

Die FIT-Beratung

Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose



Inhalt

	Seite
Vorwort	3
Die Gesundheitsberatung	4
Ziele und Konzept der FIT-Beratung	5
Die Ziele der FIT-Beratung	5
Das Konzept der FIT-Beratung	5
Das Fallmanagement	7
Methoden und Modelle der FIT-Beratung	8
Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderungen	8
Das Motivierende Interview	10
Das ABC-Modell nach Ellis	14
Das Stressmodell nach Lazarus	16
Nützliche Gesundheitsinformationen	18
Informationen zum Thema Ernährung	18
Informationen zum Thema Bewegung	22
Informationen zum Thema Rauchen	26
Informationen zum Thema Alkohol	30
Informationen zu Stress und Entspannung	33
Das Beratungsgespräch	36
Eingangs- und Orientierungsphase	36
Die Beratung	39
Anhang	40
Das Gesundheitsprofil	40
Fragebogen	45

Das, was Arbeitslose brauchen, ist Arbeit. Diesen Satz hört man sehr oft, wenn man sich mit Personen, die Arbeitslose betreuen, oder Arbeitslosen selbst unterhält. An diesem Satz ist natürlich auch etwas sehr Wahres dran: Denn eine Wiederaufnahme von bezahlter Arbeit ist wohl das effektivste Mittel zur Reduzierung der diversen mit der Arbeitslosigkeit einhergehenden Belastungen.

Dennoch muss man sich die Frage stellen, wie der eigene Wert, die Arbeitsfähigkeit und damit auch die individuelle Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bereits während der Arbeitslosigkeit erhöht werden kann. Neben der Qualifikation und der Flexibilität hat die Gesundheit dabei sicher einen nicht unerheblichen Einfluss.

Die vorliegende Praxishilfe befasst sich daher mit der Gesundheitsförderung und -beratung für Arbeitslose. Entstanden ist der Leitfaden aus dem 18-monatigen Pilotprojekt „Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen – Konzeption, Implementation und Evaluation der FIT-Beratung“ des BKK Bundesverbandes. Der Leitfaden soll Sie dabei unterstützen, mit erwerbslosen Menschen über ihr gesundheitsbezogenes Verhalten zu sprechen.

Obwohl arbeitslose Menschen nicht per se als krank eingestuft werden können, weisen sie vermehrt einen ungünstigeren Gesundheitszustand auf. So zeigen beispielsweise Auswertungen aktueller Krankenkassendaten, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen besonders unter männlichen Arbeitslosen deutlich erhöht ist und auch die Sterblichkeit in Abhängigkeit von der Dauer der Arbeitslosigkeit ansteigt. Zudem treten in dieser Gruppe Verhaltensweisen gehäuft auf, die als wenig

gesundheitsbewusst zu bezeichnen sind. Wie diverse Untersuchungen belegen, wird bei Arbeitslosen neben den bekannten Risikoverhaltensweisen wie Alkoholkonsum, Rauchen, ungesunder Ernährung und mangelnder Bewegung auch der Umgang mit der Arbeitslosigkeit selbst bedeutsam. Insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit gilt als Stressor und kann von Selbstzweifel bis hin zu depressiven Verstimmungen reichen, sowie Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben haben.

Der Leitfaden dient als Arbeitshilfe und Nachschlagewerk für die tägliche Praxis und richtet sich an Personen mit Beratungserfahrungen. Aus diesem Grund wird darauf verzichtet, im Detail auf die grundlegenden Methoden von Beratung einzugehen. Stattdessen werden die für die FIT-Beratung zentralen Methoden und Modelle erläutert. Sollten Sie keine oder nur wenig Erfahrungen haben, bieten die Autoren dieses Beratungsansatzes eine dreitägige Schulung an. Weitere Informationen erhalten Sie unter: beratung@ipg-uni-essen.de.

Die Beratung zielt darauf ab, die Selbstverantwortung sowie die Ressourcen und Motivationen für ein gesundheitsbewusstes Leben zu stärken. Sie kann daher in Ergänzung zu weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen, Kursen und Programmen betrachtet werden. Insbesondere die Präventionskurse der gesetzlichen Krankenkassen bieten hier eine gute Ergänzung. Für Arbeitslose ist die Teilnahme vielfach auch kostenlos. Fragen Sie bei den Krankenkassen auch nach spezifischen Angeboten für Arbeitslose.

In der Hoffnung, dass Ihnen dieser Leitfaden hilfreich zur Seite steht, wünschen wir Ihnen gutes Gelingen bei der FIT-Beratung.

Die Gesundheitsberatung

Auch wenn Arbeitslosigkeit u. a. abhängig von Bewältigungsressourcen und moderierenden Faktoren wie z. B. Alter und Geschlecht individuell unterschiedliche Folgen haben kann, weisen Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen deutlich häufiger gesundheitliche Einschränkungen auf (1). Fachleute haben daher auf den gesundheitspolitischen Handlungsbedarf aufmerksam gemacht (2).

Man kann objektive von subjektiven Gesundheitsfolgen der Arbeitslosigkeit unterscheiden. Zu den subjektiven Gesundheitsfolgen, den Einflüssen auf Erleben und Verhalten, zählen Ein- und Durchschlafstörungen, Depressivität, Erschöpfung und Angespanntheit, ein erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum, Verlust sozialer Bindungen und Verschlechterung der Familienbeziehungen.

Objektive Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit sind häufig die Erhöhung des systolischen Blutdrucks sowie die erhöhte Chronifizierung von Krankheiten und Behinderungen (3,4). Am ausgeprägtesten ist dieser Unterschied bei psychiatrischen Krankheiten, die auch Abhängigkeitserkrankungen einschließen. So entfallen 10,4% aller Diagnosen auf Alkoholabhängigkeit, die damit mit Abstand an erster Stelle stehen (5). Erwerbslose Männer scheinen besonders gefährdet zu sein: Sie sind in Deutschland achtmal häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen als Beschäftigte (5). Insbesondere für verheiratete Männer mit finanziell abhängigen Kindern hat die Arbeitslosigkeit besonders gravierende Folgen, die auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sind:

- hohe familiäre Anforderungen
- eine intensive Arbeitsorientierung
- eine erzwungene Abhängigkeit vom Staat, die oft als beschämend erlebt wird
- größere finanzielle Probleme

Auch bei arbeitslosen Versicherten der BKK stehen psychische Erkrankungen nach Muskel- und Skeletterkrankungen an zweiter Stelle bei den Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) je 100 Mitglieder und die Anzahl der AU-Tage ist im Vergleich zu arbeitenden Versicherten mehr als doppelt so groß (6).

Gefährdet sind dabei durchaus nicht nur Personen, die viele Jahre arbeitslos sind. Bereits Personen, die weniger als ein Jahr arbeitslos sind, haben eine relative Erhöhung des Mortalitätsrisiko von 1,5; Personen mit einer Arbeitslosigkeit von zwei und mehr Jahren von 3,2. D. h. bei längerfristiger Arbeitslosigkeit besteht ein erhöhtes Risiko, in den nächsten drei Jahren zu versterben (5).

Zusammenfassend zeigt sich, dass Arbeitslose einen ungünstigeren Gesundheitszustand aufweisen, häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen und öfter stationär behandelt werden. Insbesondere zeigen sich die Auswirkungen auf der psychischen und psychosomatischen Ebene, da Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen verstärkt von Erkrankungen aus diesem Bereich betroffen sind.

Obwohl epidemiologische Untersuchungen das Ausmaß der Problematik hinreichend verdeutlichen, fehlt es weitgehend an praktikablen und zudem evaluierten Interventionsansätzen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten für die Zielgruppe der Arbeitslosen.

Vor diesem Hintergrund ist das Konzept der FIT-Beratung für Arbeitslose entstanden.

Arbeitslosigkeit kann körperlich und psychisch krank machen. Dennoch gibt es in Deutschland nur sehr eingeschränkte Angebote zur Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe. Die FIT-Beratung hat das Ziel, diese Versorgungslücke zu verkleinern.

Ziele und Konzept der FIT-Beratung

Die Ziele der FIT-Beratung

In den letzten Jahren ist deutlich geworden, dass sozial benachteiligte Menschen – zu denen die Gruppe der Arbeitslosen zweifelsfrei gehört – besonderer Zugänge bedürfen, damit Konzepte der Gesundheitsförderung wirksam umgesetzt werden können (7).

Wesentliche Grundvoraussetzung für den Erfolg und die Akzeptanz präventiver Interventionen ist, dass die Maßnahmen spezifisch auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sind. Weiterhin trägt die Motivation der Personen zu dem Erfolg einer Intervention entscheidend bei. Diese ist allerdings insbesondere bei einer sehr heterogenen Zielgruppe wie den Arbeitslosen sehr unterschiedlich gelagert. Interventionen sollten daher diese unterschiedlichen Motivationslagen berücksichtigen.

Das FIT-Konzept ist eine präventive Kurzintervention und verfolgt drei Ziele:

- Gesundheitsförderung,
- Prävention gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und
- Stärkung persönlicher Ressourcen zur Bewältigung der Arbeitslosigkeit.

Die FIT-Beratung ist eine Intervention zur Prävention gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und Gesundheitsförderung, die auf die Zielgruppe der Arbeitslosen zugeschnitten ist. Sie ist im Bereich der Verhaltensprävention anzuordnen, das heißt, sie zielt auf eine Veränderung des Verhaltens einer Person ab, nicht auf eine Veränderung der Strukturen.

Das Konzept der FIT-Beratung

Kernstück der FIT-Beratung ist ein einstündiges Beratungsgespräch. Unmittelbar vor dem Beratungsgespräch erhalten die Teilnehmer einen Fragebogen zu gesundheitsbezogenem Verhalten, d.h. dem individuellen Lebensstil mit den Schwerpunkten Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum sowie zu konkreten Änderungswünschen und präferierten Beratungsbereichen (siehe Anhang). Im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens wird ein Gespräch auf Grundlage der Fragebogenergebnisse durchgeführt.

Das Gespräch folgt den Prinzipien des Motivationalen Interviews.

Das Motivationale Interview ist zugleich ein klientenzentrierter und direkter Behandlungs- und Beratungsstil. Grundgedanke des Motivationalen Interviews ist, dass der Klient selbstverantwortlich über Verhaltensänderungen entscheidet und diese ggf. einleitet. Auf eine „Pädagogik des erhobenen Zeigefingers“ wird gänzlich verzichtet.

Im Abschnitt *Methoden und Modelle der FIT-Beratung* wird das Motivierende Interview genauer dargestellt.

Die Teilnehmer erhalten im Gespräch ein auf Basis des Fragebogens individuell erstelltes Gesundheitsprofil, welches der persönlichen Rückmeldung zu dem Gesundheitsverhalten der Teilnehmer dient. In dem Profil werden die persönlichen Werte des Klienten für die Bereiche Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkohol eingetragen. Des Weiteren enthält das Profil für diese Bereiche Referenz- sowie Empfehlungswerte.

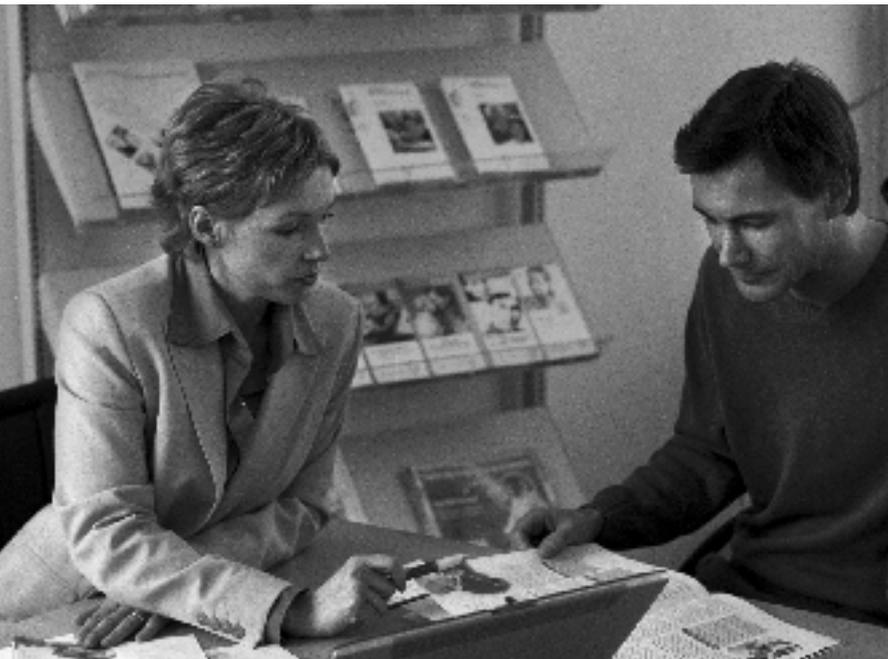
In der Beratung werden dann die Diskrepanzen zwischen dem eigenen Verhalten und einem gesunden Lebensstil aufgezeigt. Ein Vergleich der individuell erhobenen Informationen mit

den Referenzwerten bzw. objektiven Werten, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten widerspiegeln, sollen Diskrepanzen zwischen dem eigenen potentiell gesundheitsschädlichen Verhaltensstil und dem wünschenswerten Verhalten deutlich machen. Auf dieser Basis werden Möglichkeiten der Verhaltensänderungen gemeinsam erarbeitet. Die Entscheidung für eine Verhaltensänderung liegt aber ausschließlich beim Klienten selbst.

Bei Bedarf werden weitere Gesprächstermine und ggf. Zielvereinbarungen („Hausaufgaben“) vereinbart.

Die FIT-Beratung basiert auf den Prinzipien des Motivationalen Interviews. Sie besteht aus einem Beratungsgespräch zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol und Entspannung / Stress).

Die Teilnehmer erhalten ein individuelles Gesundheitsprofil.



1. Grobe, Th. & Schwartz, F.W. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin: Robert Koch Institut.
2. Elkeles, T. & Kirschner, W. (2004). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Intervention durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
3. Schütz M. Verlauf von Rentenentwicklungen in der Psychosomatik. Gesundheitswesen 2002; 64(12):639-644.
4. Swart E, Maechler H. Verbessert sich der Gesundheitszustand nach der Wiederaufnahme einer ABM-Tätigkeit? Gesundheitswesen 2000; 62(6):335-341.
5. Grobe, T., Dörning, H. & Schwartz, F.W. (1999). GEK-Gesundheitsreport 1999, Schwerpunkt Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In GEK – Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.), Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 3. St. Augustin: Asgard.
6. BKK Bundesverband (Hrsg.) (2001). Gesundheitsreport. Statistik und Analyse. Essen: BKK Bundesverband.
7. Morfeld, M. (2003). Zwischen sozialer Ungleichheit und Befindlichkeit. Zur Bedeutung psychosozialer Mediatoren. Dissertation an der Universität Bielefeld. URL: <http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/264/>. Eingesehen am 27.01.2005.

Das Fallmanagement

Durch die Umsetzung der Hartz IV-Gesetze sind mit dem „Fallmanagement“ Bedingungen geschaffen worden, die eine stärkere Verankerung der gesundheitlichen Belange Arbeitsloser und Arbeitssuchender auf Seiten der Arbeitsmarktintegration ermöglichen. Aus diesem Grunde soll das Fallmanagement mit den neu geschaffenen Voraussetzungen an dieser Stelle Erwähnung finden.

Grundlegende Ziele und Rahmenbedingungen: Im Mittelpunkt des Fallmanagements steht, die LeistungsbezieherInnen so zu informieren, zu beraten und zu unterstützen, dass eine nachhaltige Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt erfolgen kann. Ausgangssituation im Fallmanagement ist das Vorliegen einer individuellen Problemsituation, die eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt erschwert. Ein wesentliches Element ist die aktive Einbeziehung der Betroffenen in die Planung, Zielvereinbarung und Umsetzung: die Klienten sollen möglichst eigenständig individuelle Problemlösungsstrategien entwickeln bzw. mit dem Fallmanager konstruktiv erarbeiten. Die strukturierte Hilfeplanung soll alle geeigneten Maßnahmen umfassen, um den Hilfesuchenden in seiner Lebensführung individuell so zu unterstützen, dass er möglichst langfristig unabhängig von institutionaler Hilfe wird und bleibt.

Durch die ganzheitliche Vorgehensweise, die sich nicht mehr nur auf reine Fragestellungen der beruflichen Qualifizierung beschränkt, sondern darüber hinaus vorhandene individuelle Ressourcen sowie vielschichtige Problemlagen erfasst, sind die Anforderungen an das Fallmanagement komplexer geworden.

Aus Sicht der Gesundheitsförderung bietet es damit mehr Perspektiven, indem auch eine Unterstützung der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit im Sinne der Prävention aufgegriffen werden kann und sollte.

Arbeitsmarktintegration ist nicht nur von der fachlichen Qualifikation des Arbeitssuchenden abhängig, sondern auch von seiner gesundheitlichen Verfassung.

Krankheit ist ein wesentliches Vermittlungshemmnis. Dabei geht die Definition „Krankheit“ weit über körperlich diagnostizierte Erkrankungen hinaus, da insbesondere auch psychosoziale Belastungen eine Arbeitsaufnahme erschweren können.

Es ist ein Zusammenhang herstellbar zwischen Beschäftigungslosigkeit und sozialer Isolation, fehlender Tagesstrukturen und auftretender Krankheitssymptomen. Durch eine stärkere Eingliederung des Themas „Gesundheit“ in das Fallmanagement können festgestellte Problematiken in den Vordergrund treten und gezielter und effizienter bearbeitet werden.

Eine stärkere Betonung gesundheitlicher Aspekte im Fallmanagement ist auch vor dem Hintergrund der schweren Erreichbarkeit der Zielgruppe zu empfehlen. Während Arbeitnehmer in der Regel sehr gut über das Setting Betrieb eingebunden werden können, fehlt bei Arbeitslosen ein klassischer Zugangsweg. Das Fallmanagement bildet eine Ausnahme, da hier die Mehrheit der Arbeitslosen erreicht wird.

Mit der FIT-Beratung steht erstmals ein Konzept zur Verfügung, das die spezifische Situation und Motivation des Einzelnen berücksichtigt. Durch die besondere Vorgehensweise und Methodik der FIT-Beratung werden die Ressourcen der Arbeitslosen gestärkt. Im Kontext des Fallmanagements können damit erste Impulse hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens gesetzt werden und bislang ungenutzte Präventionspotentiale geweckt werden.

Im Sinne der Nachhaltigkeit sollten an die Gesundheitsberatung anschließend weiterführende Angebote der Gesundheitsförderung, wie beispielsweise die Präventionskurse der Krankenkassen, gemacht werden. Insgesamt bedarf es langfristiger Handlungsstrategien. Ein professionelles Fallmanagement bietet an dieser Stelle durch den ganzheitlichen, kontinuierlichen Beratungsansatz die Bedingungen für eine sinnvolle Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung.

Methoden und Modelle der FIT-Beratung

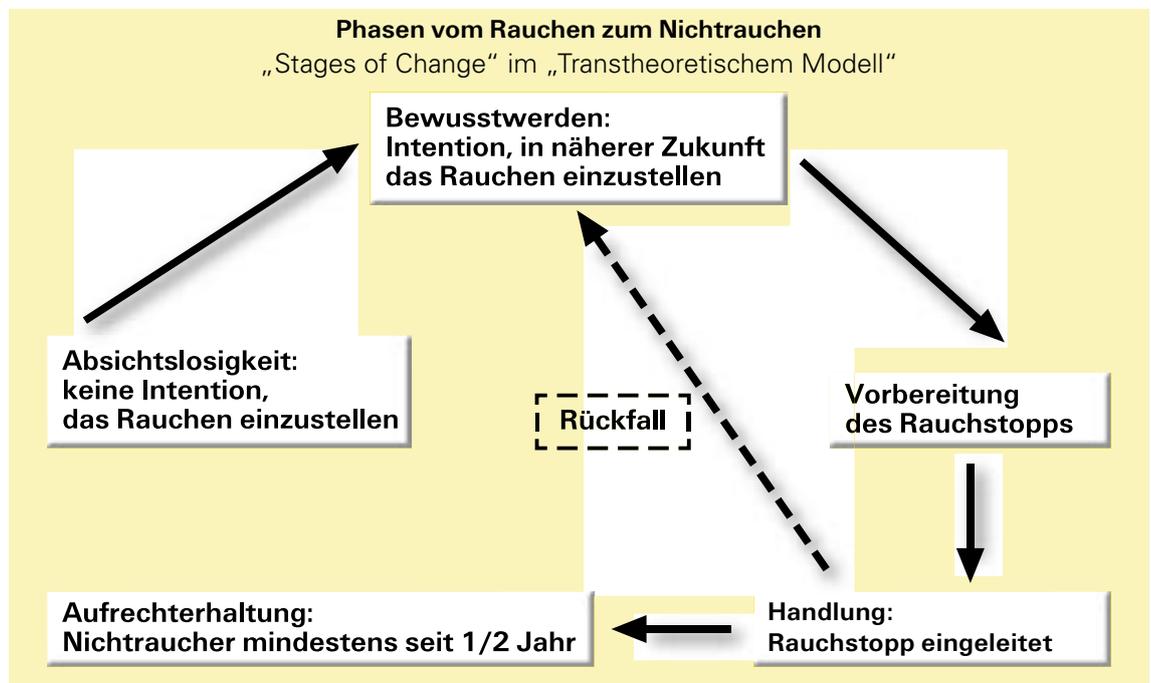
Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderungen (TTM)

Das TTM ist ein von der Arbeitsgruppe von Prochaska und DiClemente in den 80er-Jahren entwickelter Ansatz zur Beschreibung und Erklärung von Prozessen, die zur Änderung von Verhalten und der Umsetzung von Verhaltensabsichten beitragen. Historisch gesehen wurde es bei der Analyse der psychologischen Vorgänge während der Raucherentwöhnung entwickelt. Zwischenzeitlich ist es auf viele weitere, meist gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (Diät, Sport etc.) übertragen worden. Transtheoretisch heißt das Modell, da die konzipierten Veränderungsprozesse aus verschiedenen theoretischen Ansätzen entlehnt wurden.

Verhaltensänderungen werden in folgende Stufen oder Stadien unterteilt:

- Absichtslosigkeit (precontemplation): Keine Intention, das Verhalten in der nächsten Zeit zu verändern
- Absichtsbildung (contemplation): Es wird erwogen, das Verhalten in der näheren Zukunft zu ändern
- Vorbereitung (preparation): Erste Schritte zur Veränderung werden eingeleitet, die Verhaltensänderung wird in zeitnaher Zukunft angestrebt
- Handlung (action): Das angestrebte Verhalten wird (seit weniger als 6 Monaten) gezeigt
- Aufrechterhaltung (maintenance): Das angestrebte Verhalten wird (seit mehr als 6 Monaten) beibehalten

Am Beispiel „Rauchen“ wird in der Abbildung das Prinzip des TTM illustriert.



In Anlehnung an BMJ 2004; 328: 338-339

Bei den Stufen wird nicht von einem linearen „Abarbeiten“ bzw. Durchlaufen der Stufen ausgegangen, sondern ein „Rückfall“ auf niedrigere Stufen ist durchaus möglich.

Es wird angenommen, dass je nach Stadium, in dem sich die Person befindet, unterschiedliche Strategien und Prozesse hilfreich bzw. wirksam sind. So geht es in den frühen Stadien eher um eine Motivationsbildung und die Steigerung eines Problembewusstseins, in späteren Phasen eher um Handlungsanweisungen wie die Mobilisierung von Unterstützung. Es gilt daher, die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt zu finden bzw. zu bieten.

Das TTM hat auf Grund seiner intuitiven Eingängigkeit sehr schnell eine weite Verbreitung in Forschung und Anwendung erfahren.

In der FIT-Beratung geht es nicht um eine Operationalisierung der einzelnen Stufen, sondern um eine grobe Einschätzung der derzeitigen Motivation über die Frage: „Wie wichtig ist es Ihnen, Ihr Verhalten zu ändern?“

Tipps für die Beratung

Orientieren Sie Ihre Beratung am Status der Veränderungsbereitschaft. Personen, die gerne rauchen, werden Sie beispielsweise nicht dazu bringen, innerhalb der nächsten Wochen das Rauchen aufzugeben. Arbeiten Sie Ambivalenzen im Verhalten heraus und gehen Sie kleine Schritte. Fragen Sie, was passieren müsste, dass die Person ihr Verhalten ändern würde.

Das Motivierende Interview

Die Berücksichtigung der individuellen Lebenslage einer Person und auch ihrer individuellen Motivation zur Verhaltensänderung ist eine wichtige Voraussetzung, um Effekte hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung erzielen zu können.

Die FIT-Beratung basiert daher auf der Methode der motivierenden Gesundheitsgespräche (Motivational Interviewing; MI). Der Ansatz des MI ist von Miller und Rollnick (1991) entwickelt worden und mittlerweile international weit verbreitet.

Das MI unterscheidet sich von anderen Interventionsstilen, weil es klientenorientiert und direktiv ist. Es handelt sich dabei nicht nur um eine Gesprächstechnik, sondern um einen Kommunikationsstil. Er zielt auf die Förderung der Veränderungsbereitschaft „unentschlossener Personen“ ab. Es wird dabei davon ausgegangen, dass Menschen in der Regel nicht unmotiviert, sondern ambivalent in Bezug auf eine mögliche Veränderung sind. Dementsprechend vollzieht sich die Motivationsarbeit entlang der Exploration und Reduzierung von Ambivalenzen des Klienten.

Der Ablauf des MI umfasst zwei Phasen, von denen die erste Phase dem Aufbau von Änderungsbereitschaft gewidmet ist und die zweite Phase der Erarbeitung und Vereinbarung persönlich verbindlicher Ziele und Wege dient, die in einem Änderungsplan konkretisiert werden sollen. Ausgehend von einer individualisierten, sachlichen Rückmeldung, die dem Klienten in Bezug auf sein eigenes Verhalten gegeben wird, z. B. zu seinem derzeitigen Alkoholkon-

sum im Vergleich zur der allgemein empfohlenen Konsumhöhe, werden mit dem Klienten gemeinsam Ambivalenzen und „hinderliche Gedanken“ in Bezug auf eine Verhaltensänderung identifiziert und hinterfragt.

Die Entscheidung zur Änderung des Verhaltens (und damit die Verantwortung) liegen aber grundsätzlich beim Klienten selbst.

Wichtige Voraussetzung für den Berater ist ein empathischer und authentischer Beratungsstil. Das bedeutet auch, dass der Berater nicht die Rolle des „Richters“ einnimmt, der den moralischen Zeigefinger erhebt und dem Klienten gegenüber doziert, wie dieser sein Leben richtig gestalten sollte.

Ein zentrales Merkmal dieser Gesprächsform ist der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen: Ambivalenz des Klienten wird nicht als Widerstand, mangelnde Einsicht oder unzureichender Leidensdruck abgewertet und diagnostische Etikettierungen werden vermieden.

Seit Ende der 80er-Jahre wurden überwiegend in den angelsächsischen Ländern Studien zur Wirksamkeit des MI, insbesondere zur Sekundärprävention und Behandlung des Alkoholmissbrauchs und der -abhängigkeit durchgeführt. Mittlerweile ist das Indikationsspektrum erheblich erweitert worden und der Ansatz wird in verschiedensten Bereichen zur Gesundheitsförderung und Prävention gesundheitsschädigender Verhaltensweisen eingesetzt.

Die Kernprinzipien des Motivierenden Interviews

Prinzip 1:

Sich in den anderen hineinversetzen (Empathie)

Einführendes Verhalten ist eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Gesprächsführung. Menschen gehen das Risiko einer Veränderung ihres Verhaltens leichter ein, wenn sie so angenommen werden, wie sie sind.

„Verstehen“ und „Akzeptieren“ muss dabei keinesfalls bedeuten, dass Sie den Ansichten des Arbeitslosen zustimmen.

Prinzip 2:

Widersprüche aufzeigen: Entdecken und Abwägen von Vor- und Nachteilen des derzeitigen Verhaltens sowie einer möglichen Verhaltensänderung

Mit dem Arbeitslosen kann erarbeitet werden, wie sein Verhalten mit möglichen Zielen und Werten in Konflikt steht. Dazu eignet sich besonders die Kosten-Nutzen-Rechnung (siehe dazu auch den Abschnitt „Handwerkszeug für die motivierende Gesprächsführung“ auf den folgenden Seiten).

Prinzip 3:

Mit Widerstand verständnisvoll umgehen

Widerstand ist nicht als Problem Ihres Klienten zu sehen, sondern als ein Problem, das Sie mit Ihrem Gesprächspartner haben.

Widerstand tritt dann auf, wenn wir unseren Gesprächspartner gegen seinen Willen zu etwas zwingen wollen.

Sollte Widerstand auftreten, muss das eigene Vorgehen überdacht und das Gesprächsverhalten ggf. geändert werden.

Prinzip 4:

Selbstwirksamkeit und Veränderungszuversicht Ihres Gesprächspartners stärken

Die Zuversicht eines Menschen, dass er sein Verhalten ändern kann, ist entscheidend dafür, ob er auch wirklich versucht, es zu ändern.

Ziel ist es, diese Zuversicht beim Arbeitslosen zu stärken. Beispielsweise über die Bezugnahmen auf frühere erfolgreiche Verhaltensänderungen.

Prinzip 5:

Gemeinsame Vereinbarung von Veränderungszielen

Im Alltag ein neues Verhalten zu üben, hilft dabei, es zu festigen. Lassen Sie Ihren Gesprächspartner selbst entscheiden, was er an neuen Verhaltensweisen und Veränderungen ausprobieren möchte, und ermuntern Sie ihn, diese im Alltag auszuprobieren.

Das Motivierende Interview wird durch die folgenden Prinzipien charakterisiert:

- Empathie zeigen
- Widersprüche aufzeigen
- Wortgefechte vermeiden und
- Nachgiebig auf Widerstand reagieren
- Selbstwirksamkeit erhöhen
(Wie kann ich Situation X auch ohne Alkohol, Rauchen oder Essanfälle bewältigen?)

Extremfragen

„Was könnte denn schlimmstenfalls passieren, wenn Sie nächstes Wochenende keinen Alkohol trinken?“

Individuelle nicht wertende Rückmeldung zum eigenen Verhalten

„Sie haben auf Ihrem Bogen angegeben, dass Sie fünf halbe Liter Bier trinken und glauben, das ist normal. Was meinen Sie, wie viel Gramm reinen Alkohols eine Frau / ein Mann am Tag maximal trinken sollte? Was glauben Sie, wie viel Alkohol in einem halben Liter Bier ist?“

Positive Rückmeldung und strukturierte Zusammenfassung

Des Weiteren ist es wichtig, dem Gesprächspartner zwischendurch immer wieder eine positive Rückmeldung zu geben und eine strukturierte Zusammenfassung des bisher Besprochenen zu machen.

„Sie haben mir jetzt erzählt, wie viel Sie rauchen und in welchen Situationen es Ihnen besonders schwer fällt, nicht zu rauchen...“

Bevor Sie die motivierende Gesprächsführung in der Praxis einsetzen, sollten Sie einen Kurs machen, um die praktische Anwendung der Prinzipien zu lernen.



Weiterführende interessante und praxisrelevante Literatur zum MI:

Rollnick W.R. & Rollnick S (2002). Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. 2nd edition. Guilford Press: New York.

Demmel, R. (2001). Motivational Interviewing: ein Literaturüberblick. Sucht, 47, 171-188. [Korrektur: Sucht, 47, 265-266].

Das ABC-Modell nach Ellis

Das ABC-Modell des menschlichen Handelns wurde von Albert Ellis (*1913), einem amerikanischen Psychotherapeuten, entwickelt. Hinter der Abkürzung ABC verbergen sich die zentralen Annahmen des Modells, die aus dem Englischen folgendermaßen übersetzt werden:

Das ABC-Modell besagt, dass emotionale Reaktionen bzw. Verhaltensweisen (C) nicht direkt durch ein auslösende Ereignis selbst (A), sondern durch die Art der Bewertung (B) verursacht werden.

Unter „Art der Bewertung“ unterscheidet Ellis verschiedene Bewertungsmöglichkeiten (B), die er in irrationale und rationale Bewertungen einteilt.

Als *irrationale Bewertungen* bezeichnet man Bewertungen mit starken negativen Konsequenzen. Damit ist gemeint, dass es sich um Bewertungen handelt, die weder hilfreich noch zielführend sind, sondern eher selbstschädigend, da sie zu unangemessenen Emotionen und Verhaltensweisen (z. B. starke Ängste, Depressionen, Abhängigkeiten) führen können. Irrationale Bewertungen werden als zentral für die Entstehung psychischer (emotionaler und Verhaltens-) Störungen angesehen.

Im Gegensatz dazu stehen die *rationalen Bewertungen*. Hierunter sind sowohl positive als auch negative Emotionen und Verhaltensweisen zu verstehen. Rational bewerten bedeutet demnach nicht um jeden Preis positiv zu denken, es geht vielmehr um angemessene Bewertungen. Diese Art der Bewertung unterstützt Menschen, die selbst gewählten Ziele zu erreichen, diese sind dem entsprechend zielführend und hilfreich.



Activating event = Auslösendes Ereignis



Belief = Bewertung des Ereignisses A



Consequence = Emotionale Reaktionen und Verhaltensweisen, die auf das auslösende Ereignis folgen

In der Beratung ist es nicht notwendig, die Ursachen für mögliche irrationale Bewertungen ausfindig zu machen. Vielmehr ist das Ziel, den Arbeitslosen dabei zu unterstützen, eine rationale Einstellung zu seiner Situation zu finden, die ihm einen angemessenen Umgang mit Problemen ermöglicht und nicht selbstschädigend ist.

Da es sich bei dem ABC-Modell um ein sehr eingängiges Konzept handelt, kann die Theorie anhand von Beispielen erläutert werden, die dem Arbeitslosen die Wichtigkeit der eigenen Bewertungen (B) in Bezug auf das Verhalten und die Gefühle verdeutlichen.

Anhand des Beispiels auf der nächsten Seite kann sehr schnell der Unterschied zwischen rationalen und irrationalen Bewertungen aufgezeigt werden.

Tipps für die Beratung

Erarbeiten Sie die folgenden Beispiele gemeinsam. Fragen Sie nach eigenen Erlebnissen und ermutigen Sie den zu Beratenden unter Umständen neue Bewertungen vorzunehmen.

Verdeutlichen Sie dem Klienten, dass, auch wenn das auslösende Ereignis nicht vermieden werden konnte, die psychische Belastung entscheidend von der Bewertung abhängt.

A (Activating event)	B (Belief) Beispiel für irrationale Bewertungen	Mögliche C (Consequence)
Ein Ehemann bringt Blumen für seine Frau mit nach Hause.	„Er hat mich zwar noch nie betrogen, aber irgendwann verlässt er mich sowieso. Er bringt mir Blumen mit, weil er mich verlassen will.“	Verhaltensebene: z. B. abwehrendes Verhalten, Anschuldigungen Gefühlsebene: Eifersucht, Verletzungen
A (Activating event)	B (Belief) Beispiel für rationale Bewertungen	Mögliche C (Consequence)
Ein Ehemann bringt Blumen für seine Frau mit nach Hause.	„Er liebt mich und will mir eine Freude machen.“	Verhaltensebene: z. B. Sie umarmt ihn Gefühlsebene: Freude

In Anlehnung an Heribert Unland, *Wir gewöhnen uns das Rauchen ab*. DGVT-Verlag, Materialie Nr. 28; 1995.

Nachdem das Modell anhand dieser exemplarischen Situationen erklärt wurde, kann das Modell auch auf andere Bereiche übertragen werden, wie zum Beispiel auf den Raucher,

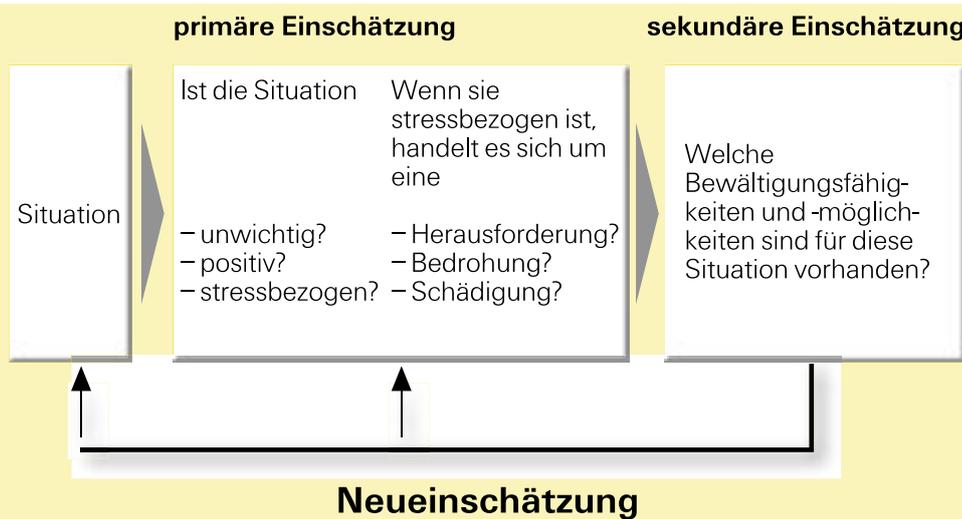
der sich nicht zutraut, mit dem Rauchen aufzuhören, oder auf die Situation des Arbeitsplatzverlustes.

A (Activating event)	B (Belief) Beispiel für irrationale Bewertungen	Mögliche C (Consequence)
Verlust der Arbeitsstelle	„Ich bin ein Versager.“ „Ich werde bestimmt keinen neuen Job finden, weil ich zu alt bin, zu blöd. Da brauche ich mich gar nicht erst zu bewerben.“ etc.	Verhaltensebene: z. B. Rückzug, vermehrtes gesundheitsschädigendes Verhalten („Ist eh egal, ob ich die halbe Nacht Fernsehen gucke.“ etc.) Gefühlsebene: Frustration, depressive Verstimmung, Gefühl des Kontrollverlustes
A (Activating event)	B (Belief) Beispiel für rationale Bewertungen	Mögliche C (Consequence)
Verlust der Arbeitsstelle	„Das ist frustrierend und ärgerlich, es trifft heutzutage aber viele Menschen und jetzt hat es leider mich getroffen. Aber so schnell gebe ich nicht auf. Ich werde mich zunächst mal erkundigen, was ich jetzt konkret machen kann.“	Verhaltensebene: z. B. „Freizeit“ sinnvoll nutzen, Sport treiben, „Sich nicht gehen lassen“ (Tagesstruktur unter den neuen Umständen aufbauen) Gefühlsebene: Neben verständlichen Gefühlen wie z. B. Ärger und auch Existenzängsten das Gefühl, das Beste aus der Situation zu machen, Nicht aufzugeben, Gefühl, die Kontrolle nicht vollständig zu verlieren.

Das Stressmodell nach Lazarus

Nach Lazarus entsteht Stress, wenn ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen an eine Person und deren wahrgenommenen

Bewältigungsfertigkeiten herrscht. Ähnlich wie bei dem ABC-Modell von Ellis spielt die *Bewertung einer Situation* eine zentrale Rolle, ob eine Person Stress empfindet.



Der Bewertungsprozess läuft folgendermaßen ab:

Primäre Einschätzung:

Grundsätzlich kann ein Ereignis als irrelevant (keine Auswirkungen auf das Wohlbefinden), positiv (positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden) oder als relevant (Stress verursachend) eingeschätzt werden.

Sofern es sich um ein „relevantes“ Ereignis handelt, erfolgt eine weitere Einteilung, die folgendermaßen charakterisiert werden kann:

Die leichteste Form eines stressreichen Ereignisses ist die „Herausforderung“. In diesem Fall steht man vor einer Aufgabe, die zwar schwierig, jedoch nicht unlösbar erscheint. In der nächsten Stufe, der „Bedrohung“, wird die Situation so eingeschätzt, dass Schaden oder Verlust bevorsteht. Die höchste Stressstufe ist die Einschätzung einer Situation als „Verlust“ oder „Schaden“. Diese Einschätzung bezieht sich auf bereits eingetretene Erlebnisse wie z. B. den Tod einer nahe stehenden Person oder das Nichterreichen eines Zieles.

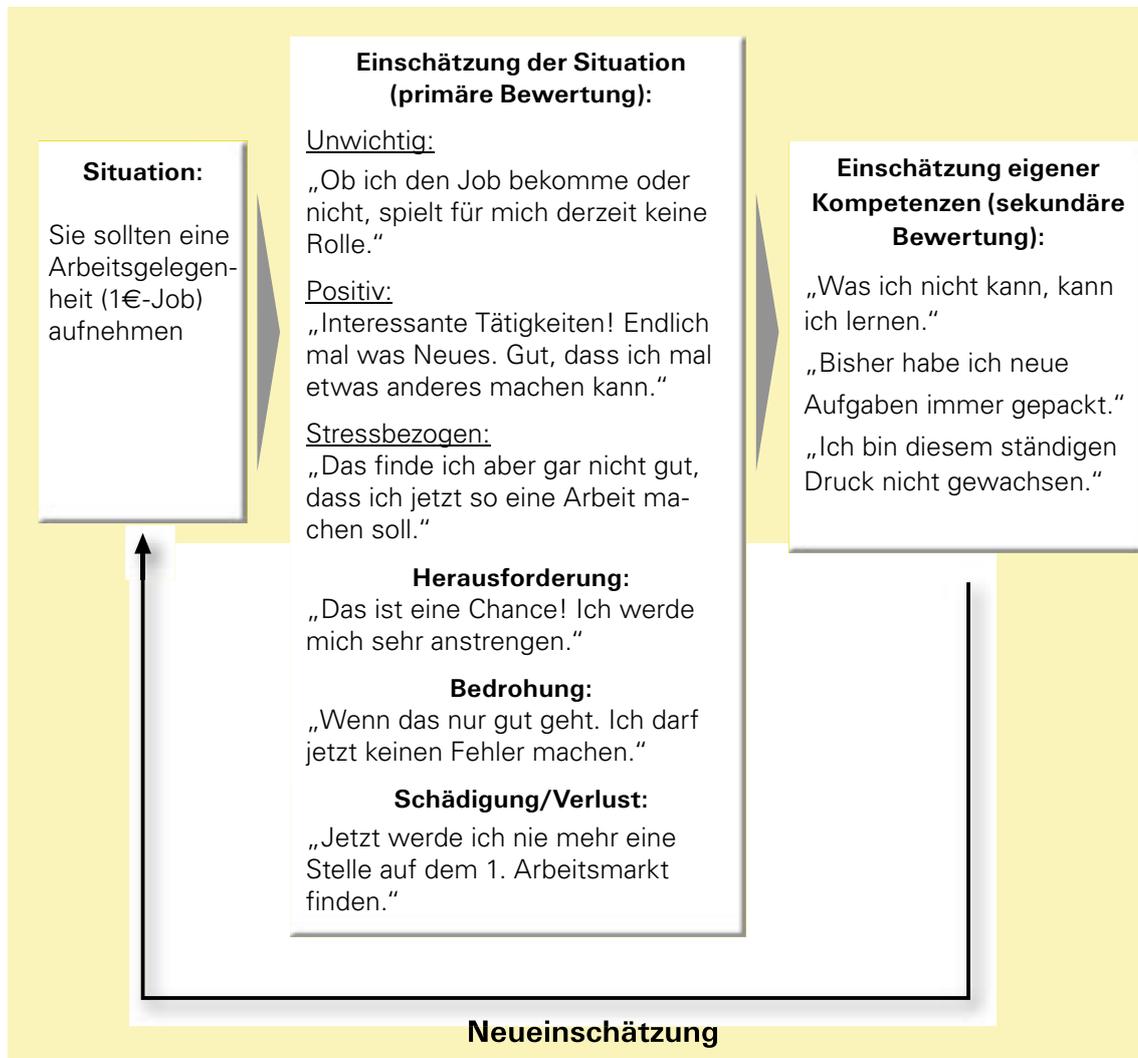
Sekundäre Einschätzung:

Diese zweite Bewertung bezieht sich auf die Ressourcen und Möglichkeiten, die zur Bewältigung der Stresssituation zur Verfügung stehen. Unter Ressourcen versteht man alle Eigenschaften, Merkmale, Fähigkeiten, soziale und materielle Bedingungen, die eine Person potentiell in die Lage versetzen, die Anforderung der Situation zu meistern. Bedeutsame Ressourcen sind z. B. ein klares Selbstkonzept („was kann ich, was muss ich noch lernen, wie lerne ich am besten“), eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung oder das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Ebenfalls stellen kommunikative Kompetenzen eine bedeutende Ressource da, um z. B. um Hilfe oder Erläuterung zu bitten.

Die primäre und sekundäre Einschätzung laufen nahezu zeitgleich ab. Aufgrund von neuen Hinweisen aus der Umgebung, neuen eigenen Überlegungen und Bewältigungsmöglichkeiten und vor allem der Einschätzung, die Stresssituation bewältigen zu können, kann es zu Neueinschätzungen kommen. Diese können jederzeit eine Änderung der primären oder sekundären Bewertung bewirken.

Bewertungsprozess

Anhand des folgenden Beispiels kann das Modell verdeutlicht werden:



Tipps für die Beratung

Wenn Sie über bedrohliche oder belastende Situationen sprechen, fokussieren Sie auf die Bewertung. Fragen Sie, warum keine andere Bewertung stattgefunden hat, und beleuchten Sie, ob andere Bewertungen

möglich sind bzw. erarbeiten Sie mit dem Klienten, was nötig wäre, um die Situation anders bewerten zu können. Auch das ABC-Modell nach Ellis kann an dieser Stelle eingesetzt werden.