

KATHOLISCHE FACHHOCHSCHULE NW
- Abteilung Köln -

Master-Thesis
im postgradualen Studiengang
Master of Science (M.Sc.) in
Addiction Prevention and Treatment

**Motivational Interviewing in der ambulanten Suchthilfe –
Abschätzung des Fortbildungsbedarfs in NRW**

Thorsten Rahner
Juli 2007

Erstprüfer: Herr HD Dr. Ralf Demmel
Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Michael Klein

Vorwort und Dank

Durch die Teilnahme an dem „Masterstudiengang Master of Science in Addiction Prevention and Treatment“ lernte ich den Behandlungsansatz Motivational Interviewing kennen. Die therapeutische Herangehensweise faszinierte mich von Anfang an, da ich durch ihre Prinzipien gerade auch in schwierigen Gesprächssituationen einen angemessenen Ansatz und letztlich – was noch wichtiger war – eine veränderte innere Haltung hinsichtlich der Arbeit mit meinen Klienten fand. Die Anwendung der Behandlungsprinzipien unterstützten mich seit dieser Zeit in meiner Beratungsarbeit in vielfältiger Weise, was mein Interesse weckte, Motivational Interviewing als Gegenstand weiterer Betrachtungen in der Master-Thesis zu wählen.

An erster Stelle möchte ich Herrn HD Dr. Ralf Demmel für die hilfreiche, freundliche und ermutigende Unterstützung in der Zeit der Konzeption, Realisierung und Niederschrift der Thesis herzlich danken. Ebenfalls gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Michael Klein für die Übernahme der Zweitkorrektur.

Ein Dankeschön auch an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen für die Teilnahme an der Studie, sowie an die Mitarbeiter der „Verteilerstellen“ der E-Maillisten - insbesondere Frau Angelika Fiedler vom ginko e.V. in Mühlheim.

Für die Dateneingabe danke ich Frau Marion Angelika Herde und für weiterführende Analysen Frau Jennifer Nicolai.

Besonders danke ich meiner Frau Frauke für die konstruktive Korrektur und liebevolle Unterstützung in den vergangenen Wochen und Monaten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Dank	1
Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung	4
2. Theoretischer und empirischer Hintergrund	7
2.1 Definition	7
2.2 Behandlungsprinzipien	8
2.2.1 Empathie und Reflective Listening	9
2.2.3 Weitere Behandlungsprinzipien	14
2.3 Evidenz	16
3. Lernen von MI	17
4. Assessment	20
4.1 Helpful Responses Questionnaire	20
4.2 Fragebogen: „Was würden Sie sagen?“	21
5. Aktueller Forschungsstand	23
5.1 A small Study of training in MI	24
5.2 A Randomized Trial of Methods to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing	26
6. Das Projekt „MOVE“	30
6.1 Grundlagen und methodische Vermittlung	31
6.2 Projekt-Evaluation	32
6.3 Kritische Bewertung	34
7. Forschungshintergrund: MI in der ambulanten Suchthilfe NRW	36
7.1. Forschungsfeld	36
7.2 Fragestellung	40

8. Methode	42
8.1 Teilnehmer	42
8.2 Fragebogen	48
8.3 Ablauf	51
9. Ergebnisse	53
9.1 Rücklauf	53
9.2 Ergebnis des Multiple-Choice-Tests	55
9.2.1 Ergebnisse der Gesamtstichprobe im Vergleich	55
9.2.2 Vergleich der Teilstichproben - mit und ohne MOVE	59
10. Diskussion	63
10.1 Wie bekannt ist MI in der ambulanten Suchthilfe NRW?	63
10.2 Wie schätzen sich die Probanden hinsichtlich ihrer Fähigkeiten ein und welchen Einfluss hat dabei der Fortbildungshintergrund?	64
10.3 Können die Probanden ein definierendes Merkmal des MI (Reflective Listening) identifizieren? Gibt es Abweichungen zwischen Suchthilfe und anderen Stichproben?	65
10.4 Ausblick	67
11. Zusammenfassung	69
Literaturverzeichnis	71
ANHANG A	79
ANHANG B	86
ANHANG C	89

1. Einleitung

Das von William R. Miller und Stephen Rollnick (1991) entwickelte Motivational Interviewing (MI) hat als therapeutisches Beratungskonzept speziell im Bereich der Suchthilfe einen großen internationalen Bekanntheitsgrad erreicht.

Über viele Jahre war die sogenannte Krankheitseinsicht des Suchtmittelkonsumenten eine Voraussetzung für eine weiterführende Behandlung. Der Klient¹ konnte erst mit seiner Beratung oder Therapie beginnen, wenn er erkennbar bereit bzw. entsprechend motiviert war. MI stellte jedoch die Ambivalenz des Klienten als ausreichende Motivationsgrundlage in den Vordergrund, was sich letztlich als effektives Vorgehen erwies (Hettema, Steele & Miller, 2005). Durch das Konzept von Miller und Rollnick (1991, 2004) scheint ein konfrontativer Beratungsstil inzwischen in der praktischen Arbeit größtenteils überwunden zu sein. Man kann davon ausgehen, dass Motivierende Gesprächsführung insbesondere die therapeutische Arbeit mit abhängigkeitskranken Menschen in Deutschland nachhaltig geprägt (Vogt & Veltrup, 2003) und eine Art Paradigmenwechsel eingeleitet hat, „[...] weil sie dem Konzept der Alkoholkrankheit und daraus folgend dem Tiefpunkt als Voraussetzung der Motivation zur Abstinenz widerspricht“ (John, Veltrup, Driessen, Wetterling & Dilling, 2000, S. 12).

In der Anfangsphase wurde noch bewusst auf einheitliche Lehrstandards zu Gunsten der Weiterentwicklung des Ansatzes verzichtet (Brueck, 2004). Bald jedoch holte die Diskussion zur Gewährleistung einer gesicherten Qualität in der Ausbildung die Gründerväter ein. Sehr viele Anfragen eines spezifischen MI-Methodentrainings wurden an sie gerichtet, was schließlich zur Ausbildung von mehr als 300 Trainern aus aller Welt führte, die sich in einem internationalen Netzwerk - MI Network of Trainers, kurz MINT genannt – zusammenschlossen (Miller & Rollnick, 2004).

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Sprachform benutzt. Selbstverständlich sind damit auch Klientinnen, Therapeutinnen, Beraterinnen und Probandinnen gemeint.

Nichtsdestotrotz kann weiterhin jeder, der sich dazu in irgendeiner Weise berufen fühlt, Schulungen in Motivierender Gesprächsführung anbieten, ohne dass dort ein einheitliches Verständnis sowie eine identische Vermittlung des Ansatzes gesichert sind. Auf eine offizielle Zertifizierung wurde bislang verzichtet (Brueck, 2004). Dies kann wiederum dazu führen, dass sich Praktiker ihre eigene Anschauung - über das, was MI vermeintlich ist - „zusammenbasteln“, die dann am Ende nicht mehr viel mit der eigentlichen Bestimmung des Behandlungsansatzes zu tun haben muss.

In einem Antwortschreiben zu der in dieser Arbeit durchgeführten Fragebogenaktion kam es zu einer belehrenden Rückmeldung einer Probandin, dass Motivierende Gesprächsführung nicht gleichzeitig direktiv und klientenzentriert sein könne, wie - aus ihrer Sicht fälschlich - in dem Fragebogen formuliert wurde. Nach ihrem Wissen und ihrer Anwendung sei MI auf jeden Fall ein nondirektiver Ansatz. Auch ein anschließendes Telefonat mit literaturgestützter Begründung brachte keine Einsicht bei dieser Testperson. Blicke diese Formulierung bestehen, würde sie sich weigern, den Fragebogen auszufüllen.

Diese Rückmeldung war im Grunde ein guter Indikator dafür, dass das Thema der Arbeit, welches auf die Bewertung des Fortbildungsbedarfs in Motivierender Gesprächsführung zielt, eine weitreichende Relevanz hat. Es ist unklar, inwiefern MI in der deutschen Suchthilfe bekannt ist, zudem fehlen Hinweise, inwieweit es auch „im Sinne der Erfinder“ im deutschsprachigen Raum angewendet wird.

Mit Hilfe eines bereits erprobten Fragebogens wird überprüft, ob ein wesentlicher Aspekt von MI (Reflective Listening) durch Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe identifiziert werden kann, um denkbare Lernerfolge bisheriger Ausbildungen besser abschätzen zu können.

Was bisherige Fortbildungen letztlich geleistet haben und wie groß der weitere Fortbildungsbedarf in MI in Deutschland ist, liegt bislang im Dunkeln und soll durch diese empirische Untersuchung für den Bereich der ambulanten Suchthilfe Nordrhein-Westfalens beleuchtet werden.

Zur Entwicklung der konkreten Fragestellung für die vorliegende Studie ist es wichtig, den theoretischen Hintergrund sowie den aktuellen Forschungsstand, der

weitgehend aus dem amerikanischen Raum stammt, eingehender zu betrachten, um damit die Untersuchungsergebnisse der Datenerhebung zum Abschluss fundiert zu diskutieren und etwaige Schlüsse zur Weiterentwicklung des Forschungsansatzes im Hinblick auf effizientere Ausbildungen in MI ziehen zu können.

2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Definition

Zu Beginn soll der Frage nach den Grundlagen Motivierender Gesprächsführung² nachgegangen werden. Dabei wird der Blick auf die von Miller und Rollnick (2004) beschriebene theoretische Fundierung, aus der sich der konzeptionelle Hintergrund der Motivierenden Gesprächsführung für die praktische Arbeit erschließt, gelenkt werden, die zum näheren Verständnis der in dieser Studie gewählten Vorgehensweise notwendig ist.

MI wurde ursprünglich als ein Ansatz der therapeutischen Arbeit für Menschen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum entwickelt, der hauptsächlich bei dem Konzept von Rogers' Gesprächspsychotherapie (1959), aber auch bei sozialpsychologischen Theorien der Verhaltensänderung, z.B. der Sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura (1979) ansetzt (Demmel, 2004).

MI versteht sich nicht als eine Motivationsberatung oder Motivationstherapie, sondern legt ganz bewusst den Fokus auf die Begrifflichkeit des Interviews, womit gemeint ist, dass sich zwei Menschen im Gespräch auf „gleicher Augenhöhe“ begegnen. (In dem New Oxford English Dictionary wird Interview als “a meeting of people face to face” definiert; Soanes & Stevenson, 2005). Dadurch wächst Vertrauen und parallel wird Widerstand verringert, sich auf die Intervention einzulassen (Demmel, 2004). Der Therapeut fragt mit Interesse nach, um die Beweggründe des Erzählers für seinen momentanen Standpunkt bzw. seine Situation genau verstehen zu können. Darüber hinaus lenkt er das Gespräch auf Facetten, die vom Erzähler nur angerissen oder noch nicht explizit berichtet wurden, um dessen Wahrnehmung der Problematik zu erweitern.

Miller und Rollnick (2004, S. 47) definieren MI zusammenfassend „[...] als eine klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation

² Motivierende Gesprächsführung und MI werden synonym gebraucht.

für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung der Ambivalenz.“ Somit handelt es sich um ein zielgerichtetes Vorgehen, welches in dem Sinnzusammenhang des Klienten das Für und Wider des problematischen Verhaltens (z.B. Suchtmittelkonsum) auflöst und dadurch die Eigenmotivation in Richtung Verhaltensänderung erhöht (Körkel & Veltrup, 2003).

2.2 Behandlungsprinzipien

MI wird von Miller und Rollnick (2004) nicht als eine Zusammenschau verschiedener Techniken oder gar Tricks gesehen. Sie beschreiben MI als eine „Methode der Kommunikation“ (Miller & Rollnick, 2004), in welcher sie den therapeutischen Geist in den Vordergrund stellen, der durch die Humanistische Psychologie geprägt ist und deren Menschenbild zum Tragen kommen lässt. Durch die Annahme, auf einer Augenhöhe zu sein, zeigt sich dieser Behandlungsstil u. a. in einem partnerschaftlichen Umgang mit dem Klienten und der Akzeptanz seiner Selbstbestimmung bzw. der Betonung seiner Autonomie (Körkel & Veltrup, 2003). Miller und Rollnick (2004) definieren die Grundhaltung des Beraters als „MI Spirit“. Dieser ist gekennzeichnet durch (1) *collaboration* – worunter eine partnerschaftliche Kooperation zu verstehen ist, (2) *evocation* – womit das Entlocken der Motivation gemeint ist sowie (3) *autonomy* –, die die Selbstbestimmung der Person betont und Wahlfreiheit offeriert.

Daneben sind im Wesentlichen die vier folgenden Behandlungsprinzipien für die therapeutische Arbeit maßgeblich:

- a) Empathie ausdrücken
- b) Diskrepanz entwickeln
- c) Widerstand auflösen
- d) Selbstwirksamkeit fördern

Das an erster Stelle genannte Prinzip der Motivierenden Gesprächsführung Empathie soll zum besseren Verständnis der in der Arbeit gewählten Vorgehensweise eingehender betrachtet werden: zum einen im Verständnis des Urhebers Carl Rogers (1959) und zum anderen in seiner spezifischen Form des Reflective Listening, wie es sich auch in MI wieder findet:

„Although expressing empathy is fundamental to virtually all psychotherapies, in MI it takes the specific form of reflective listening (or accurate empathy) as described by Carl Rogers [...]” (Burke, 2003, p. 843).

2.2.1 Empathie und Reflective Listening

Empathie

Empathie ausdrücken bedeutet die Übernahme einer besonderen Art des Zuhörens, Verstehens und Antwortens, die Carl Rogers bereits 1959 in der klientenzentrierten Gesprächsführung konzipiert hat. Rogers kam es in seinem Konzept nicht auf eine Technik, die Empathie ausdrückt, an, viel wichtiger war ihm, wie der Therapeut seinen Klienten gegenüber tritt:

„Die innere Welt des Klienten mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so zu verspüren, als wäre es die eigene (doch ohne die Qualität des ‚als ob‘ zu verlieren), das ist Empathie, und das scheint mir das Wesentliche für eine wachstumsfördernde Beziehung zu sein“ (Rogers 1984, S. 107).

Miller und Rollnick folgen dieser Auffassung von Empathie und verstehen sie als Übernahme der Perspektive des Klienten, die die therapeutische Allianz und die Selbsteinschätzung des Klienten fördert. Im Konzept des MI ist empathisches Verstehen eine Kernkompetenz des Therapeuten, ohne die Motivierende Gesprächsführung nicht praktiziert werden könnte. „Ein klientenzentrierter und empathischer Therapiestil ist das grundlegende und definierende Merkmal der motivierenden Ge-

sprachsführung“ (Miller & Rollnick 2004, S.58). Dabei legen die Autoren wie Rogers Wert darauf, Empathie nicht mit einer Form der Identifikation mit dem Klienten oder dessen Erleben zu verwechseln. Eine zu starke emotionale Involvierung würde empathischem Verstehen eher zuwiderlaufen.

Empathie ist durch eine akzeptierende Haltung gekennzeichnet, womit aber nicht gemeint ist, die Meinung des Klienten in jedem Fall zu billigen. Der Therapeut kann auch durchaus einen anderen Standpunkt und eigene Werte vertreten. Er ist jedoch dazu angehalten, durch achtungsvolles Zuhören die Sichtweise des Klienten begreifen zu wollen. Dies unterstützt den hilfebedürftigen Menschen darin, Selbstwertgefühl zu etablieren, außerdem Veränderungen anzuvisieren und umzusetzen (Miller & Rollnick, 2004).

Studien belegen die Wirksamkeit des empathischen Verstehens, in denen das Therapieergebnis signifikant mit dem Merkmal des empathischen Verstehens korreliert. Somit ist empathisches Verstehen zu einer relevanten Basisvariable in Therapieprozessen geworden (Sachse, 1999).

„Although the determinants of therapist efficacy are not well understood, it appears the accurate empathy, as operationally defined by Carl Rogers and his students, is a measurable marker of therapists whose clients show greater improvement [...] and has been a key component of MI [...]“ (Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004, p. 1051).

Wie aber nun drückt sich empathisches Verstehen aus? Wie wird die innere Haltung des einführenden Verstehens für das Gegenüber nachvollziehbar?

Rogers ist es wichtig, nicht nur den Wortsinn der Äußerungen zu verstehen, sondern „in die Haut des Klienten zu schlüpfen“. In seinem Konzept wird von kommentierenden Bemerkungen gesprochen, die im besten Fall die unbewussten Inhalte des Klienten berühren und ihm dann ein besseres Verständnis für sein eigenes Erleben vermitteln sollen (Rogers, 1984).

Des Weiteren werden die Reaktionen des Klienten genauer beschrieben, wenn dieser sich im Sinne der Empathie tatsächlich verstanden fühlt. Dann wird der Klient

die Rückmeldung des Therapeuten bejahen und sich eingeladen bzw. angeregt fühlen, weiter zu sprechen. Der Therapeut testet gleichsam sein Maß an Empathie in der Kommunikation mit dem Klienten. Diese Vorgehensweise wurde und wird auch heute noch *spiegeln* genannt, womit zurückspiegeln im Sinne von reflektieren gemeint ist (Miller & Rollnick, 2004).

Eine derartige Form des Verstehens wird klar von dem schlichten Nacherzählen der Klientenäußerungen abgegrenzt, das als oberflächliches Verstehen gesehen wird (Rogers, 1977). Eine präzisere Begriffsbestimmung des empathischen Verstehens wird später vorgenommen. Mit der „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (VEE) soll der Therapeut die emotionalen Inhalte der Klientenäußerung im direkten Anschluss zurückmelden, wie z.B. Gefühle und Wünsche. Allerdings gibt es Bedenken gegen diese Vorgehensweise, da VEE als Technik missverstanden werden könnte und später zu Lasten der als wichtiger angesehenen empathischen Haltung des Therapeuten gehen und das eigentliche Verstehen somit nicht genug Tiefe haben könnte (Tausch, 1990).

Bleibt mit Sachse (1999, S. 37) festzuhalten, dass in der Gesprächspsychotherapie Empathie durch keine spezielle favorisierte Vorgehensweise ausgedrückt wird:

„Wie oder durch welche Art von konkreter Handlung ein Therapeut seine Empathie ausdrückt, ist sehr variabel und hängt vom Klienten, vom Kontakt, vom gerade behandelten Inhalt usw. ab.“

Im Anschluss an diese Aussage kommt Sachse (1999) zu der Folgerung, dass es gleichwohl wichtig sei, die Handlungsmöglichkeiten zum Ausdruck von Empathie zu analysieren, damit Lernmöglichkeiten für empathisch therapeutisches Handeln eröffnet und die Erforschung konkreter Handlungsschritte möglich werden. Hieran schließen sich dann bisher praktizierte und publizierte Handlungsvorschläge, wie z.B. Darbieten der inneren Anteilnahme, Verallgemeinern oder Selbsteröffnung des Therapeuten an.

Eine weitere Variante findet sich bei Tausch (1990), die sich in dem Ansatz *Aktivität-Suchen-Anstrengen-Nachdenken-Bemühen* zeigt. Der Therapeut ist aktiv darum bemüht, den Gehalt der Klientenäußerungen nachvollziehen zu können, in dem er

durch Verbalisierungen und Nachfragen sicher gehen möchte, die Botschaft verstanden zu haben (Sachse, 1999).

In dem MI-Verfahren wird, wie bereits erwähnt, Empathie als das zentrale, den Ansatz durchdringende und prägende Merkmal definiert. Empathie wird als Zusammenspiel des respektvollen Zuhörens und der Übernahme der Klientenperspektive erklärt und unterteilt sich in a) eine Haltung - gekennzeichnet durch Akzeptanz und b) ein Verhalten - ausgedrückt durch kunstvolles aktives Zuhören, wodurch der Therapeut die Mitteilungen des Klienten zu verstehen sucht, ohne diese bewertend zu kommentieren (Schulz-Ruhtenberg, 2006). Das aufmerksame Zuhören mit sich daran anschließenden kurzen Zusammenfassungen des Gesagten bezieht sich auf die Verhaltensebene und wird *Reflective Listening* genannt.

Miller und Rollnick (2004) legen bei dem Basisprinzip Empathie Wert darauf, dass es dem Klienten - gegenüber einer eher restriktiven Therapeuteneinstellung - die notwendige Freiheit einräumt, die schließlich zur Veränderung seines schädlichen Verhaltens führen kann.

Reflective Listening

Auf der Verhaltensebene ist Empathie im MI-Verständnis durch aufmerksames bzw. einführendes Zuhören und kurze zusammengefasste Rückmeldungen gekennzeichnet. Dabei ist es wesentlich, die Bedeutung des Gesagten zu erschließen, da der Wortlaut häufig nicht eine eindeutige objektivierbare Botschaft enthält. So besteht besonders bei affektbezogenen Adjektiven ein gewisser Deutungsspielraum bzw. die Notwendigkeit, das Gehörte zu entschlüsseln. Der Berater gibt die von ihm als Bedeutung verstandene Aussage an den Klienten zurück. Somit unterstützt der Therapeut durch seine Aussage den Klienten, seine Sichtweise zu hinterfragen (Miller & Rollnick, 2004).

Reflective Listening sollte immer als Aussage formuliert sein, da Fragen wiederum eine Antwort verlangen und dadurch eine Distanz des Klienten zu seinem eige-

nen Erleben entsteht. Die Aussagen werden im Speziellen durch das paraphrasierte Zusammenfassen des Gehörten, worin sich der Klient dann „wiederfinden“ kann, angegeben. Wenn er sich jedoch durch die Therapeutenäußerung unverstanden fühlt, hat er wiederum die Möglichkeit, die gewonnene Sichtweise des Therapeuten zu korrigieren. Wichtig ist der Verzicht auf Interpretationen, umso mehr steht mit Unterstützung dieses interviewenden bzw. methodischen Herantastens die Selbsterkenntnis des Klienten im Zentrum, die zum Wandel der eigenen Sprache mit dem Ziel der Motivation zur Verhaltensänderung (Change-Talk) und schließlich dem eigenen Verhalten führt (Miller & Rollnick, 2004).

„The interviewer seeks to evoke this ‚change talk‘ – expressions of the client’s desire, ability, reasons and need for change – and responds with reflective listening. Clients thus hear themselves explaining their own motivations for change, and hear them reflected again by the counselor” (Hetteema et al., 2005, p. 92).

Hier wird deutlich, dass Reflective Listening durchaus eine direktive Komponente haben kann, die der Therapeut, indem er auf bestimmte Aspekte des Gesagten eingeht oder diese beiseite lässt, steuern kann.

Das reflektierende Zuhören in der Motivierenden Gesprächsführung drückt am deutlichsten empathisches Verständnis aus. Reflective Listening im MI-Kontext ist ein Beitrag von Miller und Rollnick, Empathie zu operationalisieren (Demmel, 2004).

Durch das Operationalisieren von Empathie in Form von Reflective Listening besteht die Möglichkeit, deren Umsetzung nachvollziehbar und messbar darzustellen. Es ist somit möglich, ein wesentlich definierendes Merkmal für MI in einem Testverfahren abzubilden, für welches dann die These gilt: Wer Reflective Listening nicht als hilfreiche Komponente in einem Gespräch erkennt und anwendet, stützt sich in seiner Beratungsarbeit letztlich auch nicht auf das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung.

2.2.3 Weitere Behandlungsprinzipien

Diskrepanz entwickeln

Widersprüche zu verdeutlichen ist ein weiterer unerlässlicher Bestandteil der Motivierenden Gesprächsführung. Das empathische Verständnis des Therapeuten wird mit dem Hervorrufen zwiespältiger Ansichten des eigenen Handelns auf Seiten des Klienten gepaart. Der Mensch soll nicht in der Akzeptanz seiner derzeitigen Lebensführung stehen bleiben, sondern aus seiner unentschiedenen Haltung heraus in die Lage versetzt werden, eine Entscheidung für eine Veränderung zu treffen, die er selbst als wichtig erkannt und formuliert hat, um dann neue Wege gehen zu können. Dazu wird die Diskrepanz - zwischen den Zielen, nach denen er sein Leben ausrichtet und seinem tatsächlichen Verhalten, mit dem er diese Zielvorstellung immer wieder untergräbt - besonders betont. Es wird also eine Art „Kosten-Nutzen-Rechnung“ aufgestellt, die auf die intrinsischen Motive des Adressaten zielt und letztlich nicht vom äußeren Druck, der so genannten extrinsischen Motivation, abhängig ist. Denn nur die für sich selbst erkannte Unvereinbarkeit zwischen Anliegen und Wirklichkeit erhöht spürbar die Veränderungsbereitschaft.

Widerstand umlenken

Viele Therapeuten versuchen, ihre Klienten durch gute Argumente von der Notwendigkeit der Veränderungen zu überzeugen. Der Adressat der Hilfe soll so handeln, wie es möglicherweise aus therapeutischer Sicht ratsam zu sein scheint. Oft wird dabei die Erfahrung gemacht, dass auf der anderen Seite die Abwehr (Reaktanz) gegen diese Intervention eher wächst denn abnimmt.

MI zeigt ein vollständig anderes Verfahren, wie mit dem Phänomen des Widerstands konstruktiv umgegangen werden kann. „Der Klient ist kein Gegner, der über-

listet oder besiegt werden muss“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 62). Dabei gibt es keinen therapeutischen Trick, sondern es kommt entscheidend auf die Grundeinstellung und Sichtweise des Gegenübers an. Der Berater, der Motivierende Gesprächsführung anwendet, respektiert die Entscheidungen der Person und bemüht sich, die Zurückhaltung gegen Veränderungen nachzuvollziehen. Im Dialog werden Informationen ausgetauscht, die zum Nachdenken anregen sollen. Der Klient entscheidet selber, was er mit seinen möglichen Erkenntnissen anfängt. Die Kompetenz für Problemlösungen wird ihm belassen. Auf Konfrontation wird gänzlich verzichtet, da diese beispielsweise in der Behandlung von alkoholkranken Menschen als kontraindiziert angesehen wird (vgl. Miller & Rollnick, 2004). Im Grunde werden Praktiker des motivierenden Ansatzes Anzeichen von Widerstand als Signal werten, ihre Vorgehensweise kritisch zu hinterfragen.

Selbstwirksamkeit fördern

Das Prinzip der Self-efficacy hat Albert Bandura (1977) erstmalig vor 30 Jahren formuliert. Unter Selbstwirksamkeit versteht er die Überzeugung einer Person, für eine Herausforderung die adäquate Leistung erbringen zu können:

„Perceived self-efficacy is defined as people’s judgments of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances“ (Bandura, 1986, p. 391).

Diese Einstellung beeinflusst die Person in Bezug auf ihre Motivation und die daraus resultierende Umsetzung auf maßgebliche Weise. Selbstwirksamkeit beschreibt somit die Zuversicht eines Menschen in seine eigene Fähigkeit, für Probleme entsprechend gute Lösungen zu finden und diese dann umzusetzen. Auch wenn der Klient sein problematisches Verhalten und die damit verknüpften Ambivalenzen erkennt, wären die therapeutischen Interventionen nutzlos, wenn es kein Zutrauen des Klienten in die eigenen Kompetenzen gäbe und er sich keinen Erfolg von der Behandlung versprechen würde (Demmel, 2001). Darüber hinaus sollte auch der

Therapeut an die Kompetenzen des Klienten glauben, da dies wiederum starken Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Wenn man einem Klienten Verantwortung für seine Veränderung mit dem einhergehenden Handeln zugesteht, muss man auch auf seine Fähigkeiten setzen. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung wird den Behandlungserfolg wahrscheinlicher machen. Allerdings wird in neueren Untersuchungen nachgewiesen, dass alkoholabhängige Menschen sich in Punkto Selbstwirksamkeit nach einer Behandlung eher überschätzen und diese Selbstauskunft wenig Aussagen über den Therapieerfolg bezogen auf das Rückfallrisiko zulässt (Demmel, Nicolai & Jenko, 2006).

2.3 Evidenz

Die Meta-Analyse von Burke, Arkowitz und Menchola (2003) gibt gute Hinweise auf die Wirksamkeit von MI, die sich aus den Patientenergebnissen erschließen lässt. Die Wirkstärke ist mit denen anderer Behandlungsansätze vergleichbar, wobei jedoch positive Effekte mit MI in kürzerer Zeit erreicht werden können. Laut der Untersuchung profitieren Menschen mit Alkohol- (z.B. durch die Halbierung der Trinkmenge) oder Drogenproblematik besonders von dem Behandlungsansatz. Die Effektivität von MI zur Senkung des HIV-Risikos und zur Behandlung von Nikotinabhängigkeit konnte jedoch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Insgesamt wird eine positive Wirkung Motivierender Gesprächsführung in der Meta-Analyse dokumentiert. Ferner lässt sich MI sowohl als alleinige Behandlungsmethode einsetzen, als auch gut mit anderen Ansätzen kombinieren.

Zu ähnlichen Ergebnissen wie Burke et al. (2003) kommt die Meta-Analyse von Hettema et al. (2005). MI scheint besonders im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und in der Verhaltensmedizin wirkungsvoll zu sein.

3. Lernen von MI

Wie lernt man diesen erfolgversprechenden Behandlungsansatz? Welche Voraussetzungen sollten Weiterbildungsangebote erfüllen, damit MI förderlich in das Handlungsrepertoire der Therapeuten eingeht?

Üblicherweise werden MI-Fortbildungen in Form eines Workshops, der mehrere Tage umfassen kann, angeboten, wie z.B. durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/01_2007_Motiv-Gespraechsf.pdf].

Workshops können durchaus angebracht sein, weisen aber auch Grenzen auf. Der Vorteil dieses Settings liegt in dem Abstand der Teilnehmer zur alltäglichen beruflichen Belastung. Dieser schafft die Möglichkeit sich, frei vom Arbeitsstress, Zeit zum Nachdenken zu nehmen, mit anderen Kollegen auszutauschen bzw. an ihrem Beispiel zu lernen und sich leichter auf etwas Neues einlassen zu können (Miller & Rollnick, 2004). Andererseits steht die zeitliche Verdichtung von Lerninhalten, wie in einem Workshop üblich, im Gegensatz zu einem effektiven Lernen mit nachhaltigen Trainingserfolgen:

“There is little empirical reason to believe that a one-shot training workshop (albeit the usual method for continuing professional education) would be sufficient to change durable practice behaviour” (Miller et al., 2004, p. 1052).

Es ist sinnvoller, die Lernmöglichkeiten verstreut und in kleineren Einheiten anzubieten, um einen größeren andauernden Lernerfolg zu gewährleisten, insbesondere wenn es, wie beim Einüben eines Behandlungsansatzes, häufig um neue Verhaltensweisen geht (Demmel, 2003).

Fortbildungskonzepte sind dann effektiv, wenn sich die Teilnehmer zwischenzeitlich in ihrem beruflichen Alltag mit den Lerninhalten auseinandersetzen - kurzum die Zeit zwischen den Fortbildungsblöcken zum Üben nutzen (Körkel & Veltrup, 2003). Miller und Rollnick (2004) erklären, dass sie MI gleichsam von ihren Klienten gelernt haben und dieses Vorgehen allen Interessierten weiterempfehlen. Im Klienten-

gespräch erhalten die Praktiker eine unmittelbare Rückmeldung auf ihre therapeutische Intervention und können so Dissonanzen im Beratungskontext aufspüren. Sehr hilfreich sind in diesem Zusammenhang auch Video- und Tonbandaufnahmen von Beratungsgesprächen, um mit gewisser Distanz das Geschehen noch einmal Revue passieren zu lassen und - evtl. auch mit Kollegen - Schlüsse ziehen zu können.

Bei einem Workshop entsteht gelegentlich die Schwierigkeit, die unterschiedlichen Voraussetzungen und die Vorkenntnisse der Teilnehmer „unter einen Hut“ bringen zu müssen (Miller & Rollnick, 2004). Es wäre dann wichtig, diesem Sachverhalt in den Fortbildungsangeboten durch Anpassen des Trainings Rechnung zu tragen (Demmel, 2003).

Alternative Lernmöglichkeiten zum Workshop finden sich demgegenüber in den konkreten Arbeitsbezügen der Therapeuten in Form eines hausinternen Trainings, was aus Sicht der Autoren einen besseren Lerneffekt brächte (Miller & Rollnick, 2004). Dies scheint jedoch in der ambulanten Suchthilfe in Deutschland bisher kein praktiziertes Schulungsformat zu sein. Fortbildungen in MI werden hauptsächlich als Workshop angeboten, z.B. „Motivierende Beratung (Motivational Interviewing) bei alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängigen Menschen (Aufbauseminar)“ [<http://www.iss-ffm.de/index.php?id=225>] oder „Workshop: Motivational Interviewing – Einführung und praktische Übung“ (Suchtmed 4 (2), 2002, S. 110).

Unabhängig vom Fortbildungsrahmen lassen sich folgende Methoden und Techniken zum Erlernen von MI empfehlen: Proben mit Rollenspielen und standardisierten Patienten, das Auswerten und Reflektieren anhand von Transkripten und Mitschnitten von Beratungsgesprächen sowie das Einholen von Feedback durch Kollegen oder Supervisoren (Miller & Rollnick, 2004). Letztlich ist es unerlässlich darauf zu achten, dass ein eingeschliffener aber MI-inkompatibler Beratungsstil verlernt wird (Miller, et al, 2004).

Zum Einüben von MI kommt es Miller und Rollnick (2004) auf die Vermittlung des MI-Spirits einhergehend mit dem Behandlungsprinzip Empathie an, da sie bei diesen Grundlagen von der wesentlichen Wirksamkeit des Ansatzes ausgehen. Deshalb sollen die *listening - skills* (empathisches Zuhören) besonders geschult werden.

Dies ist jedoch solange ineffektiv, wie die Fähigkeiten der Schulungsteilnehmer nicht überprüfbar sind und festgestellt werden kann, ob in dem Training schon die gewünschten Fertigkeiten vermittelt wurden oder weitere Übungseinheiten nötig sind. Zu diesem Zweck muss die Effizienz von MI-Schulungen evaluierbar und messbar sein (Demmel, 2003; Miller & Rollnick, 2004).

4. Assessment

Um einen denkbaren Trainingserfolg zu überprüfen, sollten Testverfahren Verwendung finden, in denen deutlich wird, wie sich z.B. das Behandlungsprinzip Empathie ausdrückt. So braucht es ein operationalisiertes Merkmal, das sich - wie beschrieben - in Reflective Listening wieder finden lässt.

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, die Umsetzung von Reflective Listening zu erheben. So wäre es beispielsweise denkbar, eine Messung durch Beobachtung von Probanden in einem Beratungsgespräch durchzuführen (Miller & Mount, 2001). Die Beobachtung würde den Fokus darauf richten, wie gut und häufig Reflective Listening in einem Gespräch eingesetzt wird, z.B. dadurch, wie zahlreich paraphrasierte Antworten durch den Interviewer gegeben wurden.

Der methodische Nachteil dieses Untersuchungsdesigns läge darin, dass die Auswertung trotz möglicher Standardisierung von dem Beobachter und dessen subjektiven Eindruck geprägt sein könnte und dann möglicherweise Beurteilungsfehler, z.B. Halo-Effekte, aufträten (Bortz & Döring, 2006).

Ein Fragebogen ermöglicht hingegen eine Distanzierung des Untersuchungsleiters vom persönlichen Eindruck des Probanden (Fisseni 1990).

4.1 Helpful Responses Questionnaire

Miller, Hedrick und Orlofsky (1991) entwickelten den Helpful Responses Questionnaire (HRQ) zur Messung therapeutischer Empathie. Dieser sollte prüfen, inwiefern sich das Antwortverhalten eines Probanden hinsichtlich seines empathischen Verständnisses nach einem entsprechenden Training verändert hat. Die Probanden erhielten fiktive Klientenäußerungen, auf die sie schriftlich und frei formuliert antworten sollten. Die frei generierten Antworten wurden mit Punkten bewertet, wobei die

höchste Punktzahl vergeben wurde, wenn die Antwort die paraphrasierte Klientenäußerung war und deren emotionalen Gehalt erkennen ließ bzw. einen adäquaten Vergleich enthielt.

Das vorgeschlagene Verfahren im HRQ erwies sich jedoch als verhältnismäßig anspruchsvoll, sowohl auf Seiten des Testers im Bereich der Auswertung als auch für die Probanden, da diese eine gewisse Zeit zum selbstformulierten Antworten benötigten (Miller, Hedrick & Orlofsky, 1991).

Schulz-Ruhtenberg (2006) stellt in seiner Diplomarbeit fest, dass es bisher kein Instrument im deutschsprachigen Raum gibt, welches die Fähigkeiten empathischen Antwortens abbilden kann und zugleich auch möglichst effizient anwendbar ist. Er kommt zu dem Schluss, dass es sich bei Empathie in dessen operationalisierter Form um „[...] verbale, reflektierende Antwort auf eine Klientenäußerung“ (Schulz-Ruhtenberg, 2006, S. 29) handelt. Diese Definition entspricht dem Reflective Listening. Auf Grundlage dieser Erkenntnis nimmt er sich der Entwicklung eines geeigneten Fragebogens an.

4.2 Fragebogen: „Was würden Sie sagen?“

Mit dem Fragebogen von Schulz-Ruhtenberg (2006) ist es möglich, empathisches Antwortverhalten auf unkomplizierte Weise zu erheben. Das Multiple-Choice-Format gibt jeweils eine Schlüsselantwort, die dem Reflective Listening entspricht, sowie drei denkbare Alternativantworten (Distraktoren) wieder. In dem Fragebogen werden zehn verschiedene Klientenäußerungen vorgestellt, auf die jeweils vier Antworten inklusive Schlüsselantwort des Therapeuten in wörtlicher Rede - da einführendes Verstehen eine unmittelbare Antwort auf die Äußerung des Klienten ist - in randomisierter Form folgen. Bei den Äußerungen der Klienten wird ein breites Spektrum psychosozialer Arbeitsfelder gewählt. Dies entspricht zum einen der Tatsache, dass MI in vielen Bereichen medizinischer und psycho-sozialer Tätigkeit angewendet wird (Miller & Rollnick, 2004), und zum anderen eröffnet es die Möglich-

keit, die Transferleistungen von Mitarbeitern der ambulanten Suchthilfe auf andere Arbeitsbereiche bzw. einen Zusammenhang zwischen Situation und Antwortverhalten zu prüfen, so dass damit eine durchgehende MI-Haltung jenseits des eigenen Fachgebiets auswertbar gemacht wird. Weitere und ausführlichere Informationen zu dem Fragebogen finden sich in Kapitel 8.2.

5. Aktueller Forschungsstand

Da nach der Meta-Analyse von Burke et al. (2003) die Ergebnisse von Studie zu Studie stark divergieren, wird diskutiert, ob beispielsweise in dem von William R. Miller betreuten Zentren die besseren Studienergebnisse möglicherweise aufgrund professioneller Trainingsgelegenheiten und einhergehender fachgerechter Behandlung der Patienten erzielt wurden. Das kann die Vermutung nahe legen, dass MI nicht in allen Programmen in „Reinkultur“, zumindest jedoch in unterschiedlichen „Dosierungen“ vorkam. So bleibt es ebenfalls fraglich, ob und inwieweit in den untersuchten Studien MI immer dem Behandlungsansatz konform gelehrt bzw. angewandt wurde. Auch Hettema et al. (2005) halten fest, dass neuere Untersuchungen klären sollten, welche Prozesse zur Effektivität beitragen und welche Methoden geeignet sind, die Professionalität in MI weiter zu entwickeln.

Von diesen Befunden ausgehend stellt sich schließlich die Frage, wie Motivierende Gesprächsführung unterrichtet und wie MI-konsistentes Verhalten geschult werden sollte, damit sich der Behandlungsansatz *lege artis* in der Praxis auch wieder findet. Daher untersuchen andere Studien die Umsetzung des Behandlungsansatzes auf Seiten der Praktiker.

Die Akzentuierung der Forschung, die zuerst die Ergebnisse der Berater bzw. Therapeuten hinsichtlich ihrer MI-Kompetenz evaluiert, scheint im Grunde folgerichtig zu sein, denn erst wenn die Prinzipien von MI auch richtig angewandt werden, können auf Seiten der Klientel die Wirkmechanismen genauer überprüft werden und in der Folge auf die tatsächliche Anwendung von MI zurückgeführt werden. So geht es bei der Forschung zur Motivierenden Gesprächsführung häufig um die Effizienz von Trainingsmaßnahmen zum Erlernen professioneller Fähigkeiten des Behandlungsansatzes:

„The demand for professional training in MI is high, and such training is already widespread, yet relatively little is known about optimal methods for helping clinicians to acquire and maintain proficiency in this method” (Miller et al., 2004, p. 1050).

Das Forschungsinteresse an geeigneten Ausbildungsstrategien (Miller & Rollnick, 2004) scheint eine Besonderheit der Motivierenden Gesprächsführung zu sein und ist in anderen therapeutischen Qualifikationen nicht unbedingt üblich. Hier orientiert man sich meist an wenig aussagekräftigen Einschätzungen über den subjektiv empfundenen Trainingserfolg der Fortbildungsteilnehmer (Demmel, 2003). Ebenfalls geben viele Untersuchungen nur unzureichende Informationen über die unterrichteten Kommunikationsformen in Fortbildungsveranstaltungen (Cegala & Lenzmeier Broz, 2002).

In letzter Zeit wurden insbesondere zwei aufeinander aufbauende Studien von Miller und Mount (2001) sowie Miller et al. (2004) durchgeführt, die sich explizit mit der Frage des nachhaltigen Erlernens von MI auseinandersetzten.

5.1 A small Study of training in MI

In der ersten Studie von Miller und Mount (2001) wurde der Lernerfolg einer zweitägigen Fortbildung von insgesamt 15 Stunden in MI evaluiert. Die Fähigkeiten in MI wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten gemessen: a) vor dem MI-Training, b) unmittelbar nach dem Training und c) nach vier Monaten. An der Studie nahmen 22 Probanden teil, von denen nur 15 das unter c) genannte Follow up absolvierten. Als Erweiterung des Selbstbeurteilungsfragebogens und des HRQ dienten vor und nach dem Training Tonbandaufnahmen von eigenen Praxisbeispielen zur weiteren Überprüfung. Für die Evaluation unmittelbar nach dem Training wurden anstelle der Tonbandaufnahmen Videoaufzeichnungen mit einem so genannten standardisierten Patienten herangezogen.

In der Selbstbeurteilung berichteten die Probanden direkt nach dem Training nachweislich von einer großen Steigerung ihrer Fähigkeiten in MI, die sie in dem vier Monate späteren Follow up immer noch als hoch einstufte. Tatsächlich konnte in der beruflichen Praxis der Studienteilnehmer jedoch nur eine mäßige Verhaltensänderung - evaluiert mit Hilfe von Mitschnitten realer Beratungsgespräche - festgestellt werden. Indes war auf Seiten der Klienten kaum Veränderungen zu erkennen.

Die Selbstbeurteilung der Probanden war wesentlich optimistischer, als dies dem therapeutischen Handeln im MI-Sinne entsprach. Somit war es nicht möglich, über Selbsteinschätzung auf die erworbene Kompetenz in MI zu schließen. Die Beurteilung der eigenen Fähigkeiten konnte nicht verlässlich die direkte Überprüfung der praktischen Beratertätigkeit ersetzen.

Die Probanden zeigten zwar einen gewissen Anstieg an MI-konsistentem Verhalten, aber es schien für sie schwierig, alte Verhaltensmuster aufzugeben, bei denen das MI-inkonsistente Verhalten im Beratungskontext hervortrat. So sahen Miller und Mount (2001) aufgrund der Daten dieser Pilotstudie die Gefahr, dass einmalige Fortbildungen die Selbsteinschätzung der Berater überhöhen, ohne das praktische Verhalten soweit verändern und somit auch die Ergebnisse auf Klientenseite verbessern zu können; denn die für die Klienten vorgesehene Reaktion auf MI-Interventionen (z.B. Wechsel in den Change-Talk) blieben aus.

Trotz einiger Schwächen der Studie, wie z.B. der recht kleinen Stichprobe, geben die Ergebnisse schon einige wichtige Hinweise darauf, wie Trainingserfolge in MI nicht evident gemessen werden können und wie ein besserer Aufbau von Fortbildungsmaßnahmen aussehen könnte bzw. worauf die Akzente gelegt werden sollten.

5.2 A Randomized Trial of Methods to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing

Aufbauend auf die erste untersuchten Miller et al. (2004) in der zweiten Studie 140 Suchttherapeuten, um die Verbesserung ihrer Fähigkeiten in MI anhand unterschiedlicher Trainingskonzepte hinsichtlich ihrer Effektivität zu evaluieren.

„The question, then, is how to enhance training so that broader changes are produced, particularly reductions in MI-inconsistent therapist responses that tend to drive client resistance and thereby alter outcomes” (Miller et al., 2004, p. 1052).

Die 140 Suchttherapeuten wurden zufällig (randomisiert) auf fünf verschiedene Varianten eines MI-Trainings verteilt. Mit Hilfe von Tonbandaufnahmen wurden MI-kompatibles Verhalten und mögliche Trainingserfolge gemessen: vor dem Beginn der ersten Trainingseinheit (baseline), die für vier Gruppen (bis auf die Kontrollgruppe) ein obligatorischer Workshop war, direkt danach (posttraining) sowie nach vier, nach acht und nach zwölf Monaten.

In der ersten Variante (Workshop) wurde ein zweitägiger Workshop absolviert, wonach die Teilnehmer erst nach acht Monaten eine Rückmeldung auf ihre aufgezeichneten Übungseinheiten erhielten. Die zweite Gruppe (Workshop plus Feedback) bekam ebenfalls einen zweitägigen Workshop, aber darüber hinaus bekamen diese Teilnehmer eine persönliche Rückmeldung zu ihren Trainingsvideos. Nach acht Monaten gab es zudem sechs individuelle Coaching Einheiten. Bei der dritten Variante (Workshop plus Coaching) wurde nach dem Workshop über die folgenden vier Monate ein sechsmaliges telefonisches Coaching durch einen MI-Experten angeboten, jedoch nicht für die folgenden vier Monate bis zum Follow-up. Die vierte Gruppe erhielt die umfangreichste Unterstützung (Workshop plus Feedback und Coaching) zum Erlernen und zur Aufrechterhaltung der MI-Fähigkeiten: den Workshop, kontinuierliche Rückmeldungen und sechs individuelle Coaching-Einheiten.

In der fünften Variante (Eigenstudium) handelte es sich um die Kontrollgruppe. Dort wurden die Ausbildungsmaßnahmen - zumindest für die ersten vier Monate -

auf das Eigenstudium der Probanden beschränkt. Die Probanden der Kontrollgruppe erhielten lediglich das MI-Manual und Trainingvideos mit der Aufforderung, sich MI innerhalb von sechs Monaten eigenständig anzueignen. Schließlich begann die Kontrollgruppe jedoch nach vier Monaten mit dem Workshop und erhielt später auch die Rückmeldungen sowie das Coaching.

In der Auswertung und Zusammenfassung wurden die Autoren in vier Punkten von den Ergebnissen überrascht:

a) Sie hatten nicht erwartet, dass die Probanden der zweiten Studie nach nur einem Workshop eine so große, unmittelbare Professionalität in ihren MI-Fertigkeiten erreichen würden. Dies stand in einem deutlichen Gegensatz zu den Ergebnissen der im vorigen Abschnitt beschriebenen Pilotstudie. Die dortigen Teilnehmer zeigten zwar auch einen gewissen Anstieg ihrer MI-Fähigkeiten, aber nicht in einem solchen Maß.

Um dieses Phänomen zu erklären sahen Miller et al. verschiedene Ursachen, die in den unterschiedlichen Voraussetzungen der Studienteilnehmer lagen. Die Teilnehmergruppe der zweiten Studie nahm aus eigenem Antrieb und Interesse an dem Training teil, wohingegen die Teilnahme an der Ausbildung der Pilotstudie durch den für die Gruppe zuständigen Supervisor arrangiert wurde. Auch waren die Teilnehmer an der Hauptstudie von Anfang an besser in der Lage, MI-konsistente Antworten zu geben. In dem Training selbst wurde bei diesen Teilnehmern ebenfalls mehr Wert auf die Vermittlung des MI-Spirit gelegt.

b) Die zweite Überraschung war, dass die Gruppe, die nur den Workshop erhielt, sich nach vier Monaten nahe dem niedrigen Niveau der Kontrollgruppe befand, obwohl direkt nach dem Workshop deutliche Verbesserungen ihrer Fertigkeiten festgestellt wurden. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Erfolge eines einmaligen Workshops sehr kurzfristig sind und die Teilnehmer nicht besonders nachhaltig prägen.

c) Die Kontrollgruppe war nicht in der Lage, nach dem vier Monate später folgenden Training bei der Kontrolle das Niveau der anderen Gruppen zu erreichen. Dieses Resultat wird darauf zurückgeführt, dass mit einem verzögerten Trainingsbeginn nur geringere Trainingserfolge erzielt werden können.

d) Als letztes waren die Autoren darüber erstaunt, dass nicht - wie aufgrund der Pilotstudie zu erwarten war - die MI-konsistenten Antworten (z.B. Reflective Listening) zunahm, sondern MI-inkonsistentes Verhalten (z.B. konfrontatives Sprachverhalten) in größerem Umfang abnahm. Bei den MI-konsistenten Antworten, (z.B. in Form des Reflective Listening) kam es währenddem nur zu einem geringfügigen Anstieg. Dieses Ergebnis erklären die Autoren wiederum mit den zwei unterschiedlichen Teilnehmergruppen der Untersuchungen. Die Gruppe der Hauptstudie zeigte bereits im Vorfeld ein höheres Maß an MI-konsistentem Antwortverhalten. Somit konnten sie ihr Niveau nach dem Training leichter halten bzw. ein Abfallen vermeiden. Bei diesen Untersuchungsteilnehmern war zudem ein Anstieg im Verständnis des MI-Spirits auszumachen. Letztlich kommen Miller et al. (2004) zu dem Schluss, dass MI-konsistentes Verhalten zunahm, weil sich im Verhältnis dazu MI-inkonsistentes Verhalten reduzierte. Dies unterstreicht die These der Pilotstudie von Miller und Mount (2001): Motivierende Gesprächsführung kann am erfolgreichsten unterrichtet werden, wenn man darauf achtet, einen MI-inkompatiblen Beratungsstil zu reduzieren.

Der Trainingserfolg der Probanden der zweiten Studie schlug sich in positiver Weise auch bei den Klientenergebnissen nieder. Die Klienten wechselten beispielsweise häufiger in den Change-Talk und zeigten weniger Widerstand.

Was die Studie darüber hinaus zeigt, ist, dass von einer im Voraus motivierten Teilnehmergruppe - im Vergleich zur Pilotstudie - Motivierende Gesprächsführung innerhalb weniger Monate gelernt werden kann. Das Selbststudium indes scheint ungeeignet, sich in MI fortzubilden - möglicherweise auch deshalb, weil es hier keine Gelegenheit des Modelllernens gibt (vgl. Bandura, 1986).

Als weitere Implikation für Fortbildungen in Motivierender Gesprächsführung bleibt festzuhalten, dass Rückmeldungen oder Coaching nach einem Workshop helfen, die erlernten Fähigkeiten beizubehalten. Somit wäre ein beständiges Training zur Aufrechterhaltung der MI-Kompetenz sinnvoll und indiziert. Das Selbststudium bringt keinerlei Kompetenzzuwachs, und die Wirkung eines zweitägigen Workshops ist nach etwa vier Monaten verpufft. Aus diesem Grund sind gängige Fortbildungs-

konzepte aus Sicht der Autoren zum Erlernen von MI fragwürdig - zumindest dann, wenn es nur diese und keine weitergehende Unterstützung gibt.

6. Das Projekt „MOVE“

In Deutschland werden von verschiedenen Trägern, z.B. Instituten, Fachhochschulen und Landschaftsverbänden, Fortbildungen in MI angeboten. Exemplarisch für ein in NRW bekanntes Konzept soll hier das Projekt „Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen (MOVE)“ – auch aufgrund der großen Beteiligung der MOVE-Absolventen an der Befragung – vorgestellt werden.

Etwa die Hälfte aller beantworteten Fragebögen (n = 53) der hier vorgestellten Studie kam von Fortbildungsteilnehmern des Projekts MOVE. MOVE wurde im Jahr 2000 auf Initiative der Landeskoordinierungsstelle für Suchtprävention des Landes NRW „Ginko e.V.“ von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe konzipiert, welche sich aus Fachkräften für Suchtprävention, Jugendberatern, Mitarbeitern mit Felderfahrung (z.B. Streetworker), einer leitenden Mitarbeiterin des Jugendamtes, einer Mitarbeiterin des Ginko sowie einem Trainer für MI zusammensetzte. Das Projekt wurde über drei Jahre durch eine Gesundheitswissenschaftlerin begleitet und evaluiert.

Davon ausgehend, dass Drogen konsumierende Jugendliche sich normalerweise nicht von bestehenden Hilfsangeboten der Sucht- und Drogenhilfe angesprochen fühlen und ihre Ansprechpartner häufig in der Jugendhilfe tätig sind, wurde das Projekt MOVE ins Leben gerufen, um für diese Gruppe ein adäquates Angebot zu schaffen. Die Kontaktpersonen (Mitarbeiter der Jugendhilfe) sollten in die Lage versetzt werden, die bestehende Versorgungslücke - mit dem Ziel, den risikoreichen Konsum Jugendlicher zu reduzieren - schließen zu können.

MOVE möchte auf der Grundlage von MI und dem Stadienmodell von Prochaska und DiClemente (1982) bei Jugendlichen mit problematischem Suchtmittelkonsum Veränderungsbereitschaft fördern, welche sich jedoch nicht zwangsläufig mit einem Gebot zur Abstinenz verbindet.

Das Projekt wurde in einer Studie detailliert evaluiert (Marzinik & Fiedler, 2005). In der Pilotphase übernahmen in fünf Nordrhein-Westfälischen Städten die

Präventionsfachkräfte, die an der Projektentwicklung beteiligt waren, die Schulung der Kontaktpersonen (n = 52). In der Implementationssphase schulten die sogenannten Multiplikatorentandems (eine Prophylaxefachkraft/ein Mitarbeiter aus der Jugendhilfe) weitere 100 Kontaktpersonen.

Der Aufbau des Projekts sowie die Ergebnisse der Studie sollen dargestellt und diskutiert werden.

6.1 Grundlagen und methodische Vermittlung

Die wesentliche theoretische Grundlage des MOVE Projekts war und ist MI, wobei das Stadienmodell von Prochaska und DiClemente (1982) einen gleichberechtigten konzeptionellen Hintergrund liefert. MOVE verknüpft beide Ansätze so, dass in den verschiedenen Stadien der Veränderung entsprechende MI Interventionen angewandt werden sollen.

Eine Besonderheit von MOVE ist die Anwendung Motivierender Gesprächsführung für die Gruppe der Jugendlichen, da MI bisher vorwiegend in der Arbeit mit erwachsenen Menschen erprobt wurde:

„Es liegen bisher keine Studien vor, die das Konzept der Motivierenden Kurzintervention auf unstrukturierte Situationen in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe übertragen“ (Marzinzik & Fiedler, 2005, S. 42).

Das Fortbildungsmanual sieht einen Zeitraum von drei Tagen im Block oder bis zu sechs halben Tagen vor und setzt sich aus 12 Bausteinen à 90 Minuten zusammen, wobei zu zwei Dritteln - neben z.B. rechtlichem Hintergrundwissen - der inhaltliche Schwerpunkt auf MI liegt. Für die Vermittlung der MI – Bausteine stehen die vier Behandlungsprinzipien im Vordergrund.

In der Pilotphase wurde ein besonderer Wert auf die Vermittlung einer empathischen Grundhaltung gelegt. Die Teilnehmer sollten diese Haltung verinnerlichen und einfühlendes Verstehen das gesamte Projekt durchdringen.

Der Baustein „Empathie und aktives Zuhören“ wurde so gestaltet, dass die Kursteilnehmer ihre Kompetenzen im aktiven Zuhören (Reflective Listening) kritisch hinterfragten. Sie sollten es durch intensives Training neu lernen bzw. erweitern, was zum Großteil über praktisches Üben geschah. Dies sollte umso mehr Beachtung finden, als dass die Autoren der Studie auch auf das Phänomen stießen, dass eben dieser Ansatz von den Teilnehmern als nichts Neues bewertet und als bereits verstanden „abgetan“ wurde (vgl. Demmel, 2003).

Um einen möglichst großen Adressatenkreis erreichen zu können, sieht MOVE eine Train-the-Trainer-Ausbildung vor. Es wurden Tandems, bestehend aus einer Prophylaxefachkraft mit Hintergründen in Seminarleitung und Suchtprävention sowie einem Jugendarbeiter mit dem Erfahrungshorizont praktischer Jugendarbeit geschult, was die Verzahnung von Jugendhilfe und Suchtprävention gewährleisten sollte. Die Tandems schulten dann desgleichen Kontaktpersonen von Jugendlichen vor Ort und so fand MOVE schnell eine große Verbreitung in NRW. Seit 2002 wurden mittlerweile 140 Trainer in neun Fortbildungsseminaren geschult, die bisher ca. 2000 Mitarbeiter der Jugendhilfe in MOVE fortgebildet haben [<http://www.ginko-ev.de/FstMH/rubrik.aspx?M=1&Page=144>].

Zur Unterstützung der Trainer bietet Ginko e.V. u. a. Rundbriefe und jährliche Reflexionstage zur Besprechung von möglichen Schwierigkeiten und Fragen an, um die Trainer kontinuierlich zu begleiten und gegebenenfalls das Manual zu modifizieren.

6.2 Projekt-Evaluation

Die Evaluation in den ersten drei Jahren ab Projektbeginn ging der Frage nach, ob mit MOVE ein passendes Interventionsinstrument für die Jugendhilfe gefunden wurde, welches auch den Erfordernissen der Zielgruppe - den riskant konsumierenden Jugendlichen - entspricht. Die Ergebnisse der Studie beziehen sich auf die Zielgruppe der Jungen und Mädchen, die Kontaktpersonen und auf die MOVE-Trainerteams.

Mit der Gruppe der Jugendlichen (n = 42) wurden qualitative Interviews geführt, deren Ergebnisse für die Fragestellung vernachlässigt werden können, da sie keine Aussagen über die Ergebnisse bezogen auf MI zulassen. Den Jugendlichen wurde Motivierende Gesprächsführung neben anderen Interventionen zur Bewertung vorgestellt. Motivierende Gesprächsführung schien den Ideen der Jugendlichen von hilfreicher Beratung sehr nahe zu kommen, da deren Prinzipien mit dem jugendlichen Bedürfnis nach Respekt und Partizipation zum Großteil übereinstimmen. Hier ging es demzufolge um den passenden Zuschnitt von MOVE und eine genaue Beschreibung der Zielgruppe der Jugendlichen.

Die Kursteilnehmer aus verschiedenen Bereichen der Jugendhilfe, die Kontaktpersonen (n = 152), wurden schriftlich vor, während und nach den Seminaren befragt, wobei zum einen die neu gelernten Interventionen der Fortbildung und zum anderen die Vermittlung des Curriculums selbst erhoben werden sollte. Bei den Bewertungen der Zweckdienlichkeit des Arbeitens mit MOVE wurde als besonders wichtig der empathische Gesprächsstil, in dem die Selbsterkenntnis des Jugendlichen im Vordergrund stand, bewertet. Der Großteil der Kursteilnehmer (83%) ging davon aus, „...dass die Beratungskompetenz generell durch die Fortbildung gesteigert wurde“ (Marzinzik & Fiedler, 2005, S. 118). Sowohl das MOVE-Konzept als auch der Nutzen für die eigene Praxis wurden direkt nach der Fortbildung von den Teilnehmern sehr positiv bewertet. Dieses Urteil hatte auch noch weitestgehend in der acht Wochen späteren Befragung Bestand. Die Dokumentation der praktischen Arbeit der Kontaktpersonen erhob die Beratungsgespräche nach Gesprächsanlässen, deren Inhalten als auch den weiteren vereinbarten Schritten für die Jugendlichen. Leider ging hieraus nicht hervor, *wie* die Gespräche mit den Jugendlichen geführt wurden. Hier fehlen Hinweise, ob beispielsweise die Kontaktpersonen aktiv zuhörten, Widerstand umlenkten und die Jugendlichen infolgedessen ihr Antwortverhalten änderten.

Die MOVE-Trainer bewerteten die Kooperation in den Tandems als durchweg gelungen. Ebenfalls erhielt das Manual aufgrund seines methodischen Aufbaus sehr gute Noten. Allerdings schien eine gewisse Routine für die Durchführung notwendig. Ein Manko aus Sicht der Trainer war, dass MOVE an die konzeptionellen Grenzen

der Institutionen der Kontaktpersonen stoßen konnte und eine dauerhafte Begleitung z.B. durch Supervision nicht immer gewährleistet war. Insgesamt ließ sich eine hohe Akzeptanz des Fortbildungsansatzes auf Seiten der Trainer feststellen.

6.3 Kritische Bewertung

Trotz der Feststellung einer guten Übertragbarkeit des MI-Ansatzes in die Praxis der Jugendarbeit (externe Validität), geht aus der Studie nicht deutlich hervor, wie dessen Prinzipien von den Kursteilnehmern in die Praxis umgesetzt werden.

„Offen bleibt die Frage der internen Validität, die aber wahrscheinlich im differenzierten und komplexen Handlungsfeld der Jugendhilfe durch ihren Alltagsbezug noch weniger leistbar ist als in den zahlreichen bereits durchgeführten Studien zur Motivierenden Kurzintervention“ (Marzinzik & Fiedler, 2005, S. 139).

Zudem bleibt unklar, ob die MOVE-Trainer-Tandems die Basisprinzipien ihres Ansatzes soweit verinnerlicht haben, dass diese auch begründet in den Kursen vermittelt werden, zumal es insbesondere bei Prophylaxefachkräften, die nicht beratend bzw. therapeutisch tätig und vorwiegend mit Aufgaben der Suchtvorbeugung, welche eher mit koordinierenden Aufgaben einhergeht, betraut sind, vermutlich selten Klientenkontakte „zum Üben“ gibt [vgl. Aufgabenschwerpunkte Fachstellen für Sucht- und Drogenprophylaxe in http://www.ginko-ev.de/drogenpolitik/politik_nrw1.aspx#Punkt4]. Miller und Rollnick (2004) sehen gerade die Arbeit mit den Klienten als wesentliches Lernfeld, da die Antwort des Klienten eine unmittelbare Rückmeldung über die Fertigkeit des Beraters z.B. in Reflective Listening ist.

MOVE hat eine hohe Akzeptanz und wird allgemein positiv durch die evaluierten Gruppen bewertet. Die in der Evaluation gemessenen Variablen bewegen sich auf der Ebene allgemeiner Bewertung im Sinne der Qualitätssicherung zur Verbesserung des Manuals und Implementierung in der beruflichen Praxis. Die steht im Focus der wissenschaftlichen Begleitung.

Es fehlen in der MOVE-Studie jedoch Hinweise bezüglich der Befähigung zum MI – konsistenten Verhalten der Teilnehmer und des Transfers dieser Kompetenzen in die Praxis. Ebenfalls ist in dem Trainersupport keine Möglichkeit des nachhaltigen Übens vorgesehen, was jedoch wünschenswert wäre, da die Behandlungsprinzipien von MI durch verzögertes Training über einen längeren Zeitraum am effektivsten gelernt werden können (Miller & Rollnick, 2004). Durch den Verzicht auf diese Option wird eine Chance vertan.

Trotz der Einstufung des klientenzentrierten Gesprächsstils als zum Teil bereits bekanntes und vermeintlich erprobtes Instrumentarium, scheint gerade dieser für die praktische Arbeit aus Sicht der Kontaktpersonen besonders hilfreich zu sein. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass MI, nachdem die „humanistischen Wurzeln“ von Beratungsarbeit, unter Umständen in Deutschland in Vergessenheit geraten waren und nur noch wenig praktische Bedeutung hatten, genau diese Fundamente in Form von Empathie wieder stärker fokussiert und sie in der Beratungsarbeit eine Art Comeback erleben (Rollnick, 1998). Ob die Inhalte dieser möglichen Wiederbelebung auch von den Teilnehmern des MOVE-Projekts angewandt werden können, z.B. in Form eines einführenden Gesprächsstils, ist eine Kernfrage der vorliegenden Arbeit.

7. Forschungshintergrund: MI in der ambulanten Suchthilfe NRW

Träger von Fortbildungsangeboten für die Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen empfahlen in den vergangenen Jahren regelmäßig wiederkehrend MI, wie z.B. der LWL mit dem mehrtägigen Workshop „Die Motivierende Gesprächsführung“. Die Beliebtheit dieser Fortbildung war recht groß. So waren beispielsweise laut Auskunft des LWL alle seit 2001 angebotenen Fortbildungen ausgebucht und in 2006 sogar so stark nachgefragt, dass eine zusätzliche Veranstaltung ausgeschrieben wurde. Im Rahmen von Fortbildungen wird Motivierende Gesprächsführung entweder als einzelnes Modul, z.B. beim LWL, oder als auf den Prinzipien von MI basierendes Projekt, wie z.B. MOVE, angeboten.

In dem Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist die Motivierende Gesprächsführung mittlerweile ein gleichberechtigter Baustein neben z.B. Informationen zu Alkohol- oder Tabakabhängigkeit [<http://www.aekwl.de/index.php?id=106>].

7.1. Forschungsfeld

In der vorliegenden Studie werden ambulante Beratungsdienste der Sucht- und Drogenhilfe befragt. Damit die Arbeit übersichtlich bleibt und annähernd ähnliche Voraussetzungen gegeben sind, ist die Beschränkung auf ein eingegrenztes Untersuchungsgebiet wichtig.

Das Erscheinungsbild der Suchthilfe ist aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik recht heterogen, hängt es doch von unterschiedlichen strukturellen und politischen Bedingungen ab, die in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sein können (Jungblut, 2004).

„Für die konkrete Umsetzung der Drogen- und Suchtpolitik – insbesondere auch ihrer Finanzierung – liegt die überwiegende Verantwortung bei den Ländern

und den Kommunen, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und gemeinsamer Ziele durchaus unterschiedliche Schwerpunkte setzen können“ (Simon, David-Spickermann & Bartsch, 2006, S. 1).

So gibt es von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Modellprojekte (Vgl. Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2007). Um innerhalb der Studie eine gewisse Einheitlichkeit zu gewährleisten, beschränkt sich die Untersuchung auf das Land Nordrhein-Westfalen (NRW).

Das Augenmerk liegt überdies auf der ambulanten Suchthilfe, da man z.B. gegenüber der stationären Suchthilfe auf andere Voraussetzungen trifft, die die Vergleichbarkeit und Ausrichtung der Fragestellung verändern könnten.³

Wie groß schließlich das Untersuchungsgebiet ist, bleibt unklar. In NRW gibt es keine verlässlichen Zahlen über die Anzahl der ambulanten Beratungsdienste. Nach einer Auszählung des DAJEB Beratungsführers (Dorenberg, Gamp & Moeser-Jantke, 2006) geben insgesamt 411 Beratungsdienste in NRW an, sie würden in ihrem Aufgabengebiet die Suchthilfe mit einbeziehen. Davon sind ca. 200 als Beratungsstellen, Fachambulanz oder Kontaktläden gekennzeichnet. Bei den übrigen Anlaufstellen stellt Sucht vermutlich nicht den eigentlichen Arbeitsschwerpunkt dar, wie z.B. bei Frauenberatungsstellen oder Sozialpsychiatrischen Diensten. Die Zahl von ca. 200 deckt sich verhältnismäßig gut mit den Angaben des Vorsitzenden des Sprechers des Arbeitsausschusses Drogen und Sucht der freien Wohlfahrtspflege NRW, Herr Seiler. Dieser spricht von 195 ambulanten Stellen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. Frau Meisner vom Nordrhein-Westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes gibt 155 vom Land grundgeförderte Stellen an, wo dann auch Beratungsstellen in öffentlicher Hand (z.B. Hagen und

³ In der ambulanten Versorgung werden häufig die Weichen für die weitere Vorgehensweise gestellt, z.B. in Form weiterführender Angebote oder der Vorbereitung einer stationären Maßnahme. Motivierende Gesprächsführung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Termine zur Klärung wahrgenommen werden. Wenn es schließlich um die Weitervermittlung in andere Einrichtungen geht, kann MI allgemein die Behandlungsbereitschaft erhöhen, auch wenn in der anschließenden Einrichtung kein MI mehr angewendet wird (Miller & Rollnick, 2004).

Münster) einbezogen sind.⁴ Weder das Ministerium noch die freie Wohlfahrtspflege können Auskunft über die Zahl der Mitarbeiter in der ambulanten Suchthilfe NRW geben. Dies wurde unter anderem damit begründet, dass die Struktur der Nordrhein-Westfälischen Suchthilfe sich momentan durch die Kommunalisierung der Fördermittel im Umbruch befindet. Nichtsdestotrotz sind die Informationen zur Datenlage landes- wie auch bundesweit außergewöhnlich unbefriedigend, denn auch die seit dem Jahr 2000 eingeführte Suchthilfestatistik erfasst längst nicht alle Beratungsstellen und kommt im Vergleich mit anderen Erhebungen zu unterschiedlichen Ergebnissen, die häufig auf Schätzungen beruhen (Schmid, 2003 und Jungblut, 2004).

Das Jahrbuch Sucht 2007 spricht davon, im Jahr 2005 749 ambulante Beratungsstellen und damit 72% aller Beratungsstellen erfasst zu haben. Demnach müsste es bundesweit etwas über 1000 ambulante Anlaufstellen geben. Des Weiterem gibt das Jahrbuch unter dem Stichpunkt „Personelle Besetzung ambulanter Einrichtungen“ eine Stellenzahl von 5,8 pro ambulanten Dienst für 2005 an, wobei Teilzeitkräfte auf Vollzeitstellen umgerechnet wurden (Sonntag, Hellwich & Bauer, 2007). Eine überzeugende Datenerhebung im Bereich der Suchthilfe stellt dessen ungeachtet ein Forschungsdesiderat dar.

Fasst man das Datenmaterial zusammen und nimmt für Nordrhein-Westfalen 200 Beratungsstellen mit durchschnittlich 5,8 Mitarbeitern - vorwiegend Sozialarbeiter und Sozialpädagogen - an, so käme man auf 1160 Vollzeitstellen. In der vorliegenden Arbeit kann aus den genannten Gründen leider die genaue Größe der Bezugsgruppe nicht angegeben werden, jedoch erreichte die Studie - unter großem Vorbehalt - bei einem Rücklauf von $n = 111$ Fragebögen näherungsweise 10% der Mitarbeiter. Unter dem Strich bleibt unklar, wie groß der Anteil der Mitarbeiter war, die eine Antwort gaben.

⁴ Diese Informationen gehen auf Telefonate zurück, die im Juni 2007 mit Frau Meisner und Herrn Seiler geführt worden sind. Beide erklärten sich damit einverstanden, dass diese Zahlen für die vorliegende Arbeit genutzt und dokumentiert werden dürfen.

Um weitere Informationen über das untersuchte Feld zu geben, sollen für das Land Nordrhein-Westfalen zwei Projekte hervorgehoben werden, die sich um eine Ausbildung in MI bemühen.

An dem oben beschriebenen Projekt MOVE nahmen seit dessen Implementierung (vgl. Kap. 6) in NRW mittlerweile ca. 2000 Mitarbeiter der Jugendhilfe teil, die von 140 Trainern (Prophylaxefachkräften und Mitarbeitern der Jugendhilfe) fortgebildet wurden. Für den schulischen Bereich wird MOVE seit Mitte 2005 angeboten. Dort wurden 200 Lehrer und Schulsozialarbeiter fortgebildet [<http://www.ginko-ev.de/FstMH/rubrik.aspx?M=1&Page=144>].

Die MI-Fortbildung des LWL wurde nach Auskunft von Frau Harbecke⁵ von der Koordinationsstelle Sucht in Münster seit 2001 bis September 2006 mit acht Veranstaltungen angeboten. So nahmen bis jetzt insgesamt ca. 120 Mitarbeiter der Sucht- und Drogenhilfe teil. Leider gibt es in der Datenerfassung erst seit diesem Jahr eine Differenzierung nach den Arbeitsfeldern „stationär“ und „ambulant“. Das bisher letzte dreitägige Seminar fand Anfang des Jahres statt [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/01_2007_Motiv-Gespraechsf.pdf].

⁵ Die Information wurde von Frau Harbecke nach einer internen Auszählung beim LWL per E-Mail zugesandt (siehe Anhang). Auch hier liegt das Einverständnis vor, im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Daten zu nennen.

7.2 Fragestellung

Wenn die Behauptung aufgestellt wird, MI sei populär und als Fortbildungsangebot beliebt, dann könnte man daraus schließen, dass diese Form der Gesprächsführung in der Nordrhein-Westfälischen Sucht- und Drogenhilfe mittlerweile recht weit verbreitet sein müsste. Doch wie weit sie letztlich in das Repertoire der ambulanten Beratungsarbeit eingegangen ist und wie sie ihre Anwendung findet, bleibt weitgehend unklar. Es gibt bisher keine vergleichbare Untersuchung, die dieser Fragestellung in Deutschland nachgegangen wäre. „Die interne Validität – Was machen die Therapeuten mit ihren Patienten? Ist das wirklich MI? – wird selten überprüft“ (Demmel, 2003, S. 177-178).

Um diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen, lautet die Fragestellung daher: Wie kann gemessen werden, wie weit verbreitet und wie vertieft das Wissen über MI ist, um Schlüsse über die Umsetzung des Behandlungsansatzes in der Praxis ziehen zu können? Welche Methodik ist brauchbar, effektiv und bringt die gewünschten Ergebnisse hinsichtlich der zu überprüfenden Fragestellung?

Die Umsetzung von MI in der praktischen Arbeit lässt sich an bestimmten Erwartungen messen, deren Grad der Erfüllung, z.B. durch das Identifizieren von Reflective Listening als Schlüsselantworten, dann zu näher betrachten ist. Somit stellt der von Schulz-Ruhtenberg entwickelte Fragebogen ein geeignetes Untersuchungsinstrument dar.

Eine erste Annahme lautet: Wenn MI bekannt ist, müsste sich dies auch in der der Anwendung widerspiegeln. Folgender „Je-desto-Satz“ (Bortz & Döring, 2006) ließe sich daraus formulieren: Je größer der Bekanntheitsgrad, desto größer die Fähigkeiten in der Anwendung von MI. Voraussetzung hierfür ist - was nicht selten geschieht - das Kennen mit Können gleichgesetzt wird (vgl. Marzinzik & Fiedler, 2005; Demmel, 2003).

Von den Studienergebnissen wird erwartet, dass die erste Annahme widerlegt wird: Ein notwendiges Merkmal von MI in Form von Reflective Listening wird in

einem Test nicht in der Häufigkeit identifiziert, wie es der Bekanntheitsgrad des Behandlungsansatzes vermuten ließe.

Die zweite Annahme stellt eine interessante Erweiterung der Untersuchung dar und bezieht sich auf die Frage, inwieweit die Testpersonen ihre eigenen Fähigkeiten bezüglich der Umsetzung von MI einschätzen. So soll zudem überprüft werden, ob die Selbsteinschätzung der eigenen Fertigkeiten mit der tatsächlichen Fähigkeit der Befragten nach Auswertung des Fragebogens übereinstimmt. Dies geht, wie beschrieben, mit der Vermutung einher, dass die Probanden sich häufig nach einer Fortbildung wesentlich besser einschätzen, als dies die Testergebnisse wiedergeben (Miller & Mount, 2001). Diese Fragestellung berührt demnach das Selbstkonzept der Probandengruppe, da es die subjektive Sichtweise der Befragten über ihre eigenen Fähigkeiten betrifft (Mummendey, 1987). Somit käme implizit in der Gruppe der Untersuchten, die sich überschätzen, der Plan zum Ausdruck, trotz geringer Kenntnisse als kompetente Fachleute erscheinen zu wollen. Möglicherweise kommt erschwerend hinzu, dass aktuelle Fortbildungskonzepte einen Trainingserfolg suggerieren, der der Realität ob fehlender Verifikation nicht standhalten kann (Miller & Mount, 2001).

Zusammenfassend ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Wie bekannt ist MI in der ambulanten Suchthilfe NRW?
2. Wie schätzen sich die Probanden hinsichtlich ihrer Fähigkeiten ein und welchen Einfluss hat dabei der Fortbildungshintergrund?
3. Können die Probanden ein definierendes Merkmal des MI (Reflective Listening) identifizieren? Gibt es Abweichungen zwischen Suchthilfe und anderen Stichproben?

8. Methode

Im folgenden Abschnitt werden die Teilnehmer, das Instrument sowie das Vorgehen der Untersuchung vorgestellt.

8.1 Teilnehmer

An der Untersuchung nahmen insgesamt 111 Testpersonen teil. Die Untersuchungsteilnehmer wurden über die Mailinglisten der MOVE-Trainer, der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, des ginko und zusätzlich des Masterstudiengangs Suchthilfe der Kath. Fachhochschule NW, Abteilung Köln per E-Mail angeschrieben. Die Befragung startete im Februar 2007 und endete im Mai 2007.

Die Untersuchungsteilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass es sich bei der Befragung um ein Forschungsprojekt im Rahmen einer Abschlussarbeit handelte und die Datenerhebung nur diesem Zweck diene.

Aufgrund unvollständiger Angaben mussten acht Fragebögen aussortiert werden. Somit umfasste die zur Analyse bereitgehaltene Stichprobe 103 von insgesamt 111 Fragebögen.

In Tabelle 1 werden die ersten soziodemographischen Merkmale der Untersuchungsteilnehmer dargestellt.

Tabelle 1

Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsteilnehmer(N = 103)

<u>Alter</u>	
<i>M (SD)</i>	41.08 (8.81)
<i>Median</i>	39.00
<i>Minimum</i>	25
<i>Maximum</i>	59
<u>Geschlecht</u>	
<i>Weiblich</i>	<i>n</i> = 59 (57,3%)
<i>Männlich</i>	<i>n</i> = 44 (42,7%)
<u>Familienstand</u>	
<i>Ledig</i>	<i>n</i> = 41 (39,8%)
<i>Eingetragene Lebenspartnerschaft</i>	<i>n</i> = 4 (3,9%)
<i>Verheiratet, zusammenlebend</i>	<i>n</i> = 41 (39,8%)
<i>Verheiratet, getrennt lebend</i>	<i>n</i> = 4 (3,9%)
<i>Geschieden</i>	<i>n</i> = 12 (11,7%)
<i>(Missing)</i>	<i>(n</i> = 1 (1%))
<u>Schulbildung</u>	
<i>Kein Abschluss</i>	-
<i>Haupt-/Volksschulabschluss</i>	-
<i>Mittlere Reife</i>	<i>n</i> = 3 (2,9%)
<i>Abschluss d. allgem. polytechn. Oberschule</i>	<i>n</i> = 2 (1,9%)
<i>(Fach-)Hochschulreife</i>	<i>n</i> = 95 (97,1%)
<i>(Missing)</i>	<i>(n</i> = 3 (3,9%))
<u>Hochschulabschluss</u>	
<i>Kein Hochschulabschluss</i>	-
<i>Diplom Pädagogik</i>	<i>n</i> = 7 (6,8%)
<i>Diplom Psychologie</i>	<i>n</i> = 4 (3,9%)
<i>Diplom Sozialarbeit/Sozialpädagogik</i>	<i>n</i> = 74 (71,8%)
<i>Diplom Theologie</i>	<i>n</i> = 1 (1,0%)
<i>Staatsexamen Medizin</i>	<i>n</i> = 1 (1,0%)
<i>Anderer Hochschulabschluss</i>	<i>n</i> = 10 (9,7%)
<i>(Missing)</i>	<i>(n</i> = 4 (3,9%))

Der häufigste Hochschulabschluss innerhalb der Stichprobe ist der des Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiters (n = 74). Dies stimmt mit anderen Erhebungen überein, in denen diese Gruppe in der ambulanten Suchthilfe am stärksten vertreten ist (vgl. Sonntag, Hellwich, Bauer, 2007).

Tabelle 2

Beruflicher Hintergrund der Untersuchungsteilnehmer (N = 103)

Trägerschaft

<i>öffentlich-rechtlicher Träger</i>	<i>n = 33 (32,0%)</i>
<i>freie Wohlfahrtspflege</i>	<i>n = 65 (63,1%)</i>
<i>privatwirtschaftlicher Träger</i>	<i>n = 3 (2,9%)</i>
<i>sonstiger Träger</i>	<i>n = 2 (1,9%)</i>

Schwerpunkt der Beratungsstellen

<i>Tabak</i>	<i>n = 6 (5,8)</i>
<i>Alkohol</i>	<i>n = 31 (30,1%)</i>
<i>illegale Drogen</i>	<i>n = 46 (44,7%)</i>
<i>Glücksspiel</i>	<i>n = 1 (1,0%)</i>
<i>sonstige Stoffe o. Verhaltensweisen</i>	<i>n = 4 (3,9%)</i>
<i>Kombinationen (z.B. Alkohol + illegale Drogen)</i>	<i>n = 14 (13,5%)</i>
<i>(Missing)</i>	<i>n = 1 (1%)</i>

Arbeitsschwerpunkt (Mehrfachantworten)

<i>Beratung</i>	<i>n = 74 (71,8%)</i>
<i>Prävention</i>	<i>n = 49 (47,6%)</i>
<i>Therapie</i>	<i>n = 22 (21,4%)</i>
<i>niedrigschwellige Arbeit</i>	<i>n = 19 (18,4%)</i>
<i>aufsuchende Arbeit</i>	<i>n = 13 (12,6%)</i>
<i>andere Tätigkeit</i>	<i>n = 16 (15,5%)</i>

Berufstätigkeit im psychosozialen Bereich
(gültige Angaben: n = 83, Missing: n= 20)

<i>M (SD)</i>	<i>12.49 (7,35)</i>
<i>Median</i>	<i>11.00</i>
<i>Minimum</i>	<i>1</i>
<i>Maximum</i>	<i>30</i>

Etwa ein Drittel (32,0%) der Stichprobe gibt an, bei öffentlich-rechtlichen Trägern zu arbeiten. Das scheinen überproportional viele Mitarbeiter zu sein. In der ambulanten Suchthilfe in NRW sind - wie beschrieben - weit mehr als zwei Drittel der Beratungsstellen (n = 195) in Trägerschaft der Caritas, Diakonie, AWO, etc.

Für einen Teil der Probanden ist es schwierig, einen Beratungsstellenschwerpunkt festzulegen. 14% geben zwei und mehr Zuständigkeiten (z.B. Alkohol und illegale Drogen) an. Dies entspricht einem Phänomen der ambulanten Versorgung besonders in ländlichen Regionen, wo keine klar ausdifferenzierten Angebote hinsichtlich der Klienten vorgehalten und verschiedene Bereiche gleichberechtigt abgedeckt werden (vgl. Verzeichnis der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe M1, 2002).

Bei dem Item des Arbeitsschwerpunktes (Mehrfachantworten) geben die Probanden mit 71,8% *Beratung* und 47,6% Prozent *Prävention* an. 21,4% wirken im Bereich der *Therapie*. 18% arbeiten ausschließlich im Bereich der *Beratung* und 18% exklusiv in der *Prävention*. Dass etwa die Hälfte der Probanden auch in der Suchtvorbeugung arbeitet, ist durch den hohen Anteil MOVE-Trainer erklärbar, die - wenn sie in der ambulanten Suchthilfe tätig sind - hauptsächlich aus diesem Arbeitsfeld stammen und Prophylaxefachkräfte sind (Marzinzik & Fiedler, 2004).

Im Mittel sind die Teilnehmer der untersuchten Stichprobe 12,49 Jahre im psychosozialen Bereich tätig.

Tabelle 3

Therapeutische Zusatzqualifikation der Untersuchungsteilnehmer (N=103)

<u>Psycho- oder suchtherapeutische Ausbildung, begonnen/abgeschl. (Mehrfachantworten)</u>	
<i>Nein</i>	<i>n = 47 (45,6%)</i>
<i>Ja</i>	<i>n = 53 (51,5%)</i>
<i>(Missing)</i>	<i>(n = 3 (2,9%))</i>
<i>Gesprächpsychotherapie</i>	<i>n = 5 (4,9%)</i>
<i>Gestalttherapie</i>	<i>n = 5 (4,9%)</i>
<i>Hypnotherapie</i>	<i>n = 1 (1,0%)</i>
<i>Lösungsorient. Kurzzeittherapie</i>	<i>n = 3 (2,9%)</i>
<i>neurolinguistisches Programmieren</i>	<i>n = 2 (2,9%)</i>
<i>Psychoanalyse</i>	<i>n = 1 (1,0%)</i>
<i>Psychodrama</i>	<i>n = 6 (5,8%)</i>
<i>Systemische Therapie</i>	<i>n = 7 (6,8%)</i>
<i>Verhaltenstherapie</i>	<i>n = 24 (21,4%)</i>
<i>Integrative Therapie</i>	<i>n = 6 (5,8%)</i>
<i>Sonstige</i>	<i>n = 8 (7,8%))</i>

Die Studienteilnehmer weisen neben ihren ursprünglichen Abschlüssen weitere Qualifikationen auf. 51,5% der Probanden haben entweder eine psycho- bzw. suchtherapeutische Ausbildung begonnen oder bereits abgeschlossen. Von der psychotherapeutischen Orientierung der Ausbildung nennt etwa die Hälfte ($n = 24$) die Verhaltenstherapie. Vermutlich finden sich hierunter zum Großteil Studierende und Absolventen des Masterstudiengangs Suchthilfe der Katholischen Fachhochschule NW, Abt. Köln (KFH NW).

Tabelle 4

Kenntnisse in MI und Weiterbildungen bei den Untersuchungsteilnehmern (N=103)

<u>Kenntnisse in MI</u>	
<i>Nein</i>	<i>n = 5 (4,9%)</i>
<i>Ja</i>	<i>n = 98 (95,1%)</i>
<u>Informationsquellen (Mehrfachantworten möglich: Lesen, Vortrag, Fort- und Weiterbildung, im Rahmen d. Studiums oder Ausbildung) Nennung von Kombinationen</u>	
<i>keine Kombination</i>	<i>n = 4 (3,9%)</i>
<i>eine Kombination</i>	<i>n = 58 (56,3%)</i>
<i>zwei Kombinationen</i>	<i>n = 25 (24,3%)</i>
<i>drei Kombinationen</i>	<i>n = 7 (6,8%)</i>
<i>vier Kombinationen</i>	<i>n = 7 (6,8%)</i>
<i>fünf Kombinationen</i>	<i>n = 1 (1,0%)</i>
<i>(Missing)</i>	<i>(n = 1 (1,0%))</i>
<u>Fort- und Weiterbildung (Mehrfachantworten)</u>	
<i>Nein</i>	<i>n = 25 (24,3%)</i>
<i>Ja</i>	<i>n = 78 (75,7%)</i>
<i>MOVE</i>	<i>n = 53 (51,5%)</i>
<i>LWL</i>	<i>n = 7 (6,8%)</i>
<i>Masterstudiengang KFH NW</i>	<i>n = 21 (20,4%)</i>
<i>Ärztammer</i>	<i>n = 1 (1,0%)</i>
<i>Sonstige</i>	<i>n = 16 (15,5%)</i>

MI ist in der Stichprobe sehr gut bekannt. Lediglich fünf Probanden geben an, dass sie über keine MI-Kenntnisse verfügen. An einer Fort- und Weiterbildung hat die Mehrzahl der Probanden (n =78) teilgenommen, wovon MOVE (N=53) die häufigste Option darstellt.

Über ein Drittel der Probanden (39,8%) beziehen ihr Fachwissen in Motivierender Gesprächsführung gleichzeitig aus mehreren Quellen und geben mindestens zwei

und mehr Bezugsorte (Lesen, Vorträge) als Informationshintergrund in Bezug auf MI an.

8.2 Fragebogen

MI wird nicht als Ansammlung spezifischer Techniken gesehen, sondern als ein einzuübender Beratungsstil, der sorgfältiges Training verlangt (Miller und Rollnick, 2004). Somit dürfte der Transfer auf andere Gebiete jenseits der Suchthilfe, so wie im Fragebogen von Schulz-Ruhtenberg (2006) vorgesehen, für die Probanden mit einem verinnerlichten MI-Stil keine zusätzliche Schwierigkeit darstellen. Lediglich drei von zehn Fragen beziehen sich explizit auf den Bereich Sucht.

In Schulz-Ruhtenbergs Untersuchung, die der Autor mit ehrenamtlichen Mitarbeitern der Telefonseelsorge bzw. Krisenhilfe (n = 58) und Pflegeschülern (n = 150) durchführte, sind hinsichtlich der Validität des Fragebogens gute Ergebnisse erzielt worden. Bei der Untersuchung wurde der unterschiedliche Ausbildungsstand im Hinblick auf empathisches Verstehen beider Gruppen deutlich. Die Ergebnisse zeigten, dass die Mitarbeiter der Telefonseelsorge, z.B. durch psychotherapeutische Kenntnisse, wesentlich versierter in ihrem empathischen Verständnis waren als im Vergleich die Pflegeschüler.

Der Fragebogen könnte so gewissermaßen zur Lernzielkontrolle nach Fortbildungen in Motivierender Gesprächsführung dienen, da er entsprechende Inhalte abfragt und die Intensität der Ausbildung sowie den wichtigsten Aspekt eines MI-konsistenten Antwortverhaltens in Form des Reflective Listening widerspiegelt.

Es bleibt jedoch wichtig festzuhalten, dass der Fragebogen nicht messen kann, wie empathisch eine Person war bzw. ist. Er kann letztlich nur die Fähigkeit zum Erkennen empathischer Antworten in der operationalisierten Form des Reflective Listening erheben, die im besten Fall mit der zugrunde liegenden Haltung des Beraters korreliert (Schulz-Ruhtenberg, 2006). So gesehen wird Probanden, die die Fähigkeit besitzen, die empathischen Antworten des Fragebogens zu identifizieren,

dieses Antwortverhalten in der eigenen beruflichen Praxis vermutlich gut geläufig sein.

In der Beurteilung des Schwierigkeitsgrades des Fragebogens kommt Schulz-Ruhtenberg zu dem Schluss, dass er für Personen mit begrenzten Kenntnissen angemessenen schwer ist, aber ein Teil der Items für kenntnisreiche Probanden zu einfach sein könnte. Er schlägt deshalb für diesen Personenkreis eine Revision einzelner Items zur Erhöhung der Aussagekraft des Fragebogens vor. Es wäre denkbar den Fragebogen aufzuteilen: Die eine Hälfte der Items soll durch frei generiertes Antworten wie im HRQ bearbeitet werden, für die andere Hälfte sollte die Mehrfachauswahl erhalten bleiben. Dadurch würde die Tatsache, dass es eine Wahrscheinlichkeit von 25% gibt, bei der man zufällig die richtige Antwort raten kann, zumindest bei fünf von insgesamt zehn Items, ausgeschlossen (Bortz & Döring, 2006).

Der Fragebogen in seiner ursprünglichen Form ist jedoch in der MI-Basisausbildung, also mit rudimentären praktischen und theoretischen Erfahrungen der Testpersonen, zur Erhebung des Lernstands und somit für diese Untersuchung - nicht zuletzt aufgrund seiner hervorragenden Handhabbarkeit und seiner Auswertungsobjektivität durch das Multiple-Choice-Verfahren (Bortz & Döring, 2006) - gut einsetzbar. (Der Fragebogen befindet sich im Anhang.)

Eine Messung mittels Beobachtung hätte erhebliche Schwierigkeiten in der Durchführung mit sich gebracht und die möglichen Ressourcen hinsichtlich einer guten Praktikabilität überstiegen. Zudem hätte sich der Umfang der zu untersuchenden Gruppe stark reduziert, da die Bereitschaft bei einem Großteil der Probanden, sich auf ein so aufwändiges Prozedere einzulassen, vermutlich wesentlich geringer gewesen wäre.

Insgesamt lässt sich mit Fisseni (1990) festhalten, dass eine Untersuchung mittels Fragebogen leicht anwendbar, recht gut auszuwerten und ein nicht allzu aufwändiges Untersuchungsinstrument ist.

In einem Anschreiben wurden die Teilnehmer über den Untersuchungsanlass, die durchführende Person, Aufbau des Fragebogens, die Dauer der Beantwortung sowie

das Thema der Untersuchung informiert. Der erste Teil des Fragebogens erhob die soziodemographischen Daten der Teilnehmer. Wie bereits in Tabelle 2 gezeigt, fand eine Ergänzung durch Fragen nach dem Arbeitsplatz der Testperson in der ambulanten Suchthilfe bezüglich Stellenträgerschaft, Hauptdiagnose der Klientel und Arbeitsschwerpunkt (z.B. Beratung oder Prävention) statt. Insbesondere die Items zur Einrichtung waren dem Deutschen Kerndatensatz (2000) entnommen, um feststellen zu können, welche Bereiche der Suchthilfe sich beteiligten. Ferner wurden Psycho- oder Suchttherapeutische Ausbildungen erfragt.

Der zweite Teil des Fragebogens erhob den Kenntnisstand in Motivational Interviewing, welcher zuerst allgemein und dann explizit die konkrete Ausbildung in MI ermittelte. Dies diente der zusätzlichen Abklärung und machte es möglich, einzelne Ausbildungsgänge genauer zu betrachten. Bevor im dritten Teil der Multiple-Choice-Test, der ohne Änderungen von Schulz-Ruhtenberg (2006) übernommen wurde, die Fähigkeiten der Teilnehmer zum Identifizieren von Reflective Listening überprüfte, wurde die Selbsteinschätzung der Probanden hinsichtlich ihrer Vertrautheit, Anwendung und Kompetenz in und von MI in Form einer Rating-Skala erfragt. Mit dem Verzicht auf eine neutrale Kategorie mussten sich die Probanden tendenziell entscheiden. Die mittlere Antwort ließe zu viele unterschiedliche Interpretationen zu, was möglicherweise die Auswertung erschwert hätte (Mummendey, 1987).

Um zu kontrollieren, ob der Fragebogen mit seinen Ergänzungen einen für die Probanden verständlichen Aufbau hat, wurde dieser vor Befragungsbeginn durch einen Pretest überprüft.

8.3 Ablauf

Um mit einem einfachen Verfahren eine möglichst große und räumlich verstreute Stichprobe zu erreichen, wurde eine computervermittelte Befragung durchgeführt (Bortz & Döring, 2006). Diese Form der Befragung war möglich, weil alle Nordrhein-Westfälischen Beratungsstellen bis auf einige Außenstellen über E-Mail erreichbar sind (vgl. Dorenberg, 2006) und die Kommunikation mittels Internet bzw. E-Mail inzwischen einen üblichen Kommunikationsweg darstellt (Timm & Kahle, 2005), der auch die Forschung entsprechend verändert hat (Kraut, Olson, Banaji, Bruckman, Cohen & Couper, 2004).

Damit der Fragebogen nicht sofort Spamfiltern oder Administratoren zum Opfer fiel, wurden für die Befragung die schon als seriös bekannten Verteiler der Suchtprävention und -hilfe in NRW genutzt. Dabei handelte es sich um die MOVE-Trainer, die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege (z.B. Diözesan Caritasverbände und Diakonie), das ginko und zusätzlich der Masterstudiengang Suchthilfe der KFH NW. Die E-Mails wurden mit einem kurzen Anschreiben der jeweiligen Organisationen verschickt. Einmal wurde durch den Untersuchungsleiter über die Mailingliste des ginko nachgefasst. (Die Anschreiben befinden sich im Anhang.)

Mit den Mailinglisten müsste im Grunde die gesamte ambulante Suchthilfe von ca. 200 Beratungsstellen Nordrhein-Westfalens erreicht worden sein.

Die ersten Antworten kamen bereits am Starttermin 21.02.2007, und der letzte Fragebogen wurde am 31.05.2007 zurückgesandt. Von der Festlegung einer offiziellen Rückgabefrist wurde abgesehen.

Für 14 Fragebögen wurde von den Untersuchungsteilnehmern für die Rückmeldung der Postweg gewählt, da diese Probanden an ihrem Arbeitsplatz nicht über eine eigene E-Mail-Option verfügten oder sie zum Teil Schwierigkeiten mit der elektronischen Zustellung hatten. Alle weiteren Fragebögen wurden von den Probanden als E-Mail zurück geschickt.

Der Fragebogen war als E-Mail-Anhang im Format eines gängigen Worddokuments konzipiert und wurde im schreibgeschützten Modus verschickt. Nach einer

genauen Instruktion zu Anfang und Angaben zum zeitlichen Aufwand folgten am Ende Hinweise zum Zurücksenden des Formulars. Die Kontrollkästchen und Textfelder des Fragebogens konnten durch einfache Mausklicks oder mit der Tastatur von den Probanden bearbeitet werden.

Die Vorteile der Befragung per E-Mail sind die geringen Kosten, ein sehr schneller unkomplizierter Versand und Rücklauf, der Ausschluss der Einflussnahme durch den Untersuchungsleiter auf die Ergebnisse sowie das Erreichen einer großen Stichprobe. Aus den genannten Gründen erleichtern computergestützte Verfahren empirische Untersuchungen (Kraut et al., 2004).

Als Nachteil dieser Untersuchungsform könnten die geringen Kontrollmöglichkeiten auf die Beantwortungsmodalitäten angesehen werden. An dieser Stelle war sicherlich die Objektivität und Reliabilität der Studie eingeschränkt. Allerdings wurde jeder Untersuchungsteilnehmer direkt angeschrieben, so dass dies die Datenqualität gleichfalls erhöht haben könnte (vgl. Kraut et al., 2004). Zur Auswertung wurden alle beantworteten Fragebögen getrennt vom E-Mail-Anschreiben ausgedruckt, somit wurde für die Analyse die Anonymität sichergestellt. Die Fragebögen wurden in der Auswertung dann wie herkömmliche Papier-Bleistift-Befragungen behandelt (Bortz & Döring, 2006).

9. Ergebnisse

In dem Ergebnisteil der Arbeit wird kurz Bezug auf den Rücklauf der E-Mail-Befragung genommen. Den Schwerpunkt der Ausführung stellt das Resultat des Multiple-Choice-Tests dar - mit einem speziellen Focus auf die MOVE-Probanden.

9.1 Rücklauf

In der Abbildung 1 sieht man, wie sich der Rücklauf der Fragebögen gestaltete. Insgesamt zeigt das Diagramm die Häufigkeit der Rückmeldungen zu den verschiedenen Zeitpunkten an. Die Peaks geben an, zu welchem Datum jeweils besonders viele Rückantworten eintrafen.

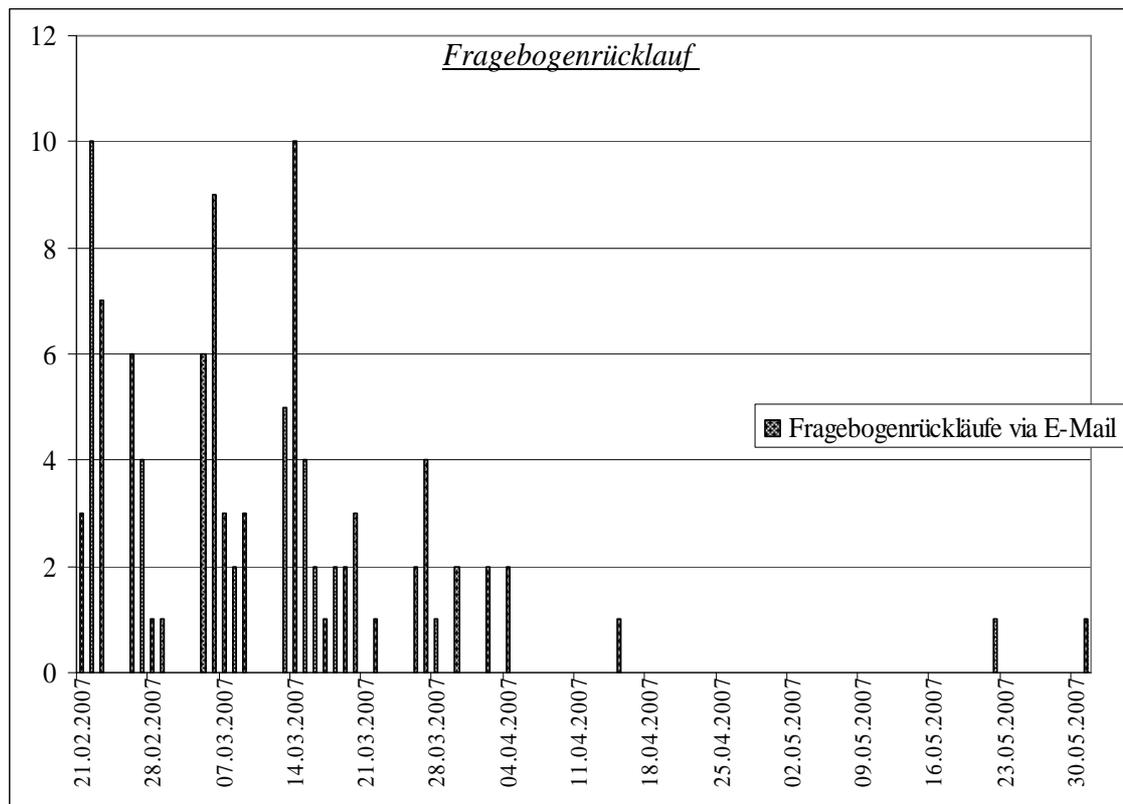


Abbildung 1

Anmerkung zum chronologischem Verlauf der E-Mail-Befragung: Es folgt eine kurze Aufstellung, wann die Befragung über die jeweiligen Mailinglisten gestartet wurde: 21.02.07 MOVE – Trainer, 23.02.07 Beratungsstellen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege, 05.03.07 ginko-Mailingliste, 13.03.07 Masterstudiengang Suchthilfe KFH NW, 26.03.07 Nachfassen über ginko-Mailingliste. (Chronologie und E-Mail Anschreiben befinden sich im Anhang).

In der Abbildung 1 ist zu erkennen, dass die Antworten immer recht direkt eintrafen. Nach jedem E-Mail-Rundschreiben stieg der Eingang der beantworteten Fragebögen deutlich an und ebte ziemlich schnell wieder ab. Dies deutet darauf hin, dass die Beantwortungszeiträume bei jedwedem Anschreiben über die Mailinglisten recht kurz waren. Wer nicht zeitnah antwortete, tat dies dann höchstwahrscheinlich später auch nicht mehr.

Mit einem Rücklauf von insgesamt $n = 111$ hätte die Befragung hypothetisch etwa 10% aller Vollzeitstellen in NRW erreicht. Diese Angabe bleibt aufgrund der in Kapitel 7.1 beschriebenen mangelhaften Datenlage und dem Fehlen eines entsprechenden Items (Vollzeit/Teilzeit) in dem Fragebogen höchst spekulativ. Da vermutlich

nicht alle Testpersonen Inhaber von Vollzeitstellen sind, wird der Rücklauf vermutlich unter 10% der potentiell für die Untersuchung in Frage kommenden Personen liegen.

Ein Resultat dieser Untersuchung ist, dass der Rücklauf per E-Mail recht zeitnah geschieht und bei dieser Studie ein Befragungszeitraum von zwei Monaten bei fünf Aufforderungen über vier verschiedene E-Maillisten ausreichend war. Das Diagramm lässt die Vermutung zu, dass die Rücklaufquote bei nur einem Appell wahrscheinlich bereits innerhalb einer Woche ausgeschöpft wäre. Die Geschwindigkeit wäre dann etwas größer als bei Befragungen auf dem Postweg, wo man nach etwa zehn Tagen 70-80% der Antworten erhält (Bortz & Döring, 2006).

9.2 Ergebnis des Multiple-Choice-Tests

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm Statistical Package for the Social Science (SPSS) 14.0 vorgenommen. Auf dessen Grundlage folgt ein Vergleich der bereits mit dem Multiple-Choice-Test durchgeführten Untersuchung (Pflegeschüler und Ehrenamtliche) von Schulz-Ruhtenberg (2006) mit der aktuellen Stichprobe (Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe), um mögliche Abweichungen feststellen zu können. Im nächsten Schritt wird eine Gegenüberstellung der Teilstichproben Mitarbeiter Suchthilfe (ohne MOVE) und MOVE-Teilnehmer der aktuellen Untersuchung gemacht, um mögliche Unterschiede hinsichtlich des Fortbildungshintergrundes herauszustellen.

9.2.1 Ergebnisse der Gesamtstichprobe im Vergleich

In der aktuellen Untersuchung wird deutlich, dass die prozentuale Mehrheit der Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe die Schlüsselantworten identifizieren und bei sechs Items einen höheren Prozentsatz erreichen als die Gruppe der Ehrenamtlichen

(Krisenhilfe, n = 16 und Telefonseelsorge, n = 42) kann. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter übertreffen jedoch bei drei Items die Mitarbeiter der Suchthilfe.

Empathisches Antwortverhalten im Sinne des Erkennens der Schlüsselantworten ist für die ehrenamtlichen Mitarbeiter der Krisenhilfe und Telefonseelsorge eine bekannte Kommunikationsform. Die Ausbildung der Telefonseelsorger bezieht sich hauptsächlich auf das Konzept der Gesprächspsychotherapie (Schwartz, 1999). Mit diesem Ausbildungshintergrund der Telefonseelsorger sind die guten Ergebnisse erklärbar.

Das Antwortverhalten unterscheidet sich augenscheinlich kaum von den Mitarbeitern der Suchthilfe (vgl. Tabelle 5). Vermutlich sind beide vergleichbar gut, so dass es sich bei den Unterschieden auch um zufällige Schwankungen handeln kann. Beide Gruppen (Ehrenamtliche und Suchthelfer) schneiden insgesamt deutlich besser ab als die Pflegeschüler.

Bei den Items 1 und 7 scheint je eine Alternativantwort für ein Drittel der Ehrenamtlichen und Mitarbeiter der Suchthilfe eine recht hohe Attraktivität zu besitzen.

Bei Item 1 („Die trinken doch alle mehr als ich!“) entscheiden sich die Testpersonen mit 29,3% bzw. 29,1% für den Distraktor 3 („Ich wollte mit Ihnen eigentlich gar nicht über Ihre Kollegen sprechen...“). Diese Antwort versucht den Focus wieder auf das eigentliche Thema und den Klienten zu lenken, damit er sich mit seiner Situation auseinandersetzt. Eine solche Reaktion ist anscheinend in der ambulanten Suchthilfe durchaus möglich. Sie zeigt aber auch, dass, obwohl es sich hier um eine typische Situation in einer Suchtberatung handelt, Reflective Listening nicht so selbstverständlich zu sein scheint.

Bei Item 7 („Mein Arzt meint sowieso, dass ich mir das alles einbilde.“) wird die Schlüsselantwort („Sie wollen nicht als Hypochonder abgetan werden.“) zwar von der Mehrheit der Suchthelfer und Ehrenamtlichen als richtige Antwort erfasst, jedoch kommt die Reaktion („Was glauben Sie denn, wie er darauf kommt?“) für immerhin ein Drittel (31,0% bzw. 32,0%) der Befragten ebenso als mögliche Alternative in Betracht. Für den verhaltenstherapeutisch geprägten Teil der Mitarbeiter der Sucht-

hilfe (n = 24) könnte diese Antwort als ein Versuch des Anfechtens irrationaler Gedanken durch eine kognitive Disputation gewertet werden und deswegen in Betracht gezogen worden sein (Wilken, 2003).

Tabelle 5

Vergleich der Untersuchung von Schulz-Ruhtenberg (2006) mit der aktuellen Studie bezogen auf die Häufigkeit der Antworten

	<u>Pflegeschüler</u>				<u>Ehrenamtliche</u>				<u>Suchthilfe</u>			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Item 1	9.3	34.7	36.0	20.0	1.7	62.1	29.3	6.9	2.9	62.1	29.1	5.8
Item 2	40.0	28.7	4.7	26.7	13.8	86.2	0.0	0.0	9.7	81.6	5.8	2.9
Item 3	42.0	24.0	18.7	15.3	19.0	1.7	72.4	6.9	10.7	1.9	78.6	7.8
Item 4	2.7	43.3	52.0	2.0	0.0	89.7	6.9	3.4	0.0	80.6	18.4	1.0
Item 5	34.7	4.7	48.7	12.0	12.1	0.0	87.9	0.0	4.9	0.0	95.1	0.0
Item 6	13.3	22.7	47.3	16.7	3.4	8.6	69.0	19.0	5.8	4.9	78.6	10.7
Item 7	4.7	44.0	17.3	34.0	0.0	15.5	53.4	31.0	0.0	5.8	61.2	32.0
Item 8	14.7	41.3	28.0	16.0	74.1	22.4	1.7	1.7	72.8	19.4	2.9	4.9
Item 9	38.8	27.3	11.3	23.3	81.0	8.6	10.3	0.0	82.5	5.8	9.7	1.0
Item 10	4.0	55.3	38.0	2.7	0.0	5.2	91.4	3.4	0.0	3.9	95.1	1.0

Erläuterung zur Tabelle: Die Häufigkeiten der Antworten werden in Prozent angegeben. Die fett gedruckten Werte kennzeichnen die größten Anteile. Die Kästchen deuten auf die Schlüsselantwort.

9.2.2 Vergleich der Teilstichproben - mit und ohne MOVE

Es folgt eine Gegenüberstellung der soziodemographischen Merkmale zwischen den *MOVE-Absolventen* und denen, die nicht an dieser Fortbildung teilnahmen. Anschließend findet ein Vergleich der Ergebnisse des Multiple-Choice-Tests und der MI-Selbsteinschätzung der beiden Subgruppen statt.

Tabelle 6

Soziodemographische Merkmale (Kein MOVE vs. MOVE)

	<u>Kein MOVE</u>	<u>MOVE</u>
<u>Alter</u>		
<i>M (SD)</i>	39.76 (8.68)	42.32 (8.82)
<i>Median</i>	38.00	41.00
<i>Minimum</i>	25	26
<i>Maximum</i>	59	59
<u>Geschlecht</u>		
<i>Weiblich</i>	<i>n</i> = 32 (64,0%)	<i>n</i> = 27 (50,9%)
<i>Männlich</i>	<i>n</i> = 18 (36,0%)	<i>n</i> = 26 (49,1%)
<u>Familienstand</u>		
<i>Ledig</i>	<i>n</i> = 23 (46,9%)	<i>n</i> = 18 (34,0%)
<i>Eingetragene Lebenspartnerschaft</i>	-	<i>n</i> = 4 (7,5%)
<i>Verheiratet, zusammenlebend</i>	<i>n</i> = 17 (34,7%)	<i>n</i> = 24 (45,3%)
<i>Verheiratet, getrennt lebend</i>	<i>n</i> = 3 (6,1%)	<i>n</i> = 1 (1,9%)
<i>Geschieden</i>	<i>n</i> = 6 (12,2%)	<i>n</i> = 6 (11,3%)
<i>(Missing)</i>	(<i>n</i> = 1)	-
<u>Schulbildung</u>		
<i>Kein Abschluss</i>	-	-
<i>Haupt-/Volksschulabschluss</i>	-	-
<i>Mittlere Reife</i>	<i>n</i> = 3 (6,0%)	-
<i>Abschluss d. allgem. polytechn. Oberschule</i>	<i>n</i> = 1 (2,0%)	<i>n</i> = 1 (1,9%)
<i>(Fach-)Hochschulreife</i>	<i>n</i> = 46 (92,0%)	<i>n</i> = 49 (94,3%)
<i>(Missing)</i>	-	<i>n</i> = 3 (5,7%)

Zwischen den beiden Subgruppen zeigen sich kaum Unterschiede bezüglich der soziodemographischen Merkmale. Beim Altersdurchschnitt liegen beide Gruppen um die 40 Jahre. Die Geschlechterverteilung bei den *MOVE-Absolventen* ist etwas ausgeglichener.

Tabelle 7

Häufigkeit der richtigen Antworten

Kein MOVE vs. MOVE

	<u>Kein MOVE (n = 50)</u>	<u>MOVE (n = 53)</u>	χ^2	<u>Signifikanzniveau</u>
Item 1	68.0	56.6	1.42	.233
Item 2	76.0	86.8	1.99	.158
Item 3	76.0	82.7	0.69	.403
Item 4	82.0	79.2	0.13	.724
Item 5	92.0	98.1	2.08	.149
Item 6	76.0	81.1	0.40	.525
Item 7	60.0	63.5	0.13	.719
Item 8	74.0	71.7	0.07	.793
Item 9	76.0	90.4	3.80	.051
Item 10	92.0	98.1	2.08	.149

Erläuterung zur Tabelle: Nach Aufteilung der Antworten in richtig und falsch werden hier die Häufigkeiten der richtigen Antworten in Prozent angegeben. Der Fettdruck zeigt den jeweils höheren Wert an. Freiheitsgrade und Stichprobengröße für χ^2 -Tests: $df = 1$, $p < 0,05$, $N = 103$

Die Teilnehmer der MOVE-Fortbildung schneiden im Gegensatz zur Teilstichprobe *Kein MOVE* insgesamt etwas besser ab. Bei sieben Items gibt es einen Zusammenhang, der zeigt, dass die *MOVE-Absolventen* bezogen auf die Identifikation der Schlüsselantworten tendenziell bessere Ergebnisse erzielen. Wie man aber am Wert der χ^2 -Statistik sehen kann, ist der Zusammenhang äußerst schwach ausgeprägt (vgl. Toutenburg, 1998). Insgesamt sind die Unterschiede nicht signifikant, nur bei Item 9 liegt das Signifikanzniveau mit 5,1% nahe dem üblicherweise verwendeten Signifikanzniveau von 5%.

Bemerkenswert ist, dass die Gruppe *Kein MOVE* bei drei Items bessere Resultate erzielt, da dort auch Probanden (n = 25) antworten, die keine explizite Fort- oder Weiterbildung in MI absolviert haben. Bei diesen drei Items ist indes ebenfalls so gut wie kein Zusammenhang durch die χ^2 -Statistik nachweisbar.

Da die Werte der χ^2 -Statistik so niedrig sind und keine signifikanten Differenzen bestehen, lässt sich formal keine Unterscheidung zwischen den Teilstichproben ausmachen. Die Probanden der Subgruppe *Kein MOVE* sind gewissermaßen in gleicher Weise wie die *MOVE-Absolventen* in der Lage, die Schlüsselantworten zu erkennen, da die vorliegenden leichten Abweichungen auch mit Zufallsschwankungen erklärbar wären.

Tabelle 8

Ratingskala zur Selbsteinschätzung: Vertrautheit mit MI, Bestimmung d. Arbeit durch MI und Kompetenz in MI (0 = überhaupt nicht; 5 = sehr)

Kein MOVE vs. MOVE

	<i>Kein MOVE</i>	<i>MOVE</i>	M - Differenz
	M (SD)	M (SD)	
Wie vertraut sind Sie mit dem Behandlungsansatz Motivational Interviewing?	2.31 (1.47)	3.75 (1.00)	-1.44
In welchem Ausmaß ist ihre Arbeit mit den Klienten/Patienten von diesem Ansatz bestimmt?	1.96 (1.31)	3.34 (1.02)	-1.38
Wie kompetent sind Sie in der Anwendung des Ansatzes Motivational Interviewing?	1.82 (1.48)	3.34 (1.02)	-1.52

Anmerkung zur Tabelle: M (SD) steht für Mittelwert und Standardabweichung. Die Varianzanalyse zu dieser Tabelle zeigt ein höchst signifikantes Ergebnis ($p < 0,001$).

Aus Tabelle 4 lässt sich ablesen, dass sich die *MOVE-Absolventen* bis zu anderthalb Noten besser einschätzen als die Teilstichprobe *Kein MOVE*, obwohl die Ergebnisse des Multiple-Choice-Tests sich nicht maßgeblich unterscheiden. Da es, wie beschrieben, fast keine Unterschiede der Subgruppen in ihrem Antwortverhalten gibt, ist die Frage interessant, ob sich nun die *MOVE-Absolventen* zu gut einschätzen, oder die Gruppe *Kein MOVE* zu schlecht.

Um zur Beantwortung dieser Frage eine notwendige Datengrundlage zu schaffen, werden alle richtigen Antworten aller Probanden zusammengezählt und durch die Gesamtzahl der Untersuchungsteilnehmer ($N = 103$) geteilt. Im arithmetischen Mittel werden von den Probanden 7.87 (SD 2.33) richtige Antworten von zehn möglichen identifiziert. Auf Grundlage dieses Ergebnisses und der Selbsteinschätzung von Vertrautheit, Praxisrelevanz und Kompetenz in dem Behandlungsansatz Motivierende Gesprächsführung ist es denkbar, dass die Selbsteinschätzung der Probanden mit *MOVE* gerechtfertigt sein könnte und sich die Probanden ohne *MOVE* zu bescheiden bewerten. Zumindest bestätigt das Ergebnis die bereits genannte Tendenz, dass die Probanden keine großen Schwierigkeiten haben, die richtige Antwort zu bestimmen.

Es bleibt allerdings zu bedenken, dass Reflective Listening zwar eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung von MI ist, da noch andere Attribute, wie z.B. das Hervorrufen von Change-Talk, zu dem Behandlungsansatz gehören. Ebenfalls fehlt ein einheitlicher Maßstab, um die Selbsteinschätzung richtig einordnen zu können. Schließlich ist der Multiple-Choice-Test für die Stichprobe eventuell zu einfach. Aus diesen Gründen ist die Aussagekraft eingeschränkt.

10. Diskussion

MI ist in der Suchthilfe ein Behandlungsansatz mit internationalem Bekanntheitsgrad, der diese in den letzten Jahren nicht zuletzt durch entsprechende Fortbildungsangebote beeinflusst hat. Wie groß der Einfluss und wie bekannt der Ansatz ist, wurde bisher in Deutschland noch nicht untersucht.

Forschungsarbeiten zum effizienten Schulen von MI in den USA legen dar, dass einmalige MI-Fortbildungen keine nachhaltige Wirkung auf die therapeutische Arbeit von Beratern haben (Miller & Mount, 2001). Da aber Ausbildungskonzepte häufig nur einen einmaligen Workshop vorsehen, ist es unwahrscheinlich, dass wesentliche Merkmale auch noch nach Beendigung der Ausbildung präsent sind. Was bei den Teilnehmern nach Fortbildungen hingegen Bestand hat, ist eine zu optimistische Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen Kompetenz: Die Beurteilungen der eigenen Fähigkeiten stimmten nicht mit den tatsächlichen MI-Fertigkeiten überein (Miller & Mount, 2001). Selbstbewertungen der Beratungskompetenz werden jedoch herangezogen, um eine Ausbildung zu evaluieren (Marzinzik & Fiedler, 2005).

10.1 Wie bekannt ist MI in der ambulanten Suchthilfe NRW?

Bislang gibt es keinen Überblick bezüglich der Popularität Motivierender Gesprächsführung in Nordrhein-Westfälischen Beratungsstellen. Aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen kann nun abgeleitet werden, dass der Behandlungsansatz in der Suchthilfe einen hohen Bekanntheitsgrad hat. Fast alle Mitarbeiter der Stichprobe (95,1%) geben - unabhängig von ihrem Arbeitsbereich (z.B. Beratung, Prävention, Therapie) und Schwerpunkt ihrer Beratungsstelle (z.B. illegale oder legale Drogen) - an, Kenntnisse über MI zu haben. Darüber hinaus kann bei den Probanden von einem recht guten Kenntnisstand ausgegangen werden, da drei Viertel der Teilnehmer eine

Fort- und Weiterbildung zu der Thematik durchlaufen haben. MI scheint nach diesem Befund offenbar in der Beratungsstellenarbeit „angekommen“ zu sein können.

Einschränkend muss gesagt werden, dass die vorliegende Untersuchung nichts darüber aussagt, ob den Teilnehmern MI gefällt und wie zufrieden sie mit dem Behandlungsansatz sind. Vermutlich wird sich aber ein großer Bekanntheitsgrad daraus ergeben, dass sich diese Form der therapeutischen Arbeit in Fachkreisen „herumspricht“ und dadurch eine Art Multiplikatoreffekt entsteht. Die Verbreitung des MOVE-Projektes beispielsweise zielt genau auf diesen Effekt (Marzinzik & Fiedler, 2005). Dieser würde jedoch nicht entstehen, wenn der Behandlungsansatz von vorherigen Kursteilnehmern schlecht bewertet würde, so dass man davon ausgehen kann, dass die Popularität von MI mit einer gewissen Beliebtheit einhergeht.

10.2 Wie schätzen sich die Probanden hinsichtlich ihrer Fähigkeiten ein und welchen Einfluss hat dabei der Fortbildungshintergrund?

Die Selbsteinschätzung der Probanden in ihren MI-Fertigkeiten fällt interessanterweise zwischen den zwei Stichproben (*MOVE-Absolventen*, n = 53 und *Kein MOVE*, n = 50) recht unterschiedlich aus. Trotz annähernd gleicher Ergebnisse im Multiple-Choice-Test schätzen die *MOVE-Absolventen* ihre Vertrautheit mit MI, Bestimmung der Arbeit durch MI und Kompetenz in MI mit bis zu anderthalb Punkten Unterschied deutlich höher ein.

Eine Erklärung für diesen Unterschied könnte sein, dass die Gruppe der *MOVE-Absolventen* eine größere Selbstsicherheit in Bezug auf ihre MI-Kompetenz hat. Im Gegensatz zu den *MOVE-Absolventen* hat die Hälfte der Gruppe *Kein MOVE* keine qualifizierende Weiterbildung besucht. Dieses Ergebnis ist mit dem in der Literatur beschriebenen Phänomen konsistent, wonach Weiterbildungen die Selbsteinschätzung erhöhen (Miller & Mount, 2001).

In diesem Fall kann allerdings nicht, wie in der Pilotstudie von Miller und Mount (2001), von einer Überschätzung der MI-Fertigkeiten der Probanden gesprochen

werden, da die Ergebnisse des Multiple-Choice-Tests durchweg gut waren und weiteres MI-konsistentes Verhalten, wie in der zuvor genannten Studie, nicht überprüft wurde. Letztlich gibt es keinen vergleichenden Maßstab, dem zugrunde liegt, inwiefern z.B. richtige Reflective Listening-Antworten auf MI-Kompetenz hinweisen und die Selbsteinschätzung rechtfertigen. Dies sollte in folgenden Studien beachtet werden.

10.3 Können die Probanden ein definierendes Merkmal des MI (Reflective Listening) identifizieren? Gibt es Abweichungen zwischen Suchthilfe und anderen Stichproben?

Da die Beurteilung der eigenen Fähigkeiten nicht die Überprüfung der praktischen MI-Kompetenz ersetzt, wird in der Studie ein Multiple-Choice-Test verwendet, welcher die Fähigkeit der Probanden in einem definierenden Merkmal Motivierender Gesprächsführung testet. Das Ziel dieser Vorgehensweise ist, die Befähigungen der Probanden besser abschätzen zu können, ohne sich auf die Selbstaussagen verlassen zu müssen.

In diesem Punkt gibt es in der Analyse eine Überraschung. Die Untersuchung war von der Vermutung ausgegangen, dass die Wirkung eines MI-Workshops recht schnell verpufft (Miller et al., 2004) und daher größere Schwierigkeiten beim Identifizieren der Reflective Listening Antworten auftreten. Nun wählen die Testpersonen im Multiple-Choice-Test der aktuellen Studie in der Mehrheit die Schlüsselantworten auch dann, wenn die Beispiele nicht aus dem Bereich Suchthilfe stammen. Um die Überraschung einzuordnen, können fünf Erklärungsansätze herangezogen werden.

Das Favorisieren der empathischen Antworten kann daher rühren, dass die Ausbilder in Motivierender Gesprächsführung, wie von Miller und Rollnick (2004) gefordert, großen Wert auf die *listening skills* legen - so auch z.B. in der MOVE-Ausbildung (Marzinzik & Fiedler, 2005). Somit würde das Ergebnis die Qualität der Weiterbildungsangebote in der Vermittlung dieser Kompetenz unterstreichen.

Das Ergebnis des Multiple-Choice-Tests muss jedoch nicht notwendig auf den Ausbildungserfolg zurückzuführen sein, da in dem Test nur der aktuelle Kenntnisstand erhoben und nicht auf etwaige Vorkenntnisse der Studienteilnehmer eingegangen wird. Die Teilnehmer an MI-Fortbildungen können durchaus auch zuvor in der Lage gewesen sein, Reflective Listening Antworten zu identifizieren. So gehört z.B. „Klientenzentrierte Gesprächsführung“ bei Studiengängen der Sozialen Arbeit in das Curriculum [vgl. Vorlesungsverzeichnis der KFH NW, Abt. Münster: http://www.kfhnw.de/muenster/bindata/VV_WS_2007-08.pdf] und somit zur grundständigen Ausbildung vieler Probanden.

Miller et al. (2004) stellen fest, dass die Eigenmotivation der Fortbildungsteilnehmer zum Ausbildungserfolg beiträgt. Diese Voraussetzungen können auch hier für das gute Ergebnis mitverantwortlich sein. Da die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (z.B. MOVE oder „Motivierende Gesprächsführung“ des LWL) freiwillig ist, liegt ein Interesse an dem Thema vor und die Teilnehmer versprechen sich davon einen subjektiven Gewinn in Form eines Kompetenzzuwachses für die berufliche Routine.

Zu bedenken bleibt außerdem, dass Schulz-Ruhtenberg (2006) davon ausgeht, dass einzelne Items zu einfach sind und der Fragebogen sich eher für Probanden mit geringen bis mittleren Kenntnissen eignet. Demnach werden tatsächlich nur Mindeststandards erfasst, die wenig Aussagekraft bezüglich der tatsächlichen Kompetenz im empathischen Antworten besitzen.

Reflective Listening ist nur eine Fertigkeit eines MI-kompatiblen Stils. In den amerikanischen Studien wurde auch die Abnahme MI-inkonsistenten Verhaltens überprüft (Miller, et al., 2004). Dies fällt bei der Stichprobe mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 12,5 Jahren zusätzlich ins Gewicht, da bei erfahrenen Therapeuten auf das Verlernen eines MI-inkompatiblen aber bislang praktizierten Stils besondere Rücksicht genommen werden muss (Miller & Rollnick, 2004). Hierüber gibt die vorliegende Arbeit keine Auskunft.

10.4 Ausblick

Trotz der Einschränkung der Aussagekraft der Studie bleibt festzuhalten, dass die Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe NRW die Fähigkeit besitzen, Reflective Listening Antworten - wenn auch, wie hier, auf niedrigem Niveau - zu erkennen. Im besten Fall ist den Probanden empathisches Antworten so geläufig, dass es sich auch in ihrem beruflichen Kontext widerspiegelt.

Doch inwieweit Reflective Listening tatsächlich in den beruflichen Alltag übernommen wird, kann aus den Testergebnissen nicht abgelesen werden. Dazu sind weitere Studien notwendig, die sich möglicherweise wirksameren Untersuchungsmethoden bedienen. An dieser Stelle könnten die bereits genannten Mitschnitte oder Transkripte von Beratungsgesprächen hilfreich sein, da sie die tägliche Arbeit der Probanden repräsentieren und fokussieren (Miller & Rollnick, 2004). Auch hier gilt es, die Begrenztheit der Methoden zu beachten, da Probanden beispielsweise MIFertigkeiten nur für den Augenblick der Aufzeichnung demonstrieren und daraus nicht voreilige Schlüsse auf die berufliche Routine zu ziehen sind (Miller et al., 2004).

Der für die Untersuchung verwendete Fragebogen dient der Evaluation eines wesentlichen Behandlungsprinzips der Motivierenden Gesprächsführung und könnte im Rahmen von Fortbildungen als Messinstrument zur Feststellung der Befähigung in Reflective Listening eingesetzt werden. Empfehlenswert können in diesem Zusammenhang durchaus die von Miller und Mount (2001) und Miller et al. (2004) praktizierten Vorher- und Nachherprüfungen sein. Der Trainer hätte ohne großen Aufwand die Möglichkeit, schnelle Rückmeldungen über den bisherigen Trainingserfolg zu erhalten und sein Training entsprechend anzupassen.

Es bleibt unabdingbar, die Effizienz von MI-Fortbildungen nicht allein durch die Teilnehmer in Form einer Selbsteinschätzung bewerten zu lassen, sondern Fortschritte in und Verständnis von MI auch tatsächlich zu erheben. Bei aller Notwendigkeit der Evaluation effektiven MI-Trainings sollten modifizierte Konzeptionen von Fort-

bildungsangeboten jedoch dabei nicht der Versuchung erliegen, das Training einseitig den denkbaren Testverfahren anzupassen, um dort möglichst gute Ergebnisse zu erzielen. Zweck eines jeden Trainings muss die Vermittlung der inneren Haltung im Sinne des MI-Spirtis bleiben, welche schließlich durch prozessorientiertes und auf längere Zeit ausgerichtetes, aber auch durch effizientes und somit evaluierbares Schulen vermittelbar ist.

Die vorliegende Arbeit ist eine Ermutigung, zukünftige Evaluationen von MI-Ausbildungen an deren internen Validität auszurichten.

11. Zusammenfassung

Motivierende Gesprächsführung hat nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit in der ambulanten Suchthilfe NRW einen großen Bekanntheitsgrad erreicht, der häufig mit einem vertieften Kenntnisstand durch entsprechende Fortbildungsangebote einhergeht. Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit des Behandlungsansatzes bleiben Fragen der Effizienz bezüglich der Vermittlung von MI offen. Dieser Frage nach der internen Validität von MI -Fortbildungen wurde in Deutschland bislang noch nicht nachgegangen.

In der vorliegenden Untersuchung wird auf Grundlage eines bereits entwickelten Instruments (Multiple-Choice-Test mit zehn Items) die Fähigkeit der Probanden zur Identifikation eines notwendigen und definierenden Merkmals der Motivierenden Gesprächsführung überprüft. Die Testpersonen sollen die aus ihrer Sicht übliche Reaktion auf die Ausgangssituation bestimmen. Die Schlüsselantwort ist in Form einer Reflective-Listening-Antwort, einer operationalisierten Form des Behandlungsprinzips Empathie, wiedergegeben.

An der Studie, die als E-Mail-Befragung in der ambulanten Suchthilfe NRW konzipiert ist, nehmen insgesamt 111 Probanden teil. Nach Überprüfung der Daten können 103 Fragebögen analysiert werden. Die Gesamtstichprobe favorisiert in der Mehrheit empathisches Antworten.

Zur genaueren Analyse werden die Probanden auf zwei Subgruppen verteilt: Teilnehmer der Fortbildung MOVE ($n = 53$) und Testpersonen, die nicht diese Fortbildung durchlaufen haben ($n = 50$). Die Teilstichproben zeigen keine bedeutenden Unterschiede in den gewählten Antworten. Die Teilnehmer sind in der Mehrzahl in der Lage, die Reflective-Listening-Antworten zu identifizieren. Abweichungen treten jedoch hinsichtlich der Selbsteinschätzung der MI-Fertigkeit auf. Hier veranschlagen die MOVE-Teilnehmer für sich mehr MI-Kompetenzen. Dieses Ergebnis ist mit anderen Untersuchungen konsistent, wonach Teilnahmen an Fortbildungen die Selbsteinschätzung erhöhen.

Der Fragebogen ist mit Einschränkungen in der Lage, einen Teilbereich des Behandlungsansatzes MI zu evaluieren. Er kann demnach auch in Fortbildungskonzepten zur „Lernzielkontrolle“ eingesetzt werden.

Die Studie ist ebenso eine Anregung, sich dem Thema „Evaluation von Fortbildungen“ in der Suchthilfe in weiteren Untersuchungen anzunehmen und somit ferner zur Effizienz des Ausbildungserfolges in MI beizutragen.

11. Literaturverzeichnis

Ärzttekammer Westfalen-Lippe: Fortbildungskatalog Akademie

Verfügbar unter:

<http://www.aekwl.de/index.php?id=106>

Letzter Zugriff: 29.07.2007

Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.

Bandura, A. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bortz, J. & Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. (4. überarbeitete Auflage) Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Brueck, R. (2004): Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004): Motivierende Gesprächsführung. (2. Aufl.) Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003): The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2003, Vol. 71, No. 5, pp. 843–861.

Cegala, D. J & Lenzmeier Broz, S. (2002): Physician communication skills training: A review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Medical Education* 36 (11), pp. 1004–1016.

- Demmel, R.; Nicolai, J. & Jenko, D.M. (2006): Self-efficacy and alcohol relapse: Concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 67(4), pp. 637-641.
- Demmel, R. (2001): Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 47, S. 171-188.
- Demmel, R. (2003): Motivational Interviewing: Mission impossible? oder Kann man Empathie lernen? In: Rumpf, H.-J. & Hüllinghorst, R. (Hrsg.): *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlungen, politische Maßnahmen*. S. 177-199. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Demmel, R. (2004): Motivational Interviewing. In: Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.): *Verhaltenstherapiemanual*. (5. Aufl.) S. 228-233. Berlin: Springer.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2005): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm.
- Verfügbar unter:
http://www.slsev.de/Manual_Kerndatensatz_Sucht_2005.pdf
 Letzter Zugriff: 26.07.2007
- Dorenberg, B., Gamp, R. & Moeser-Jantke, F. (2006): Beratungsführer. Die Beratungsstellen in Deutschland – ihre Leistungen, ihre Träger, ihre Anschriften. München: awi-printmedien.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (2007):

Drogen- und Suchtbericht 2007.

Verfügbar unter:

http://www.bmg.bund.de/nn_603372/SharedDocs/Publikationen/Drogen-und-Sucht/g-602.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/g-602.pdf

Letzter Zugriff: 28.07.2007

Fisseni, H.-J. (1990): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005): Motivational Interviewing, *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 91-111.

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik: Fortbildungen/Veranstaltungen

Verfügbar unter:

<http://www.iss-ffm.de/index.php?id=225>

Letzter Zugriff: 28.07.2007

John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling, T. & Dilling, H. (2000): Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Jungblut, Hans Joachim (2004): Drogenhilfe. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa-Verlag.

Katholische Fachhochschule NW, Abt. Münster: Vorlesungsverzeichnis Wintersemester 2007-2008

Verfügbar unter:

[:http://www.kfhnw.de/muenster/bindata/VV_WS_2007-08.pdf](http://www.kfhnw.de/muenster/bindata/VV_WS_2007-08.pdf)

Letzter Zugriff: 28.07.2007

Körkel, J. & Veltrup, C. (2003): Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie* 2003;4, S. 115 – 124.

Verfügbar unter:

<http://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/suchttherapie/doi/10.1055/s-2003-42230.pdf>

Letzter Zugriff: 26.07.2007

Kraut, R., Olson, J., Banaji, M., Bruckman, A., Cohen, J. & Couper, M. (2004): Psychological research online. Report of Board of Scientific Affairs' Advisory Group on the Conduct of Research on the Internet. *American Psychologist*, 59, pp. 105-117.

Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW: Aktion Suchtvorbeugung des Landes NRW

Verfügbar unter:

http://www.ginko-ev.de/drogenpolitik/politik_nrw1.aspx

Letzter Zugriff: 29.07.2007

Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW: MOVE

Verfügbar unter:

<http://www.ginko-ev.de/FstMH/rubrik.aspx?M=1&Page=144>

Letzter Zugriff: 29.07.2007

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2002): „Verzeichnis der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe“ M1. Münster.

LWL-Koordinationsstelle Sucht: Einladung zur Fortbildung „Motivierende Gesprächsführung“

Verfügbar unter:

http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/01_2007_Motiv-Gespraechsf.pdf

Letzter Zugriff: 29.07.2007

- Marzinik, K. & Fiedler, A. (2005): MOVE - Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Miller, W. R. & Mount, K. A. (2001): A small study of training in Motivational Interviewing: Does one workshop change clinical & client behaviour? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, pp. 457-471.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991): Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviour. New York: The Guildford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004): Motivierende Gesprächsführung. (2. Aufl.) Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Miller, W. R., Hedrick, K. E. & Orlofsky, D. (1991): The Helpful Response Questionnaire: A procedure for measuring therapeutic empathy. *Journal of Clinical Psychology*, 47, pp. 444-448.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004): A Randomized Trial of Methods to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, Vol. 72, No. 6, pp. 1050-1062.
- Mummendy, H. D. (1987): Die Fragenbogen-Methode. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, pp. 276-288.

- Rogers, Carl R. (1977): *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Mit Beitr. von Madge K. Lewis [u. a.]. Hrsg. u. mit einem Vorwort versehen von Wolfgang M. Pfeiffer. München: Kindler.
- Rogers, Carl R. (1984): *Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen*. Paderborn: Junfermann.
- Rollnick, S. (1998): Vorwort zur deutschsprachigen Ausgabe. In: Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999): *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Sachse, R. (1999): *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. Verlag für Psychologie.
- Schmid, Martin (2003): *Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970 – 2000*. Frankfurt/Main, New York: Campus-Verlag.
- Schulz-Ruhtenberg, T. (2006): *Empathie in der medizinischen und psychosozialen Grundversorgung: Entwicklung und erste Anwendung eines Fragebogens*. Unveröffentlichte wissenschaftliche Hausarbeit zur Diplom-Hauptprüfung im Fach Psychologie an der Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Schwartz, H.-J. (1999): *Das Klientenzentrierte Konzept in der Beratung*. In: Maaßen, M., Groll, T. & Timmerbrink (Hrsg.): *Mensch versteht sich nicht von selbst. Telefonseelsorge zwischen Kommunikationstechnik und Therapie*, S. 55-67. Münster: LIT Verlag.

Simon, R., David-Spickermann, M. & Bartsch, G.: Bericht 2006 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen: Drogensituation 2006.

Verfügbar unter:

http://www.dbdd.de/Download/REITOX_D2006_D_Fin.pdf

Letzter Zugriff: 26.07.2007

Soanes, C. & Stevenson, A. (2005) (Eds.): Oxford Dictionary of English. (2nd. ed.) Oxford, New York: Oxford University Press.

Sonntag, D., Hellwich, A.K. & Bauer, C. (2007) : Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Jahrbuch Sucht 2007*, S. 160-178. Geesthacht: Neuland.

Suchtmedizin in Forschung und Praxis (2002): *suchtmed* 4 (2).

Verfügbar unter:

<http://www.scientificjournals.com/sj/sfp/Pdf/aId/5103>

Letzter Zugriff: 26.07.2007

Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1990): Gesprächspsychotherapie. (9. ergänzte Aufl.) Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Toutenburg, H. (2000): Deskriptive Statistik. Eine Einführung mit SPSS für Windows und Übungsaufgaben. (3. erw. Aufl.), Berlin: Springer.

Timm, U. & Kahle, I. (2005): E-Government und andere Zwecke der Internetnutzung. Statistisches Bundesamt – Wirtschaft und Statistik 7/2005.

Verfügbar unter:

<http://destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Informationsgesellschaft/Government.property=file.pdf>

Letzter Zugriff: 26.07.2007

Vogt, I. & Veltrup, C. (2003): Editorial. *Suchttherapie* 2003;4, S. 113 – 114.

Verfügbar unter:

<http://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/suchttherapie/doi/10.1055/s-2003-42229.pdf>

Letzter Zugriff: 26.07.2007

Wilken, R. (2003): Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. (2., akt. u. erw. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.

ANHANG A

Fragebogen

**FRAGEBOGEN ZUR ANWENDUNG
MOTIVIERENDER GESPRÄCHSFÜHRUNG
IN DER AMBULANTEN SUCHTHILFE NRW**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Thorsten Rahner. Ich bin Student des postgradualen Studiengangs „Master Suchthilfe“ der Katholischen Fachhochschule NW, Abteilung Köln, und Mitarbeiter einer Nordrhein-Westfälischen Sucht- und Drogenberatung. Im Rahmen meiner Abschlussarbeit führe ich eine Studie durch, um herauszufinden, inwieweit sich Motivierende Gesprächsführung in der Praxis der ambulanten Suchthilfe etabliert hat.

Auf den folgenden Seiten finden Sie zunächst einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person (Alter, Geschlecht etc.). Ihre Antworten auf diese Fragen werden – wie alle weiteren Angaben auch – absolut vertraulich behandelt. In wissenschaftlichen Berichten über diese Untersuchung werden ausschließlich die Ergebnisse statistischer Analysen beschrieben, die keinerlei Rückschlüsse auf die einzelnen Teilnehmer zulassen.

Ich möchte Sie herzlich bitten, sich an der Aktion zu beteiligen und den Fragebogen selbständig und ohne fremde Hilfe auszufüllen. Beantworten Sie bitte jede Frage: Es können lediglich vollständige Fragebögen ausgewertet werden.

Die Beantwortung des Fragebogens dauert etwa 10 -15 Minuten, kann direkt am PC durchgeführt werden und wird unkompliziert per E-Mail an mich zurückgeschickt.

Vielen Dank im Voraus!

Thorsten Rahner
Greifswaldweg 22,
48147 Münster

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben im Rahmen eines Forschungsprojekts ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden. (Bei Ihrem Einverständnis bitte das Kästchen anklicken!)

In den animierten und grau unterlegten Kästchen sind Text oder Zahlen anzugeben. Bei den anderen Kästchen reicht einfaches Anklicken zur Beantwortung aus.

Alter: Jahre (bitte eintragen)

Geschlecht:

- 1 weiblich
2 männlich

Familienstand:

- 1 ledig
2 eingetragene Lebenspartnerschaft
3 verheiratet, zusammenlebend
4 verheiratet, getrennt lebend
5 geschieden
6 verwitwet

Staatsangehörigkeit:

- 1 deutsch
2 andere: (bitte eintragen)

Muttersprache(n):

- 1 deutsch
2 andere: (bitte eintragen)

höchster erreichter Schulabschluss:

- 0 kein Abschluss
1 Hauptschul-/Volksschulabschluss
2 Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss
3 Abschluss der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule
4 (Fach-)Abitur
5 anderer Schulabschluss: (bitte eintragen)

Hochschulabschluss:

(Mehrfachantworten möglich)

- 0 kein Hochschulabschluss
1 Diplom Pädagogik
2 Diplom Psychologie
3 Diplom Sozialpädagogik/Sozialarbeit
4 Diplom Theologie
5 Staatsexamen Medizin
6 anderer Hochschulabschluss: (bitte eintragen)

Berufsausbildung:

- 0 keine
1 abgebrochen
2 abgeschlossen: (bitte eintragen)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Tätigkeit, Trägerschaft, Zuordnung der Klientel, usw. die jeweils den Schwerpunkt bildet. Wählen Sie bitte nur eine Antwortkategorie aus.

Erwerbstätigkeit:

- 1 Auszubildende(r)
- 2 Umschüler(in)
- 3 Angestellte(r)
- 4 Beamte(r)
- 5 Arbeiter(in)/Facharbeiter(in)
- 6 Selbstständige(r)/Freiberufler(in)
- 7 Schüler(in)
- 8 Student(in)
- 9 Anerkennungsjahr
- 10 sonstige: (bitte eintragen)

Trägerschaft Ihrer Stelle

- 1 Öffentlich-rechtlicher Träger
- 2 Freie Wohlfahrtspflege/gemeinnütziger Träger
- 3 Privatwirtschaftlicher Träger
- 4 Sonstiger Träger

Der Großteil Ihrer Beratungsstellenklientel hat Probleme im Umgang mit (nur einen Schwerpunkt)

- 1 Tabak
- 2 Alkohol
- 3 Medikamenten
- 4 Illegalen Drogen
- 5 Glücksspielen
- 6 Essen
- 7 Sonstigen Stoffen oder Verhaltensweisen

Arbeitsschwerpunkt (Mehrfachantworten möglich):

- 1 Beratung
- 2 Prävention
- 3 Therapie
- 4 niedrigschwellige Arbeit
- 5 aufsuchende Arbeit
- 4 andere Tätigkeit: (bitte eintragen)

Seit wie vielen Jahren sind Sie beruflich im psychosozialen oder medizinischen Bereich tätig?
Jahre (bitte eintragen)

Psycho- oder Suchttherapeutische Ausbildung:

- 0 nein
- 1 ja

Wenn "ja": Welche? (Mehrfachantworten möglich)

		begonnen	abgeschlossen
Gesprächspsychotherapie	1.1	<input type="checkbox"/>	1.2 <input type="checkbox"/>
Gestalttherapie	2.1	<input type="checkbox"/>	2.2 <input type="checkbox"/>
Hypnotherapie	3.1	<input type="checkbox"/>	3.2 <input type="checkbox"/>
Lösungsorientierte Kurzzeittherapie	4.1	<input type="checkbox"/>	4.2 <input type="checkbox"/>
Neurolinguistisches Programmieren	5.1	<input type="checkbox"/>	5.2 <input type="checkbox"/>
Psychoanalyse	6.1	<input type="checkbox"/>	6.2 <input type="checkbox"/>
Psychodrama	7.1	<input type="checkbox"/>	7.2 <input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	8.1	<input type="checkbox"/>	8.2 <input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9.1	<input type="checkbox"/>	9.2 <input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	10.1	<input type="checkbox"/>	10.2 <input type="checkbox"/>
Integrative Therapie	11.1	<input type="checkbox"/>	11.2 <input type="checkbox"/>
sonstige:	12.1	<input type="checkbox"/>	12.2 <input type="checkbox"/>

(bitte eintragen)

Motivational Interviewing

Haben Sie sich schon einmal über MI ("Motivierende Gesprächsführung") informiert? (*Mehrfachantworten möglich*)

- 0 Ich habe bisher keine Kenntnisse über Motivational Interviewing
1 Ich habe schon mal etwas darüber gelesen.
2 Ich habe einen Vortrag darüber gehört.
3 Ich habe an einer Fort- oder Weiterbildung darüber teilgenommen.
4 Ich habe im Rahmen meines Studiums etwas darüber gehört.
5 Ich habe im Rahmen meiner Ausbildung etwas darüber gehört.

Welche Fort- oder Weiterbildung in MI (Motivierender Gesprächsführung) haben Sie durchlaufen? (*Mehrfachantworten möglich*)

- 0 keine
1 MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen
2 „Motivierende Gesprächsführung“ Fortbildung des L&schäftsverb&es Westf.-Lippe (LWL)
3 Im Rahmen des Masterstudiengangs „Suchthilfe“ KFH NW, Abt. Köln
4 Im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ (Ärztekammer)
5 Sonstige (bitte eintragen)

Beantworten Sie bitte mit Hilfe einer Skala von 0-5 die drei folgenden Fragen:

(*Bitte kreuzen Sie jeweils nur ein Kästchen an.*)

Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung) ist ein direktives und klientenzentriertes Behandlungsverfahren, das erstmals von William R. Miller und Stephen Rollnick beschrieben wurde.

Wie vertraut sind Sie mit dem Behandlungsansatz Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung)?

- 0 1 2 3 4 5
- Mit Motivational Interviewing bin ich überhaupt nicht vertraut. Mit Motivational Interviewing bin ich sehr vertraut.

Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung) ist ein direktives und klientenzentriertes Behandlungsverfahren, das erstmals von William R. Miller und Stephen Rollnick beschrieben wurde.

In welchem Ausmaß ist ihre Arbeit mit den Klienten/Patienten von diesem Ansatz bestimmt?

- 0 1 2 3 4 5
- Meine Arbeit wird durch Motivational Interviewing überhaupt nicht bestimmt. Meine Arbeit wird durch Motivational Interviewing sehr bestimmt

Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung) ist ein direktives und klientenzentriertes Behandlungsverfahren, das erstmals von William R. Miller und Stephen Rollnick beschrieben wurde.

Wie kompetent sind Sie in der Anwendung des Ansatzes Motivational Interviewing?

- 0 1 2 3 4 5
- Ich bin überhaupt nicht kompetent in der Anwendung von Motivational Interviewing. Ich bin sehr kompetent in der Anwendung von Motivational Interviewing.

Auf den nächsten Seiten finden Sie eine Reihe möglicher Aussagen verschiedener Patienten bzw. Klienten. An jede Aussage schließen sich jeweils vier mögliche Antworten an. Wählen Sie bitte die Antwort aus, die Ihrer Meinung nach am hilfreichsten ist. Wählen Sie bitte nur eine Alternative aus, und beantworten Sie bitte jede Frage – auch wenn die Antwort Ihrer Ansicht nach nicht genau Ihre übliche Reaktion widerspiegelt.

(1) Also wenn ich mir so meine Kollegen anschau ... die trinken doch alle viel mehr als ich ...

- 1 Das höre ich hier ständig ...
- 2 Das sehen Sie ganz anders: Sie finden nicht, dass Sie besonders viel trinken ...
- 3 Ich wollte mit Ihnen eigentlich gar nicht über Ihre Kollegen sprechen ...
- 4 Lassen Sie uns doch offen miteinander reden ...

(2) Da hat man einmal was getrunken und wird angehalten ... Ja, glauben Sie denn wirklich, andere lassen den Wagen stehen, wenn die was getrunken haben?

- 1 Aber es geht jetzt doch um Sie ... Was die anderen machen, ist doch völlig egal ...
- 2 Es ärgert Sie gewaltig, dass ausgerechnet Sie jetzt hier auf der Anklagebank sitzen ...
- 3 Rein statistisch ist das ganz unwahrscheinlich, dass die Polizei jemanden anhält, der “nur mal eben ausnahmsweise” etwas mehr getrunken hat ...
- 4 Sie sollten das nicht auf die leichte Schulter nehmen!

(3) Ich bin nur hierher gekommen, weil mein Vater das wollte ... Der regt sich fürchterlich auf, weil ich ab und an mal kiffe ... total bescheuert ...

- 1 Ihren Eltern liegt offensichtlich viel an Ihnen ... Vielleicht sollten Sie ihre Sorgen ernster nehmen ...
- 2 Ihr Vater hat nicht ganz Unrecht: Cannabis ist nicht so harmlos, wie viele Leute denken.
- 3 Sie meinen, Ihr Vater übertreibt ... Sie sind nur hier, weil er Druck macht ...
- 4 Was machen Sie denn sonst so in Ihrer Freizeit? Kiffen Ihre Freunde auch?

(4) Ich habe meinem Sohn gestern eine geknallt ... Danach habe ich mich ganz elend gefühlt. Das darf einfach nicht passieren ...

- 1 Das passiert jedem mal ... Nehmen Sie sich das nicht so zu Herzen ...
- 2 Und gerade weil es Ihnen so wichtig ist, die Kinder nicht zu schlagen, machen Sie sich Vorwürfe...
- 3 Was hat er denn gemacht? Warum haben Sie ihn denn geschlagen?
- 4 Wahrscheinlich hat Ihr Sohn das besser weggesteckt als Sie ...

(5) Ich weiß nicht, was ich machen soll ... Ich weiß ja noch nicht mal, von wem das Kind ist, wahrscheinlich von irgendeinem Freier. Zuerst dachte ich: “Auf jeden Fall abtreiben!”, aber vielleicht sollte ich das Kind behalten und ‘ne Therapie machen ... Vielleicht komme ich dann endlich vom Stoff los, wenn ich mich um das Kind kümmern muss ...

- 1 Ein mutiger Schritt: Das kann eine Chance, ein Neuanfang sein ...
- 2 Haben Sie sich das gut überlegt? Ich bin da offen gestanden nicht so zuversichtlich ...
- 3 Sie sind hin und her gerissen: Einerseits wissen Sie nicht, wie das werden soll ... andererseits verbinden Sie mit dem Baby aber auch große Hoffnungen ...
- 4 Wie wollen Sie denn für sich und das Kind sorgen?

(6) Manchmal glaube ich, meine Diplom-Arbeit wird nie fertig. Ich hätte schon längst mit dem Schreiben anfangen sollen, und ich hätte eigentlich auch Zeit dazu gehabt, aber ich schiebe das schon Monate vor mir her ... Das wird immer schlimmer ...

- 1 Da sind Sie in guter Gesellschaft! Was glauben Sie, wie viele Studenten mit diesem Problem zu uns kommen?
- 2 Jetzt gucken Sie mal nicht so auf die anderen: Vielleicht sollten Sie mal aufhören, sich immer mit den anderen zu vergleichen ...
- 3 Verfahrene Situation: Je länger Sie die Sache vor sich herschieben, desto schwieriger wird es, doch noch anzufangen ...
- 4 Vielleicht ist das Thema nicht das richtige ... Haben Sie schon mal darüber nachgedacht?

(7) Mein Arzt meint sowieso, dass ich mir das alles nur einbilde, aber ich denke mir das doch nicht aus:

Ich wache jeden Morgen mit den Schmerzen auf ...

- 1 Da haben Sie ihn bestimmt nur missverstanden ...
- 2 Schmerzen können schon auch psychische Ursachen haben ...
- 3 Sie wollen nicht als Hypochonder abgetan werden ...
- 4 Was glauben Sie denn, wie er darauf kommt?

(8) Meine Kollegen schneiden mich ... Keiner geht auf mich zu ... Die sind alle total unterkühlt, reden nur mit mir, wenn es sich gar nicht vermeiden lässt ...

- 1 Eine beklemmende Atmosphäre ... als wären Sie Luft ...
- 2 Haben Sie das mal offen angesprochen?
- 3 Vielleicht sollten Sie mal den ersten Schritt machen und auf die anderen zugehen ...
- 4 Was glauben Sie denn, warum das so ist? Vielleicht neigen Sie ja dazu, da was überzubewerten ...

(9) Seit ich Abteilungsleiter bin, ist mir alles zuviel ... Und ich schaffe es auch nicht zu delegieren ...

- 1 Die Arbeit wächst Ihnen allmählich über den Kopf. Eigentlich wollen Sie nicht die ganze Arbeit auf Ihren eigenen Schultern tragen ...
- 2 Sie haben sehr hohe Ansprüche ... und machen sich damit das Leben schwer ...
- 3 Sie machen lieber alles alleine ... und trauen den anderen nicht so viel zu ...
- 4 Vielleicht sollten Sie einfach mal Urlaub machen und ausspannen ... Das war doch alles etwas viel in letzter Zeit ...

(10) Soll ich meinen Mann verlassen? Ich kann ihm das einfach nicht verzeihen ... Und ich weiß nicht, ob ich ihm noch mal vertrauen kann ... Aber ich will auch nicht einfach alles wegwerfen ...

- 1 Glauben Sie nicht, dass Sie sich falsche Hoffnungen machen? Nach allem, was passiert ist ...
- 2 Ich denke, die Frage müssen Sie sich selbst beantworten ... Diese Entscheidung kann Ihnen niemand abnehmen ...
- 3 Sie sind hin und her gerissen ... Sie empfinden trotz allem noch viel für Ihren Mann ...
- 4 Vielleicht sollten Sie ihm noch eine Chance geben ...

Vorgehen beim Zurücksenden:

Datei – Speichern unter (z.B. Eigene Dateien) – Mailprogramm (z.B. Outlook) öffnen – Neue E-Mail – (evtl. Betreff: Fragebogen) - Einfügen - Dateianlage „Fragebogen Motivierende Gesprächsführung“ wählen - einfügen – (gegebenenfalls hochladen)- Email Adresse ThorstenRahner@web.de eingeben – senden!

ANHANG B

Anschreiben und chronologischer Verlauf der E-Mail Anfragen

1. 21.02.07 MOVE – Trainer
2. 23.02.07 Beratungsstellen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege NRW
3. 05.03.07 ginko Mailingliste
4. 13.03.07 KFH Master
5. 26.03.07 Nachfassen ginko Mailingliste

Mailinglist: Beratungsstellen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege

23. Februar 2007; 09:22 Uhr

Von: Ute Cappenberg [mailto:Cappenberg@caritas-muenster.de]

Gesendet: Freitag, 23. Februar 2007 09:22

Betreff: Fragebogen zu Motivierender Gesprächsführung[Scanned]

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Rahmen seines Studiums bittet der Kollege Thorsten Rahner um Mitwirkung. Ich möchte Sie /Euch bitten, beigefügtes Schreiben zur Kenntnis zu nehmen und ggf. den Fragebogen ausgefüllt an Herrn Rahner zurückzusenden.

Herzlichen Dank für die Mitwirkung.

Ute Cappenberg

Caritasverband für die Diözese Münster

Referat Soziale Arbeit

Ute Cappenberg

Kardinal-von-Galen-Ring 45

48149 Münster

Telefon: 0251 8901 297

Telefax: 0251 8901 4288

E-Mail: cappenberg@caritas-muenster.de

Mailinglist KFH:

13.03.2007; 13:46 Uhr

Sehr geehrte Studierende und Absolventen des Masterstudiengangs Suchthilfe, anbei leite ich an Sie den Fragebogen eines Mitstudierenden weiter, der bei uns seine Masterarbeit schreibt. Seine Anfrage richtet sich insbesondere an Studierende/Absolventen, die in der ambulanten Suchthilfe NRW arbeiten. Alles Weitere können Sie dem Fragebogen entnehmen.

Herzlichen Dank und herzliche Grüße

S. Schinke-Sitter

Sabine Schinke-Sitter
Koordination Masterstudiengang Suchthilfe
Katholische Fachhochschule NW
Abt. Köln
Wörthstr. 10
50668 Köln
Tel. (0049) 221/7757-155
Fax (0049) 221/7757-180
E-Mail s.schinke-sitter@kfhnw.de

Mailinglist ginko:

Von: Angelika Fiedler [mailto:a.fiedler@ginko-ev.de]

Gesendet: Montag, 5. März 2007 11:47

An: Suchtvorbeugung@suchtvorbeugung.de

Betreff: [Mailingliste Suchtvorbeugung]Erhebung zur Tiefenwirkung der Motivierende Gesprächsführung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier ein Anschreiben und Erhebungsbögen von Thorsten Rahner, einem Studenten der "Master Suchthilfe" (alles Weitere im Anschreiben) zur "Tiefenwirkung" von MI. MOVE-TrainerInnen ist die Umfrage bereits zugegangen, dort gab auch schon Rücklauf (könnte aber mehr sein und hoffentlich noch werden!).

So möchte ich auf diesem Wege noch einmal dazu motivieren, Herrn Rahner bei seiner Diplom-Arbeit zu unterstützen und den Bogen auszufüllen.

Dies ist übrigens auch möglich und erwünscht, wenn zu MI keine oder nur geringe Kenntnisse vorliegen, das ist schließlich gerade spannend: Macht es einen Unterschied, ob man in Motivierender Gesprächsführung fortgebildet wurde oder nicht?

Die Ergebnisse werden natürlich veröffentlicht werden.

Mit freundlichen Grüßen

Angelika Fiedler
Projektkoordination
ginko e.v.
Kaiserstr. 90
45468 Mülheim/Ruhr
Tel: 0208/3006935
Fax:0208/3006949
e-mail: a.fiedler@ginko-ev.de

Nachfassen über Mailingliste ginko:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren

vielen Dank für die zahlreichen zurückgemeldeten Fragebögen für meine Masterarbeit zur "Etablierung von Motivierender Gesprächsführung in der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe NRW."

Sie sind eine sehr aufmunternde und gute Grundlage für die anstehende Auswertung. Wer möchte und dies bisher noch nicht getan hat, kann mir gerne in den nächsten Tagen einen ausgefüllten Fragebogen (siehe Anhang) zurück mailen. Danach werde ich die Befragung abschließen. Über die Ergebnisse informiere ich Sie und Euch voraussichtlich im Sommer/Herbst.

Noch einmal vielen Dank für die Unterstützung und

Herzliche Grüße

Thorsten Rahner

ANHANG C

Mail Frau Harbecke (LWL) vom 12.September 2006

Sehr geehrter Herr Rahner,

Seit 2001 bietet die LWL- Koordinationsstelle Sucht die Fortbildung Motivierende Gesprächsführung an. Es wurden seitdem 8 Veranstaltungen durchgeführt, bei denen ca. 120 Teilnehmer qualifiziert wurden. Für statistische Zwecke erfolgt die Differenzierung der Teilnehmer in ambulante und stationäre Arbeitsfelder seit Beginn der zweiten Jahreshälfte 2006. Leider wurden keine Veranstaltungen Motivierende Gesprächsführung seit Beginn der Erfassung durchgeführt und somit liegen auch noch keine Daten vor.

Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Babara Harbecke

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Master-Thesis selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle Zitate kenntlich gemacht habe.

Münster, 30.07.2007

Thorsten Rahner