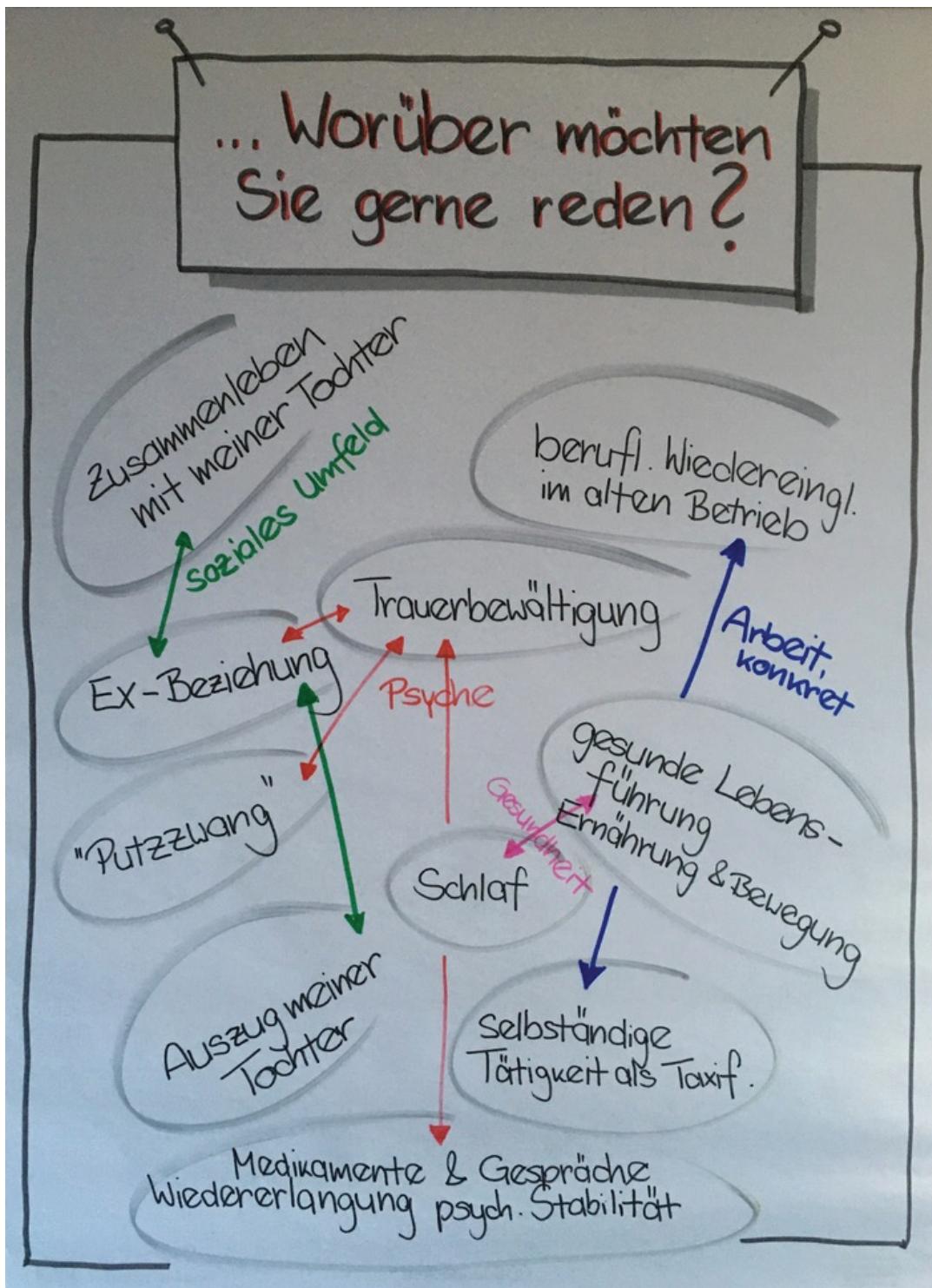
A10. Übersicht: von der Absichtslosigkeit bis zur Handlung im Praxisfall Kim³⁸

Phasen der Veränderung	Merkmale und → Behandlungsstrategien
1. <u>Absichtslosigkeit</u>	<p>Kim ist unmotiviert, hat sich für den Status Quo entschieden, dass er*sie keine therapeutische Unterstützung benötige, er*sie zeigt kein Problembewusstsein und somit kein Nachdenken über Veränderung.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Autorin gibt Informationen zu Symptomen, Behandlung und Ursachen einer Depression → Dissonanzreduktion durch Subtraktion dissonanter Kognition: die fachlichen Ausführungen werden von Kim verständnislos zurückgewiesen → mit dem Buch „Mein schwarzer Hund“ (vgl. Johnstone 2016) kann die Autorin das Thema Depression für Kim zugänglich machen
2. <u>Absichtsbildung:</u>	<p>Kim nimmt mit ambivalenter Haltung wahr, dass er*sie seine depressiven Verstimmungen, Überlastungsgefühle und Trauer nicht allein bewältigen kann.</p> <p>Kim denkt über eine Veränderung nach, trifft aber noch keine Entscheidung</p> <ul style="list-style-type: none"> → Mit dem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ wird Handlungsbedarf ermittelt → Ambivalenzen werden durch Pro und Contra erkundet (psychische Stabilisierung vs. Peinlichkeit und Eingeständnis, eine Therapie zu brauchen) → und mittels der Entscheidungswaage visualisiert
3. <u>Vorbereitung:</u>	<p>Kim ist im Prozess der Entscheidungsfindung, informiert sich über verschiedene Therapieformen, favorisiert eine passende Form für sich,</p> <p>Kim benötigt Zuversicht und Zuspruch von der Autorin</p> <ul style="list-style-type: none"> → Vorbereitender Change Talk mit DARN → Schlüsselfrage: „Was denken Sie, ist nun der nächste Schritt für Sie?“ → Ziel und Weg werden mit konkretem Plan geklärt und gefestigt
4. <u>Handlung:</u>	<p>Kim setzt Entscheidung um, holt sich ärztlichen Rat über verschiedene Therapiemöglichkeiten ein, protokolliert erhaltene Informationen, führt nach vorbereitenden Rollenspielen persönliche Gespräche mit Therapeuten und Klinik. Das System ist noch nicht stabil</p> <ul style="list-style-type: none"> → Mobilisierender Change Talk mit CAT → Kim erwirbt neue Kompetenzen und setzt sie ein

Eigene Darstellung in Anlehnung an: Veränderungsphasen nach DiClimente und Velasquez 2002 (vgl. Kremer/Schulz 2016, S. 45) (vgl. Arkowitz et al. 2010, S. 268).

³⁸ Um einen direkten Personenbezug auszuschließen wurden der Name geschlechtsneutral gewählt und Details pseudonymisiert und anonymisiert.

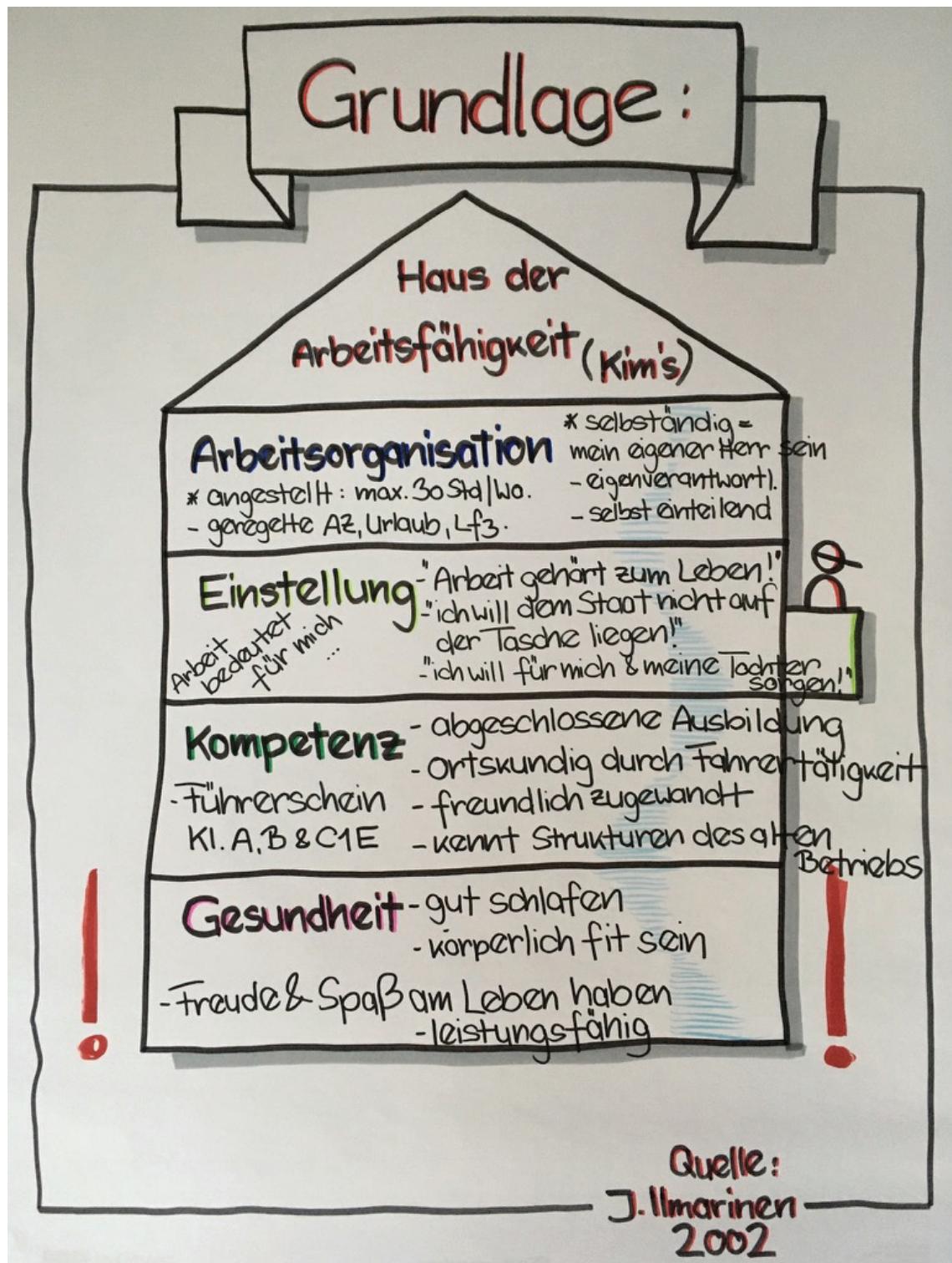
A11. Agenda Mapping im Praxisfall Kim³⁹



Darstellung mit ausdrücklicher Genehmigung der zu beratenden Person Kim.

³⁹

Um einen direkten Personenbezug auszuschließen wurden der Name geschlechtsneutral gewählt und Details pseudonymisiert und anonymisiert.

A12. Haus der Arbeitsfähigkeit im Praxisfall Kim⁴⁰

Darstellung mit ausdrücklicher Genehmigung der zu beratenden Person Kim.

⁴⁰ Um einen direkten Personenbezug auszuschließen wurden der Name geschlechtsneutral gewählt und Details pseudonymisiert und anonymisiert.

A13. Gesprächsauszug: Vorbereitender Change Talk im Praxisfall Kim⁴¹

Autorin:	„...Was möchten Sie im Hinblick auf Ihre Gesundheit in den nächsten sechs Monaten erreichen?“ (in die Zukunft gerichtete Wunschfrage)
Kim:	„Ich möchte nicht mehr grübeln müssen, gut schlafen, morgens erholt und nicht gerädert aufwachen. Ich möchte sechs Kilo abnehmen und mich insgesamt wieder besser fühlen!“
Autorin:	„Ich kann nachvollziehen, dass Sie sich ... erschöpft fühlen (Empfindung anerkennen). Was meinen Sie konkret mit „besser fühlen“? Was zählt für Sie dazu?“ (Motivfrage)
Kim:	„Na, fitter eben, ausgeglichen, nicht gleich genervt und niedergeschlagen! Dass ich auch mal wieder Bock habe, was zu machen, zu unternehmen, raus zu gehen!“
Autorin:	„Sie sagten ja in unserem ersten Gespräch, dass Sie sich mehr in den Mittelpunkt stellen wollen. Zählt da auch zu, dass Sie sich besser fühlen im Sinne von sich selbst und Ihre Bedürfnisse besser wahrnehmen?“ (Geschlossene Wunschfrage)
Kim:	„Ja, zurzeit weiß ich gar nicht, was ich wirklich will, ich dümpel so vor mich hin, alles in mir fühlt sich so taub und müde an.“ (Drückt Depersonalisierung aus)
Autorin:	„Was können Sie selber dafür tun, dass Sie sich wieder besser fühlen?“ (Frage nach Fähigkeit)
Kim:	Ich könnte Listen machen, darin bin ich gut! Auflisten, was ich für mich und meine Tochter kochen will, wann ich rausgehe und mich mehr bewege, vielleicht schlafe ich dann ja auch besser. Mit mir sozusagen Termine machen.“
Autorin:	„Das ist ein toller Ansatz, mit sich selbst verabreden, das ist eine großartige Idee! Prima, nun haben Sie schon einen ersten Plan für die Verbesserung der körperlichen Gesundheit. (Confidence Talk). Wie wichtig ist es Ihnen auf einer Skala von eins bis zehn, dass sich Ihre psychische Gesundheit verbessert?“ (Frage nach Notwendigkeit)
Kim:	Ohne Antrieb läuft ja auch Bewegung und das Kochen nicht. Die Seele muss schon gut drauf sein, damit der Körper funktioniert. ...Auf der Skala würde ich sagen, liegt die Psyche bei 5, ...Hälfte, Hälfte!“
Autorin:	„Was würde Ihnen helfen, damit Ihre „Seele wieder gut drauf“ ist?“ (Frage nach Fähigkeit)
Kim:	„Na, das tut schon mal gut, dass wir zwei miteinander sprechen“
Autorin:	„Ja, ich freue mich sehr, dass Sie sich mir so viel von sich erzählen. Was macht „gut fühlen“ aus? Was ist anders, wenn wir miteinander gesprochen haben?“ (Würdigung, Motivfrage)
Kim:	„...Von Ihnen fühle ich mich ernst genommen und es tut eben halt gut, über meine Probleme zu sprechen. Sie reden ja mit vielen Leuten so wie es bin, da muss ich mich nicht genieren!“

Aufzeichnen und Rezitieren des Gesprächsauszugs mit ausdrücklicher Genehmigung der zu beratenden Person Kim.

⁴¹

Um einen direkten Personenbezug auszuschließen wurden der Name geschlechtsneutral gewählt und Details pseudonymisiert und anonymisiert.

A14. Die Entscheidungswaage im Praxisfall Kim⁴²

Vorteile Status Quo: keine psychische Behandlung	Vorteile Veränderung: psychische Behandlung
<ul style="list-style-type: none"> – Bequemlichkeit kann aufrechterhalten werden – sekundärer Krankheitsgewinn 	<ul style="list-style-type: none"> – ausgeschlafen und entspannt sein – Freude empfinden – mich selbst fühlen lernen – mich wieder gern mögen – kein belastendes Druckgefühl mehr – starkes Elternteil für die Tochter – Stillstand überwinden, weiterentwickeln – Sich auf neue soziale Kontakte einlassen – Leben in bunten Farben wahrnehmen – generell wieder am Arbeitsleben teilnehmen können
Nachteile Status Quo: keine psychische Behandlung	Nachteile Veränderung: psychische Behandlung
<ul style="list-style-type: none"> – Erschöpfung bleibt bestehen – fehlende Lebensfreude – Trauer bleibt bestehen – depressive Stimmung bleibt – „trauriges Elternteil“ für die Tochter – Angst vor Leiden 	<ul style="list-style-type: none"> – Kostet Überwindung sich zu öffnen – Glaubenssatz „Indianer kennt keinen Schmerz“ hinterfragen und sich davon lösen kann verletzlich machen – Angst vor Versagen – Angst über Intimes zu sprechen – Angst vor Kontaktaufnahme zu Therapeuten/Klinik – Angst vor Nähe – Angst vom Therapeuten abhängig zu sein – kostet Zeit und Geld

eigene Darstellung, mit ausdrücklicher Genehmigung der zu beratenden Person Kim in Anlehnung an Miller/Rollnick 2015, S. 279.

⁴² Um einen direkten Personenbezug auszuschließen wurden der Name geschlechtsneutral gewählt und Details pseudonymisiert und anonymisiert.

A15. Gesprächsauszug: Mobilisierender Change Talk im Praxisfall Kim⁴³

Autorin:	„Was denken Sie, ist nun der nächste Schritt für Sie?“
Kim:	„Ich werde heute Abend mit meiner Tochter gemeinsam den „schwarzen Hund“ (vgl. Johnstone 2016) lesen und ihr erklären, was mit mir los ist, das bin ich ihr schuldig!“ (Selbstverpflichtung)
Autorin:	„Ja, eine sehr gute Idee, Ihre Tochter mit ins Boot zu holen! Andersrum würden Sie es sich ja auch wünschen! Es wird sich für sie beide gut anfühlen, wenn Sie sich ihr gegenüber öffnen! (Confidence Talk). ...Nun haben Sie schon einen lieben Menschen auf Ihrer Seite. Meinen Sie, dass Ihre Tochter Ihnen bei der Psychotherapeutenentscheidung im Internet behilflich sein kann?“
Kim:	„Ja, ...Wir können am Wochenende mal schauen, was für Angebote in meiner Nähe vorhanden sind, sie ist klasse im Recherchieren... und ausdauernd!“ (konkrete Aktivierung).
Autorin:	„Ein wunderbarer Anfang! Sie nutzen die Stärken Ihrer Tochter, sie fühlt sich gebraucht, das wird ihr guttun (Confidence Talk). Dann könnten Sie in der kommenden Woche telefonieren und sich um Erstgespräche in der Klinik und bei den Therapeuten bemühen. Wann haben Sie vor, das zu tun?“ (Selbstverpflichtung erfragen)
Kim:	„Ich weiß nicht, ob ich das schon kann..., Was soll ich denn sagen?“
Autorin:	„Ich spüre, das ist eine große Herausforderung für Sie. Sie entscheiden, wann der richtige Zeitpunkt dafür ist (Betonung der persönlichen Autonomie). Wollen wir uns Montag zum Telefonieren verabreden und so ein Gespräch einmal durchspielen?“ (konkreten Termin festlegen)
Kim:	„Ja, das würde mir sicherlich sehr helfen. Dann will ich gleich in der Woche da ran. Je eher ran, je eher davon... Ich habe bereits eine Excel-Vorlage erstellt, um die Kontaktdaten und Infos dort einzutragen (unternommene Schritte), zum Anrufen bei den Therapeuten ist Mittwoch ein guter Zeitpunkt, ...da ist meine Tochter nicht zu Hause.“
Autorin:	„Gut, ich möchte Ihre nächsten Schritte noch einmal zusammenfassen: Heute Abend sprechen Sie mit Ihrer Tochter, am Wochenende recherchieren Sie beide gemeinsam nach verschiedenen therapeutischen Angeboten in Ihrer Nähe, Montagnachmittag um 14:30 Uhr sind wir beide zum Telefontraining verabredet und am kommenden Mittwoch rufen Sie dann bei den Kliniken und den Therapeuten an, erfragen die Wartezeiten und tragen alles in Ihre vorbereitete Liste ein. Ist das so richtig?“ (Plan zusammenfassen)
Kim:	„Ja, das ist mein Plan!“
Autorin:	„Dann verabreden wir Zwei uns für den kommenden Freitag und werten Ihre Liste aus...“

Aufzeichnen und Rezitieren des Gesprächsauszugs mit ausdrücklicher Genehmigung der zu beratenden Person Kim.

⁴³ Um einen direkten Personenbezug auszuschließen wurden der Name geschlechtsneutral gewählt und Details pseudonymisiert und anonymisiert.

A16. Zielerreichungsskala im Praxisfall Kim⁴⁴

Goal Attainment Scaling (GAS) nach Kiresuk, Smith und Cardillo (1994)

Leitziel: Verbesserung des Wohlbefindens in den folgenden acht Monaten durch:

1. Teilziel: Gewichtsreduktion: Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten
 - Handlungsziel 1: täglich selbstgekochte Mahlzeit, mind. 6x /Woche, davon max. 2x /Woche mit magerem Fleisch
 - Handlungsziel 2: Reduzierung Alkoholkonsum auf max. 1x /Woche
2. Teilziel: Mehr Bewegung: Erhöhung der Lauf- und Zeiteinheiten
 - Handlungsziel 1: verbindliche Verabredungen mit Lauffreund*in
 - Handlungsziel 2: alle Trainingseinheiten tracken

	1. Teilziel: <u>Gewichtsreduktion (minus 6 kg)</u>	2. Teilziel: <u>Mehr Bewegung (laufen)</u>
+3 Beste vorstellbare Ergebnis	BMI = 28,7 ... kg	150 min/Woche 2x 60 + 1x 30 min/Woche
+2	BMI = 29,1 ... kg	90 min/Woche 1x 60 + 1x 30 min/Woche
+1	BMI = 29,7 ... kg	60 min/Woche 2x 30 min/Woche
0 anfänglicher Status Quo	BMI = 30,4 ... kg	1x 30 min/Woche
-1	BMI = 31,1 ... kg	1x 20 min/Woche
-2	BMI = 31,8 ... kg	1x 15 min/Woche
-3 Schlechteste vorstellbare Ergebnis	BMI = 32,4 ... kg	Kein Lauftraining

Eigene Darstellung in Anlehnung an Miller/Rollnick 2015, S. 323,
GAS der zu beratenden Person Kim, mit ausdrücklicher Genehmigung.

⁴⁴ Um einen direkten Personenbezug auszuschließen wurden der Name geschlechtsneutral gewählt und Details pseudonymisiert und anonymisiert.

Quellenverzeichnis

- AktiFAME Studiendokument** (2020): DRKS-ID der Studie: DRKS00022468. Studienbeschreibung. Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung – Entwicklung und Implementierung. Abgerufen am 13.03.2021 von URL: https://www.drks.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS_00022468
- Arkowitz, Hal, et al.** (2010): Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. (Original: Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems. New York: Guildford Press, 2008)
- Bethge, Matthias/Lemke, Stella/Remus, Lea.** (2021): Studienprotokoll. Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung (AktiFAME). Universal Trial Number: U1111-1263-7448.
- BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen.** (2014): ABC Behinderung & Beruf. Handbuch für die betriebliche Praxis. 5. überarbeitete Ausgabe. Wiesbaden: Universum Verlag.
- Ben-Ze`ev, Aaron.** (2009): The Thing Called Emotion. In: Goldie, Peter. (2009): The Oxford Handbook of Philosophy of Emotion. S. 41-62. Oxford: University Press.
- BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales.** (2020): Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm rehapro. Erster Förderaufruf. Stand 04/2020. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bock, Thomas.** (2019): Psychotherapeutische Techniken (der systematische Zugang zur Seele). In: Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Bock, Thomas/Brieger, Peter/Heinz, Andreas/Wendt, Frank (Hrsg.): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. S. 889-929. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, Thomas/Kluge Ursula.** (2019): Der sich und Anderen helfende Mensch. In: Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Bock, Thomas/Brieger, Peter/Heinz, Andreas/Wendt, Frank (Hrsg.): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. S. 31-90. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Brücke SH Brücke Schleswig-Holstein. (2019): Mehr über die Brücke SH – Kurzportrait. Von der Initiative zur Organisation – eine Entwicklung. Abgerufen am 24.01.2021 von URL: <https://www.bruecke-sh.de/index.php?idm=7.169>

Brücke SH Brücke Schleswig-Holstein. (2019): Mehr über die Brücke SH. Das Leitbild der Brücke Schleswig-Holstein. Abgerufen am 24.01.2021 von URL: https://www.bruecke-sh.de/index.php?idm=7&bei_id=3919

Brücke SH Brücke Schleswig-Holstein. (2019): Mehr über die Brücke SH – Leitlinien. „Brücke“ - Übergänge schaffen. Abgerufen am 26.01.2021 von URL: https://www.bruecke-sh.de/index.php?idm=7.76&bei_id=102

Brücke SH Brücke Schleswig-Holstein. (2019): Mehr über die Brücke SH – Philosophie. Individuelle Hilfe. Abgerufen am 24.01.2021 von URL: <http://www.bruecke-sh.de/index.php?idm=7.164>

Brücke SH Brücke Schleswig-Holstein. (2020): Startseite/Nachrichten. 02.03.2020. Pressespiegel – Modellprojekt gestartet: Rentenversicherung unterstützt Menschen vor Eintritt einer Erwerbsminderung. Abgerufen am 25.01.2021 von URL: https://www.bruecke-sh.de/index.php?idm=10&bei_id=5009

Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Sommerfeld, Peter. (2013): Soziale Diagnostik als Teil der Beratung in der Psychiatrie. In: Pauls, Helmut (Hrsg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. S. 175-192. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

DBSH Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2014): Kommentar zur „Global Definition of Social Work“. Abgerufen am 12.10.2020 von URL: https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/downloads/2014_DBSH_Dt_Übersetzung_Kommentar_Def_SozArbeit_02.pdf

dgek Deutsche Gesellschaft für Emotionale Kompetenz e.V. (2019): Emotionale Kompetenz. Abgerufen am 29.11.2020 von URL: <https://dgek.de/was-ist-emotionale-kompetenz/>

DGfB Deutsche Gesellschaft für Beratung German Association for Counseling e. V. (2003): Beratungsverständnis. Abgerufen am 26.10.2020 von URL: https://dachverband-beratung.de/dokumente/DGfB_Beratungsverstaendnis.pdf

Dörner, Klaus (2019): Gebrauchsanweisung. In: Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Bock, Thomas/Brieger, Peter/Heinz, Andreas/Wendt, Frank (Hrsg.): Irren ist menschlich.

Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. S. 19-29. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.

DRV Nord. (2020): Projektbeschreibung. AktiFAME – Aktiver Zugang, Beratung und Fall-Management bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung. Innovation, Zielsetzung, Verstetigung.

Elias, Norbert. (1997): Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Band 1: Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Festinger, Leon. (1978): Theorie der kognitiven Dissonanz. Irle, Martin/Möntmann, Volker (Hrsg.). Bern: Hans Huber Verlag.

(Original: A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford: Stanford University Press, 1957)

Fischer, Peter/Asal, Kathrin/Krueger, Joachim L. (2013): Der Mensch als rationalisierendes Wesen: Kognitive Dissonanz und Selbstrechtfertigung. S. 15-27. In: Sozialpsychologie für Bachelor. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Galuske, Michael. (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag

Gerrig, Richard J./Zimbardo, Philip G. (2008): Psychologie. 18. aktualisierte Auflage. München: Pearson Education Deutschland GmbH.

Gissel-Palkovich, Ingrid. (2010): Case Management – Potenziale und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change-Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. S. 121-143. Wiesbaden: Gabler GWV Fachverlag.

Goleman, Daniel (1997): Emotionale Intelligenz. 3. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

(Original: Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ. New York: Bantam Books, 1995)

Goulding, Mary McClure. (2011): Kopfbewohner – oder: Wer bestimmt Dein Denken? 8. Durchgesehene Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag

Helle, Mark. (2013): Humanistische Psychologie. Die Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2013; Ausgabe 03. S. 144-150. Köln: GwG-Verlag.

Harari, Yuval Noah. (2013): Eine kurze Geschichte der Menschheit. München: Deutsche Verlags-Anstalt.

Johnstone, Matthew (2016): Mein schwarzer Hund, Wie ich meine Depression an die Leine lege. 11. Auflage. München: Kunstmann Verlag.
(Original: I Had A Black Dog. Sydney: Pan Macmillan, 2005)

Kleve, Heiko/Haye Britta/Hampe-Grosser, Andreas/Müller, Matthias. (2011): Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. 3. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Klima, Rolf. (1994): Ambivalenz. In: Fuchs-Heinritz, Werner/Lautmann, Rüdiger/Ranstedt, Otthein/Wienold, Hanns (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Klima, Rolf. (1994): commitment. In: Fuchs-Heinritz, Werner/Lautmann, Rüdiger/Ranstedt, Otthein/Wienold, Hanns (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Klima, Rolf. (1994): Dissonanzreduktion. In: Fuchs-Heinritz, Werner/Lautmann, Rüdiger/Ranstedt, Otthein/Wienold, Hanns (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag

Klima, Rolf. (1994): Emotion. In: Fuchs-Heinritz, Werner/Lautmann, Rüdiger/Ranstedt, Otthein/Wienold, Hanns (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Klima, Rolf. (1994): Kognition. In: Fuchs-Heinritz, Werner/Lautmann, Rüdiger/Ranstedt, Otthein/Wienold, Hanns (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Klima, Rolf. (1994): psycho-sozial. In: Fuchs-Heinritz, Werner/Lautmann, Rüdiger/Ranstedt, Otthein/Wienold, Hanns (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Knuf, Andreas. (2020): Praxiswissen: Recovery und Empowerment. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Körkel, Joachim/Veltrup, Clemens.** (2003): Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: Suchttherapie 2003; 4. S. 115-124. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.
- Körkel Joachim.** (2008): Motivational Interviewing: Ethische Betrachtungen. In: Suchttherapie 2008; 9. S. 181–184. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.
- Körkel, Joachim.** (2012): 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. In: Suchttherapie 2012; 13. S. 108-118. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.
- Körkel, Joachim.** (2017): Schulungsunterlagen der Basisschulung. Mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung vom 08.12.2020.
- Körkel, Joachim.** (2019): Was ist „Motivierende Gesprächsführung“? In: ISS (Institut für Suchtbehandlung und Suchtforschung. Abgerufen am 08.12.2020 von URL: <https://www.iss-nuernberg.de/motivierende-gesprächsführung/>
- Kremer, Georg/Schulz, Michael.** (2016): Basiswissen: Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. 3. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Langmaack, Barbara/Braune-Krickau, Michael.** (2010): Wie die Gruppe laufen lernt. 8. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- Miller, William R.** (1983): Motivational interviewing with problem drinkers. In: Behavioural Psychotherapy 1983; 11(2). S.147-172. Cambridge: British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies.
- Miller, William R./Rollnick, Stephen.** (1991): Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.
- Miller, William R./Rollnick, Stephen.** (2002): Motivational Interviewing. Preparing people for change. Second edition. New York: Guilford Press.
- Miller, William R./Rollnick, Stephen.** (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. In: Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2009; 37. S. 129–140. Cambridge: British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies.
- Miller, William R./Rollnick, Stephen.** (2015): Motivierende Gesprächsführung. 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. (Original: Motivational Interviewing. Helping people change. 3rd.ed. New York: Guilford Press, 2013)

Müller-Commichau, Wolfgang. (2005). Fühlen lernen oder Emotionale Kompetenz als Schlüsselqualifikation. 1. Auflage. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.

Neuffer, Manfred. (2013): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

Northoff, Robert. (2012): Methodisches Arbeiten und therapeutisches Intervenieren. Eine Einführung in die Bewältigung sozialer Aufgabenstellungen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

Paris, Rainer. (2014): Der Ratschlag – Struktur und Interaktion. In: Niehaus, Michel/Peeters, Wim (Hrsg.): Rat geben. Zu Theorie und Analyse des Beratungshandelns. S. 65 – 91. Bielefeld: transcript-Verlag.

Pauls, Helmut/Stockmann, Petra. (2013): Sozialtherapeutische Beratung. Eine Begriffsbestimmung. In: Pauls, Helmut/Stockmann, Petra/Reicherts, Michael (Hrsg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. S. 11-20. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Pertus, Gabi/Wagner, Anke/Jantzen, Martin/Speck, Andreas. (2017): Nicht mehr alle Latten am Zaun?! Eine Anti-Stigma Kampagne in Mecklenburg-Vorpommern versucht, mit Humor Vorurteile auszuhebeln und insbesondere mit Arbeitgebern ins Gespräch zu kommen. In: Koch, Karin/Konrad, Michael/Krüger, Ulrich/Zechert, Christian: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Psychosoziale Umschau. Ausgabe 03. S. 4-5. Köln: Psychiatrie Verlag. müssen hier die Redakteure genannt werden?

Prochaska, James O./DiClemente, Carlo C. (1984): The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Illinois: Homewood, R.D. Irwin.

Prochaska, James O./Norcross, John C./DiClimente, Carlo C. (1997): Jetzt fange ich neu an: Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben. München: Droemer Knaur Verlagsgruppe.

REHADAT ICF-LOTSE. (2021): Klassifikation. Aktivitäten und Partizipation. AktiFAME - Aktiver Zugang, Beratung und Fall-Management bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung. Abgerufen am 30.01.2021 von URL: https://www.rehadat-icf.de/de/klassifikation/aktivitaeten-partizipation/d7/d740/d7402/index.html?filter=%28schlagwort_de_for%3A%22Richtlinie%22%29&reloaded&sort=abschluss_final_for+desc&page=1&query=%22Richtlinie%22&mode=detail

Rogers, Carl R. (2009): Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. 17. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
 (Original: On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company, 1961)

Sauer, Florian/Sauer, Frank H./Knickenberg, Henry J. (2021): Akzeptanz. In: Enzyklopädie der Wertvorstellungen. Alles über Werte, Wertewandel und Organisationskultur. Abgerufen am 26.04.2021 von URL: <https://www.wertesysteme.de/akzeptanz/>

Sagebiel, Juliane/Pankofer, Sabine. (2015): Soziale Arbeit und Machttheorien: Reflexionen und Handlungsansätze. Reflexionen und Handlungsansätze. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Salisch, von, Maria. (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln: Hintergründe, Modellvergleich und Bedeutung für Entwicklung und Erziehung. In Salisch, von, Maria (Hrsg.): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. S. 31-49. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Schäfter, Cornelia (2010): Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schmid, Martin/ Vogt, Irmgard. (2001): Case Management und Motivierende Beratung. In: Suchttherapie 2001; Ausgabe 02, Volume 2. S. 73-79. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.

Schulz-Wallenwein, Uwe H. (2007): Die transaktionsanalytische Beratung in der Sozialen Arbeit. In. Hagehülsmann, Heinrich (Hrsg.): Beratung zu professionellem Wachstum. Die Kunst transaktionsanalytischer Beratung. S. 97 – 114. Paderborn: Junfermann Verlag.

Sickendiek, Ursel/Engel, Frank/Nestmann, Frank. (2008). Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage. Weinheim und München: Beltz-Juventa Verlag.

Speck, Andreas (2018): Von der Teilhabe zur Befähigung. In: Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V: Speck, Andreas, Steinhart, Ingmar (Hrsg.): Abgehängt und Potenzialelos? Teilhabetechniken und -risiken von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. S. 10-32. Köln: Psychiatrie Verlag.

Stahl, Eberhard. (2007): Dynamik in Gruppen: Handbuch der Gruppenleitung. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.

Staub-Bernasconi, Silvia. (2011): Macht und (kritische) Soziale Arbeit. In: Kraus, Björn (Hrsg.): Macht in der Sozialen Arbeit: Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 363-391. Lage: Jacobs Verlag.

Steiner, Claude. (2009): Wie man Lebenspläne verändert. Die Arbeit mit Skripts in der Transaktionsanalyse. 12. durchgesehene Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag. (Original: Scripts People Live. New York: Grove Press, 1974).

Steiner, Claude. (2010): Claude Steiner im Gespräch. Interview-Video mit Claude Steiner. Was ist in einem Satz das Wichtigste in Emotionaler Kompetenz? Abgerufen am 03.12.2020 von URL: <https://dgek.de/clause-steiner/>

Tempel, Jürgen/Ilmarinen, Juhani. (2013): Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Giesert, Marianne (Hrsg.). Hamburg: VSA-Verlag.

Thiersch, Hans. (2007). Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit. In: Dörr, Margret (Hrsg.): Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität. 2. Aktualisierte Auflage. München und Weinheim: Juventa Verlag

Wendt, Wolf Rainer. (1991): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Wendt, Wolf Rainer (2005): Case Management. Ein Konzept, viele Anwendungen. In: Managed Care. Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie. Ausgabe 2. S. 7-9. Neuhausen, Schweiz: Verlag Rosenfluh.

Wickman, Scott A./Campbell, Cynthia. (2003): An Analysis of How Carl Rogers Enacted Client-Centered Conversation With Gloria. In: Journal of Counseling & Development 04-2003, Volume 81. S. 178-184. Abgerufen am 09.10.2020 von URL: https://www.researchgate.net/publication/263718470_An_Analysis_of_How_Carl_Rogers_Enacted_Client-Centered_Conversation_With_Gloria

Wölber, Johan/Frick, Katrin. (2014): Motivierende Gesprächsführung in der zahnärztlichen Therapie. In: Zahnmedizin up2date 2014; Ausgabe 03, Volume 8. S. 247-269. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.

Wüsten, Günther. (2013): Ressourcenorientierung. In: Pauls, Helmut/Stockmann, Petra/Reicherts, Michael (Hrsg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. S. 119-139. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Zygowski, Hans. (1989): Grundlagen psychosozialer Beratung. Ein modell-theoretischer Entwurf zur Neubestimmung psychischer Störungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit versichere ich, Carola Newiger, ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel: „Motivational Interviewing - ein professionelles Konzept in der psychosozialen Beratung am Beispiel des Fallmanagements“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Heidgraben, 26.04.2021