

## **III.5 Workshop 5: Beratung mit Wirkung**

### **Marianne Roessler (Netzwerk OST)**

In diesem Beitrag werde ich anhand ausgewählter Ergebnisse aus der Psychotherapiewirkungsforschung zeigen, welche Faktoren in professionellen Helfer/innen-Klient/innen-Interaktionen maßgeblich sind, um für Klient/innen hilfreich zu sein. Im zweiten Teil des Beitrags werde ich ein einfach einzusetzendes Qualitätsmanagementinstrument, mit dem Wirkung gemessen werden kann, vorstellen.

### **Ergebnisse aus der Psychotherapiewirkungsforschung für die Beratungsarbeit nutzen**

Die Faktoren, die in professionellen Helfer/innen-Klient/innen-Interaktionen Wirkung zeigen, sind mittlerweile durch Studien aus der Psychotherapiewirkungsforschung gut erforscht und es besteht Übereinkunft darüber, dass die außertherapeutischen Faktoren den größten Einfluss (ca. 40%) auf Veränderungsprozesse haben. Außertherapeutische Faktoren sind zum einen zufällige Ereignisse, die der Zielerreichung dienen und zum anderen werden darunter Ressourcen der Klientin/des Klienten und ihres sozialen Netzwerks verstanden, die zu den gewünschten Veränderungen führen. (Lambert 1992, S. 97; Lambert/Shapiro/Bergin 1986, S. 158)

Innerhalb der Helfer/innen-Klient/innen-Interaktion ist der größte Wirkfaktor ein gelingendes Arbeitsbündnis (ca. 30%). Entscheidend ist dabei nicht die Einschätzung des Helfers/der Helferin, sondern vielmehr ob und in welchem Ausmaß die Klientin/der Klient das Arbeitsbündnis als gelingend erlebt, ob er/sie sich verstanden und respektiert fühlt und wie sehr es um die Themen und Anliegen geht, die für sie/ihn wichtig sind. Weitere wichtige Wirkfaktoren sind das Ausmaß der Hoffnung der Klient/innen auf positive Veränderungen (Veränderungserwartung) sowie Modell und Techniken, die professionelle Helfer/innen einsetzen und wie sehr sie von der Klientin/dem Klienten als hilfreich und passend angesehen werden (jeweils ca 15%; Lambert 1992, S. 97). Diese Wirkfaktoren werden als „Common factors“ bzw. als Gemeinsame Wirkfaktoren bezeichnet, da sie unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung bzw. von der Konzeption der psychosozialen Beratung wirken.

Die genannten Wirkfaktoren legen nahe, dass es für professionelle Helfer/innen mehrere Anknüpfungspunkte für die Gestaltung hilfreicher Hilfe gibt:

#### **1. Das Arbeitsbündnis**

Professionelle Helfer/innen sind gut beraten das Hauptaugenmerk auf ein seitens der Klientin/des Klienten als gelingend empfundenen Arbeitsbündnis zu richten. Und zwar nicht, indem sie zuerst an der „Beziehung“(Beziehungsaufbau) arbeiten, um in der Folge mit der eigentlichen Arbeit zu beginnen, sondern indem sie kontinuierlich an der Qualität des Arbeitsbündnisses arbeiten. Die Arbeit an Veränderungsschritten und die kontinuierliche Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung eines gelingenden Arbeitsbündnisses müssen zeitgleich geschehen und sind untrennbar miteinander verbunden.

#### **Faktoren für ein gelingendes Arbeitsbündnis**

##### **a) Die Theorien der Klient/innen wie Veränderung gelingen kann**

Professionelle Helfer/innen sollten ihr Behandlungsangebot so ausrichten, dass es zu den Ansichten, den Überzeugungen und den Vorstellungen der Klient/innen, wie Besserung erfolgen kann, passt. Damit dies gelingt ist es für professionelle Helfer/innen erforderlich, herauszufinden, welche Auffassungen für den Klienten/die Klientin handlungsleitend und von Bedeutung sind. (Frank 1985)

### **b) Die Ziele der Klient/innen**

Die Ziele der Klient/innen (das Wollen) bilden den Pfad für Veränderungsprozesse: Professionelle Helfer/innen müssen, um entlang der Ziele der Klient/innen arbeiten zu können kontinuierlich (zyklisch), immer wieder nach dem Wollen fragen, da Ziele nicht statisch sind (obwohl sie häufig so behandelt werden, nämlich als Ziele, die zu Beginn formuliert und dann als gegeben angesehen werden). In einer Konzeption, die den gemeinsamen Wirkfaktoren folgt, werden Ziele als dynamisch und als sich verändernd gesehen. Daher bleiben im Laufe der Helfer/innen-Klient/innen-Interaktion das (sich wandelnde) Wollen und die Ziele (im Sinne einer erwünschten Zukunft) fortlaufend im Fokus und werden mit bereits Erreichtem in Verbindung gesetzt.

### **c) Wie sehr die Methodik aus Sicht der Klient/innen zu ihnen passt**

Professionelle Helfer/innen müssen, wenn sie ihre Interventionsstrategien und ihr Vorgehen an den gemeinsamen Wirkfaktoren und den wissenschaftlichen Ergebnissen, was in Helfer/innen-Klient/innen-Interaktionen positiv wirkt, ausrichten wollen, mit einer forschenden Haltung von den Klient/innen lernen, welches Vorgehen – welche Methodik – zu ihnen passt und was sie als hilfreich empfinden. Dies ist deshalb entscheidend, da Klient/innen es abhängig davon machen für wie kompetent und glaubwürdig sie den Helfer/die Helferin einstufen. Auch „wäre es selbstverständlich nicht im besten Interesse des Klienten [der Klientin] (...), wenn das verwendete Modell oder Behandlungsverfahren einem pessimistischen Weltbild Vorschub leistet oder eine langwierige Abhängigkeit vom Therapeuten [von der professionellen Helferin] erforderlich macht. Ebenso wenig hilfreich wäre es, wenn der Ansatz auf irgendeine Weise die Selbstachtung oder die Selbstwirksamkeit des Klienten untergräbt oder seinen Wertvorstellungen oder religiösen Überzeugungen widerspricht“ (Miller/Duncan/Hubble 2000, S. 95).

### **d) Wie gut die Klient/innen die Helfer/innen-Klient/innen-Interaktion einschätzen**

Professionelle Helfer/innen können ihre Wirksamkeit erhöhen, indem sie Klient/innen explizit fragen, wie sie das Arbeitsbündnis einschätzen und was aus ihrer Sicht anders gemacht werden sollte, um von den Klient/innen zu lernen, wie Zusammenarbeit und Wirksamkeit gefördert werden können und dementsprechend ihr professionelles Handeln auszurichten.

## **2. Die Bedeutung von Hoffnung und Veränderungserwartung für hilfreiche Hilfe**

Für gelingende Veränderungsprozesse ist weiters maßgeblich, über wie viel Hoffnung Klient/innen verfügen, also wie zuversichtlich sie sind, dass Veränderung möglich und machbar ist. Gelingt es, Hoffnung und Zuversicht bei den Klient/innen zu stärken, so führt die gesteigerte Hoffnung zu einer erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung (Grossmann 2005), die wiederum zur Folge hat, dass sich Klient/innen als handelnde Akteur/innen erleben können, also als Personen, die durch ihre Handlungen<sup>1</sup>, Veränderungen in sozialen Interaktionen, Veränderungen in ihrem Leben bewirken (können). Interessanterweise ist auch das Ausmaß an Hoffnung der Helfer/innen für gelingende Helfer/innen-Klient/innen-Interaktionen maßgeblich, und zwar in zweierlei Hinsicht:

Haben Helfer/innen keine oder wenig Hoffnung auf positive Veränderung und damit eine geringe Veränderungserwartung, wirkt sich dies nachteilig auf die Chancen aus, dass positive Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden. (Snyder et al. 2006, S. 186)

Die Zuversicht des Helfers/der Helferin zum eigenen methodischen Handeln und in die eigene Wirksamkeit: Dafür braucht der professionelle Helfer/die professionelle Helferin eine Konzeption über das eigene beraterische/professionelle Handeln und ein Interventionsrepertoire und zwar einerseits zur Gestaltung des kommunikativen Prozesses und andererseits um die unterschiedlichen

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu den Diskurs zu agency: Emirbayer/Mische 1998

professionellen Handlungsprogramme zu steuern (Gaiswinkler/Roessler 2009).<sup>2</sup> „Better outcomes [are predicted] for therapists, who have hope both in their clients abilities to change and in the potential of what they have to offer the client to bring about change.“ (Snyder et al. 2006, S. 186)

Hoffnung kann befördert werden, indem auf Kompetenzen und Ressourcen und auf (kleine) Erfolge und Fortschritte fokussiert wird „Wenn es gelingt, beim (...) [Klienten] positive Erwartungen auf wirksame Hilfe und baldige Besserung zu induzieren, wird er sich wieder etwas zuversichtlicher fühlen und mit mehr Mut, Schwung und Vertrauen an die Dinge heran gehen. Dies führt zu kleinen Erfolgserlebnissen, die wiederum sein Vertrauen stärken, dass Veränderung möglich ist. Dies hebt seine Stimmung erneut und führt zu positiveren Zukunftserwartungen, die wiederum die Voraussetzungen für weitere Erfolgserlebnisse verbessern“<sup>3</sup> (Grawe 2000, S. 35) Hoffnung entsteht (...) indem eine erwünschte Zukunft mit der Klientin/dem Klienten entworfen wird und Klient/innen für sich machbare Umsetzungsstrategien entwickeln“ (Snyder 2001 et al. 195), und zwar Umsetzungsstrategien, die im eigenen Einflussbereich und damit auch innerhalb der eigenen Kontrolle liegen. (Roessler 2012)

### **Pre-session Change (Pre-treatment Change): Veränderungen vor dem Erstgespräch und zwischen den Beratungsgesprächen**

Veränderungen, die bereits vor der ersten professionellen Helfer/innen-Klient/innen-Interaktion stattfinden werden als „Pre-Session Change“ oder auch als „Pre-Treatment Change“ bezeichnet. (Howard et al. 1986, S. 163) Lawson (1994, S. 245) führte ein Forschungsprojekt zur Identifizierung des „Pre-Treatment Change“ durch, an dem 82 Klient/innen teilnahmen.<sup>4</sup> 62,2 Prozent berichteten von Verbesserungen in Bezug auf die Beschwerde bereits wenn sie zum ersten Gespräch kamen. Klient/innen berichten vor allem dann von Verbesserungen, wenn sie explizit danach gefragt werden. Das Erzählen von Verbesserungen bzw. das Berichten von Zeiten, in denen das Problem kleiner war, führt häufig erst dazu, dass die im systemisch-lösungsfokussierten Ansatz als Ausnahmen (De Jong/Berg 2008) bezeichneten Zeiten, von Klient/in und Helfer/in wahrgenommen werden.

Helfer/innen-Klient/innen-Beziehungen, in denen es innerhalb der ersten drei Sitzungen zu keinen Besserungen kommt enden durchschnittlich nicht positiv und Klient/innen, bei denen es innerhalb der ersten drei Sitzungen zu Verschlechterungen kommt, brechen doppelt so oft – im Vergleich zu jenen, die von Verbesserungen berichteten - die Therapie ab. (Miller et al. 2006)

Frühe Veränderungen sind wahrscheinlicher als Verbesserungen, die zu einem späteren Zeitpunkt des Hilfeprozesses stattfinden (Brown/Dreis/Nace 2006, S. 390). Frühe Verbesserungen möglichst früh zu erfassen (also auch jene, die bereits vor der ersten Beratung eingetreten sind) dient dazu, sie den Klient/innen bewusst zu machen und damit Hoffnung zu befördern. Es dient weiters dazu, auf ihnen in der Helfer/innen-Klient/innen-Interaktion aufzubauen, sie zu verstärken und damit die Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu stärken.

### **Große Unterschiede zwischen den professionellen Helfer/innen im Outcome**

Ich habe bisher gezeigt, dass es die Gemeinsamen Wirkfaktoren (Arbeitsbündnis, Hoffnung, Methodik/Techniken) sind, die wirken und dass es in erster Linie in der Helfer/innen-Klient/innen-

---

<sup>2</sup> In diesem Aufsatz beschreiben wir (Roessler/Gaiswinkler 2009) unser Verständnis von Handlungsprogrammen und deren Steuerung. Als Handlungsprogramm bezeichnen wir beispielsweise: 1.) Psychosoziale Beratung, 2.) Fachberatung (Informationen geben), 3.) Erschließen institutioneller Ressourcen, 4.) Geldaushilfen, 5.) Kontrolle (wie beispielsweise in der Jugendwohlfahrt), etc.

<sup>3</sup> Ich erlebe in meiner Praxis die Wirkmächtigkeit dieser Vorgehensweise: Obwohl der Gedankengang so banal scheint, ist es eine große Herausforderung gerade bei komplexen Problemlagen diesen wertschätzenden Blick auf die kleinen Veränderungen aufrecht zu erhalten.

<sup>4</sup> alle KlientInnen, die innerhalb einer Zeitspanne von drei Monaten die Familienberatungsstelle neu aufgesucht hatten.

Interaktion darum gehen sollte, von den Klient/innen zu lernen, was für sie hilfreich ist, um dementsprechend die Zusammenarbeit zu gestalten. Dies gelingt professionellen Helfer/innen unterschiedlich gut:

Okiishi et al. (2003) zeigen in einer Studie an der 1841 Klient/innen und 91 Therapeut/innen einer universitären Beratungsstelle im Zeitraum von 2,5 Jahren teilnahmen, dass es große Unterschiede zwischen den Therapeut/innen gibt. In dieser Studie wurden die Klient/innen vor jeder Sitzung mittels Fragebogen<sup>5</sup> zu ihrer aktuellen Lebenssituation befragt und auf diese Weise ermittelt, ob Verbesserungen eingetreten waren. Die Ergebnisse wurden gesondert für jeden Therapeuten/jede Therapeutin ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass Therapeut/innen unterschiedlich hilfreich für die Klient/innen waren:

Die Mehrzahl der Therapeut/innen konnte die Klient/innen so unterstützen, dass es ihnen im Laufe der Behandlung besser ging. Einige erreichten systematisch überdurchschnittliche Ergebnisse (10 Mal so starke Verbesserungen als der durchschnittliche Therapeut/die durchschnittliche Therapeutin mit einer geringeren Anzahl von Sitzungen (ebd. 366).

Bei drei Therapeut/innen ging es den Klient/innen durchschnittlich schlechter als vor der Behandlung

Okiishi et al. (2003) weisen in der Studie zusätzlich nach, dass diese Unterschiede nicht vom Geschlecht, nicht von der theoretischen Orientierung (Verhaltenstherapie, humanistisch, psychodynamisch), nicht von der Grundausbildung (Beratungsausbildung, klinische Psychologie, Sozialarbeit) und auch nicht – geradezu erstaunlich – von den Jahren an Schulung abhängig waren. (vgl. auch Albert, 1997; Jennings/Skovholt, 1999; Orlinsky/Howard 1980) Die Vermutung liegt nahe, dass es den drei besten Therapeut/innen besonders gut gelang die gemeinsamen Wirkfaktoren zu nutzen und am Bezugsrahmen der Klient/innen anzuknüpfen. (Saleeby 2006, S. 8; Roessler 2012)

Für professionelle Helfer/innen, die sicher gehen wollen, wirksam zu sein, sollte es also selbstverständlich sein, zum einen das Arbeitsbündnis und zum anderen die Ergebnisse ihrer professionellen Hilfe (Beratung/Therapie) zu monitoren, um die Klient/innen-Helfer/innen-Interaktion möglichst hilfreich gestalten zu können. Anker et al. (2010) zeigten in einer norwegischen Studie am Beispiel von Paartherapien, dass sich mittels Feedback Verfahren, die Ergebnisse von Helfer/innen-Klient/innen-Interaktionen deutlich verbessern lassen und dass die Verbesserung des Arbeitsbündnisses dazu wesentlich beitrug.

---

<sup>5</sup> In der Studie wurde der *Outcome Questionnaire 45*, abgekürzt OQ-45 eingesetzt. Hier werden 45 Dimensionen abgefragt (vgl. Gillapsy/Murphy/Murphy 2012:74<sup>5</sup>). Das Verfahren wurde von Lambert, Hansen, Umphress, Lunnen, Okiishi, Burlingame, Huefner & Reisinger (1996) entwickelt. Gillapsy/Murphy führen fünf randomisierte klinische Studien als Belege an: Harmon et al. (2007); Hawkins et al. (2004); Lambert et al. (2001; 2002); Whipple et al. (2003). Der OQ45 ist online verfügbar unter: [http://www.therapyworx.net/uploads/OQ-45.2\\_Adult.pdf](http://www.therapyworx.net/uploads/OQ-45.2_Adult.pdf)

## Von den Klient/innen lernen – ein Paradigmenwechsel

Die Sichtweise der Klient/innen ist, wie gezeigt wurde, entscheidend: Duncan/Miller/Sparks (2004) schlagen daher vor, die Klient/innen an den Fahrersitz bzw. ans Lenkrad der Veränderungen zu setzen ("Putting the client in the driver's seat" (ebd.: 2004, S. 79) Um dies tun zu können bedarf es eines Paradigmenwechsels: Weg von einem medizinischen, expert/innengesteuerten Paradigma (Anamnese, Diagnose-Behandlung-Evaluation: Kunstreich 2001, S. 300) - hin zu einem klient/innengesteuerten kooperativen Paradigma. Nachstehendes Modell zeigt die entscheidenden Unterschiede im Vorgehen:

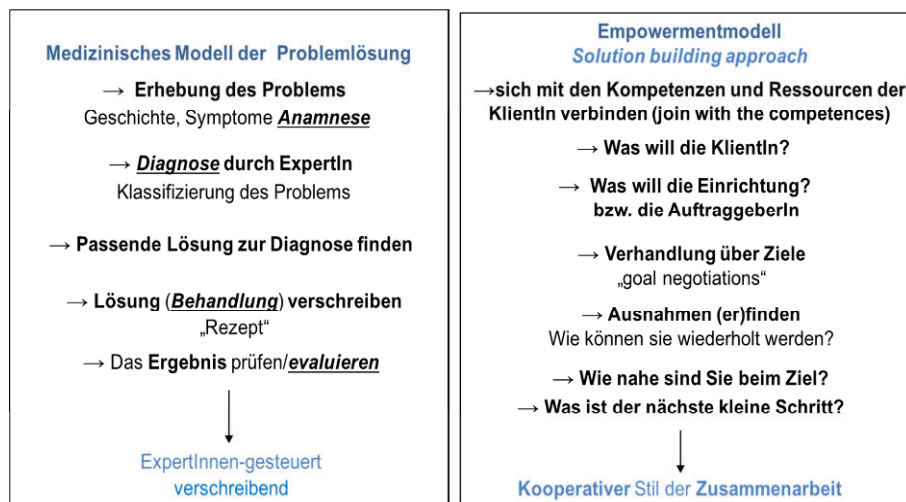


Abbildung: medizinisches Modell versus Empowermentmodell (Gaiswinkler/Roessler 2012)

Ein Vorgehen nach dem klient/innengesteuerten kooperativen Paradigma (Modell) ermöglicht es Helfer/innen, von den Klient/innen zu lernen und entlang der erwünschten Zukunft zu arbeiten. Es impliziert, dass Diagnose und Behandlung nicht getrennt vorgenommen werden und trägt damit dem Umstand Rechnung, dass Diagnostik immer auch wirkt und somit Behandlung ist. So zeigen beispielsweise die Ergebnisse einer Studie mit Agoraphobiker/innen (Southworth/Kirsch 1988), dass in der Versuchsgruppe, in der den Klient/innen die erste Intervention<sup>6</sup> bereits als Teil der Behandlung kommuniziert wurden, bessere Ergebnisse in der Reduzierung der Symptome erzielt wurden, als in jener Gruppe, in der die erste Intervention als Diagnostik kommuniziert worden war, um auf deren Ergebnissen die passende Behandlung erfolgen lassen zu können. Wenn also jede Diagnostik auch Intervention ist (Pantucek 2006, S. 78), so legt dies den Schluss nahe, von Beginn an die Diagnostik ressourcen- und kompetenzorientiert zu gestalten, entlang dem Wollen und der erwünschten Zukunft zu arbeiten und darüber Daten zu erheben.

### Das klient/innengesteuerte-ergebnisorientierte Verfahren (engl.: client-directed outcome-informed – CDOI)

Die referierten Forschungsergebnisse legen nahe, dass es unumgänglich ist, mit Klient/innen auf Augenhöhe zu kooperieren und darauf zu achten, dass nicht nur ein gutes Arbeitsbündnis entsteht, sondern es auch kontinuierlich aufrechterhalten wird. Sie legen auch nahe, Verbesserungen - erwünschte Ergebnisse - ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken, um (frühe) Verbesserungen nicht zu übersehen, sondern auch schon die ersten Anzeichen von Selbstwirksamkeit wahrzunehmen und aufzugreifen.

<sup>6</sup> Den TeilnehmerInnen der Studie wurde gesagt: „Gehen Sie so weit von zu Hause weg, wie es Ihnen möglich ist und wenn Sie Angst bekommen kehren Sie um. Das sollen Sie über einen definierten Zeitraum täglich tun.“

## Der Nutzen für Auftraggeber/innen

An Ergebnissen und raschen Verbesserungen sind auch Auftrag- und Geldgeber/innen interessiert:

Als Antwort auf diesen Wunsch verlangen Geldgeber/innen von Auftragnehmer/innen immer verfeinere Dokumentation und Statistiken, die häufig mehr Zeit in Anspruch nehmen, als in der alltäglichen Arbeit zur Verfügung steht und wenig bis keine Aussagekraft haben. Die eingeforderten Zahlen geben oft wenig bis keine Auskunft über Wirkung und Erfolge in der Arbeit und sind häufig nicht mehr als Zahlenfriedhöfe. Unter dem Gesichtspunkt, dass es einerseits 80% der Klient/innen, die Psychotherapie oder psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen, besser geht als davor, es aber andererseits zwischen den Helfer/innen große Unterschiede bei den Ergebnissen (Outcome) gibt (Asay/Lambert 2001), es manchen Klient/innen – wie gezeigt wurde – sogar schlechter geht, ist es m.E. ethisch geboten, Erfolge zu messen. Es stellt sich also die Frage, wie eine aussagekräftige Messung, die sinnvolle Ergebnisse liefert, konzipiert sein muss? Fest steht, dass ein Erfassen der Aktivitäten (wie Anzahl der Telefonate, Teilnahme an Treffen, Kontakte, Länge der Beratung etc.) nur eine Aussagekraft darüber haben, wie viel der Helfer/die Helferin gearbeitet hat – wie tätig er/sie war, nicht jedoch über das Ergebnis und auch nicht darüber, wie effektiv die angebotene Hilfe für den Klienten/die Klientin war.

Eine Antwort auf den Bedarf den effektiven Mitteleinsatz belegen zu können, stellt das von Miller/Duncan/Hubble/Sparks (2004) entwickelte Qualitätsmanagementverfahren dar (CDOI<sup>7</sup>-Verfahren - siehe Anhang). Mit dem CDOI-Verfahren werden zwei Dimensionen von quantifizierbaren Daten erhoben und auf diese Weise aussagekräftige Ergebnisse über die Wirksamkeit erzielt. Da, wie gezeigt wurde, die Qualität des Arbeitsbündnisses ein entscheidender Prädiktor für die Ergebnisse ist, wird mit dem klient/innengesteuerten ergebnisorientierten Verfahren zum einen die Qualität des Arbeitsbündnisses (am Ende jedes Beratungsgesprächs) gemessen und zum anderen wird erhoben, inwiefern und in welchem Ausmaß, Klient/innen von Verbesserungen berichten und zwar bereits im Erstgespräch (pre-session change) und zu Beginn jeder Folgesitzung. Der Charme dieses Verfahrens liegt m.E. und wie 1000ende Praktiker/innen berichten darin, dass es mit wenig Zeit regelmäßig eingesetzt werden kann, ein valides Verfahren ist und rasch zeigt, ob Verbesserungen bemerkbar sind. Es bietet professionellen Helfer/innen die Möglichkeit, ihre Vorgehensweisen und ihre Interventionsstrategien passgenau und klient/innenspezifisch einzusetzen und damit wirkungsvoller die Klient/innen-Helfer/innen-Interaktion zu gestalten. Darüber hinaus macht es für Klient/innen und Helfer/innen die eintretenden Verbesserungen sichtbar, befördern damit bei beiden Hoffnung und stellen – auch nicht unwesentlich – eine wirksame Burn Out Prophylaxe dar.

Auftraggeber/innen wird mit diesem Verfahren ein Instrument in die Hand gegeben, mit dem sie den effektiven Einsatz von Mitteln nachweisen können und sie ziehen einen weiteren Nutzen, nämlich dass Fördermittel für die unmittelbare Klient/innenarbeit verwendet werden können und nicht für das Führen von Statistiken, die keine Aussagekraft haben und die professionellen Helfer/innen nicht helfen, bessere Wirkung bei ihren Klient/innen zu erzielen.

## Links

CDOI-Bögen als Download und Wirkungsforschung: <http://scottdmiller.com/performance-metrics/>  
oder [http://www.netzwerk-ost.at/publikationen/pdf/publikationen\\_diagnostik.pdf](http://www.netzwerk-ost.at/publikationen/pdf/publikationen_diagnostik.pdf)

Outcome Questionnaire (OQ 45 Download: [http://www.therapyworx.net/uploads/OQ-45.2\\_Adult.pdf](http://www.therapyworx.net/uploads/OQ-45.2_Adult.pdf))

Zahlreiche Publikationen verfügbar unter: [www.netzwerk-ost.at](http://www.netzwerk-ost.at)

Kontakt: [roessler@netzwerk-ost.at](mailto:roessler@netzwerk-ost.at)

---

<sup>7</sup> Dieses Verfahren knüpft am OQ 45 an, stellt allerdings ein vereinfachtes Verfahren dar und ist damit leichter in jeder Sitzung einsetzbar ist.