

## » Case Management und Motivierende Beratung<sup>1</sup>

Martin Schmid, Irmgard Vogt

Institut für Suchtforschung i.Gr., Fachhochschule Frankfurt a.M.

**Zusammenfassung:** Im geplanten Modellversuch zur opiatgestützten Behandlung werden neben den Effekten der verschriebenen Substanzen auch verschiedene Formen der psychosozialen Begleitung erprobt. Ein zu testender Ansatz ist dabei die Kombination aus Case Management mit integrierter Motivierender Beratung.

Die Entwicklung des Ansatzes greift auf mittlerweile bewährte Ansätze und Methoden der Drogenhilfe zurück. Insbesondere in den USA sind Case Management und Motivierende Beratung allein und in Kombination eingesetzt und empirisch auf ihre Effektivität untersucht worden. Case Management stellt den organisatorischen Handlungsrahmen zur Verknüpfung der Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten nach Unterstützung durch andere soziale Dienste und andere Hilfesysteme unter Einbeziehung informeller Netzwerke her, Motivierende Beratung fordert eine akzeptierende und empathische Grundhaltung ein und setzt am Aufbau einer helfenden Beziehung an. Die Kombination der beiden Ansätze kann auch über den Modellversuch hinaus genutzt und in der Drogenhilfe implementiert werden.

**Schlüsselwörter:** Heroingestützte Behandlung – Psychosoziale Interventionen – Case Management – Motivierende Beratung – Drogentherapie – Sozialarbeit

**Case Management and Motivational Interviewing:** Psychosocial intervention strategies in the trials of opiate assisted treatment are discussed since many years. It is now assumed that outcome differences vary systematically not only with different substances offered to opiate addicts such as methadone and prescription heroine, but also in combination with psychosocial interventions.

Studies in the USA show that case management in combination with motivational interviewing is very effective in the treatment of alcoholics and drug addicts. Case management describes an organisational framework linking clients needs with psychosocial services and informal networks. The concept of the motivational interviewing stresses the importance of the relationship between counsellors and clients and the influence of the former to motivate the latter to change which is facilitated within well established social networks. In the following, the authors emphasize the qualities of the combination of case management and motivational interview-

ing as a rather new approach to psychosocial intervention with drug addicts in Germany.

**Key words:** Heroin Prescription – Psychosocial Interventions – Case Management – Motivational Interviewing – Drug Therapy – Social Work

### Einleitung

Im Rahmen des geplanten Modellversuchs zur opiatgestützten Behandlung werden nicht nur die Wirkungen zweier verschiedener ärztlich verordneter Substanzen (Methadon und Heroin), sondern auch unterschiedliche psychosoziale Interventionen – zum einen Case Management in Kombination mit Motivierender Beratung, zum anderen die Kombination von allgemein üblicher Drogenberatung mit Psychoedukation [1] – verglichen. Randomisierung und Kontrollgruppendesign ermöglichen die Analyse sowohl substanzbezogener als auch psychosozialer Fragestellungen und die Zuordnung unterschiedlicher Effekte zu den einzelnen Behandlungsformen.

Die ambulante Drogenhilfe in Deutschland kann inzwischen auf eine rund dreißigjährige Geschichte zurückblicken. In dieser Zeit sind viele unterschiedliche Konzepte ausprobiert, verändert und zum Teil auch wieder verworfen worden. Die Drogenhilfe hat immer wieder innovative Wege gesucht und gefunden, aber bis heute ist es ihr nicht gelungen, ein klar erkennbares Set an Methoden und Ansätzen hervorzubringen, die bundesweit nach annähernd gleichen professionellen Standards und Indikationen angewandt werden. Die konkreten Formen der Drogenberatung und Drogenhilfe variieren innerhalb Deutschlands, aber auch innerhalb einzelner Städte und wahrscheinlich sogar innerhalb einer Beratungsstelle. Zwar finden sich heute in den meisten Städten bei vielen ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen gleichlautende Angebote wie z.B. „psychosoziale Betreuung“, „niedrigschwellige Hilfen“ oder „ambulante Therapie“, aber diese Angebote sind meist nur vage beschrieben und höchstens ansatzweise standardisiert und so gut wie gar nicht manualisiert. Zum Beispiel liegen für die psychosoziale Begleitung von Abhängigen, die medikamentös behandelt werden (Substitutionsbehandlung), zwar verschiedene Vorschläge für Behandlungsstandards vor, aber diese sind über die Diskussion nicht hinausgekommen

Suchttherapie 2001; 2: 73–79

© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York  
ISSN 1439-9903

<sup>1</sup> In diesen Beitrag sind viele Überlegungen eingegangen, die gemeinsam mit Martina Schu, FOGS Köln, erarbeitet und diskutiert wurden.

[2,3]. Kontrollierte wissenschaftliche Studien zu den verschiedenen Ansätzen der psychosozialen Begleitung von Drogenabhängigen gibt es in Deutschland nicht.

Bei der Auswahl der psychosozialen Interventionen für den Modellversuch kann deshalb nicht einfach auf bewährte standardisierte Verfahren zurückgegriffen werden. In diesem Artikel wird dargelegt, warum sich die Studiengruppe u. a. für die Methode des Case Managements mit integrierter Motivierender Beratung entschieden hat und wie diese Form der psychosozialen Intervention im Modellversuch umgesetzt werden soll.

### 30 Jahre ambulante Drogenberatung

Im Vergleich zu den auf die Beratung und Behandlung von Frauen und Männern mit Alkoholproblemen spezialisierten Einrichtungen, die heute auf eine über hundertjährige Geschichte zurückblicken können [4,5], ist die Drogenhilfe ein junges Hilfesystem, das erst Anfang der 70er Jahre als Reaktion auf den zunehmenden Konsum illegaler Drogen vor allem durch Jugendliche entstanden ist. In der kurzen Zeit von 30 Jahren hat es sich seither mehrfach verändert und vor allem weiterentwickelt [6]. Am Anfang waren es u. a. Pastoren, Ex-User, Studenten und Mitarbeiter aus der Jugendhilfe, die erste Release-Gruppen, Release-Zentren und Wohnkollektive in Deutschland aufbauten, an die sich Drogenkonsumenten und Drogenabhängige wenden konnten, wenn sie Hilfe brauchten [7,8]. So chaotisch und unprofessionell diese Gruppen auch arbeiteten, es gelang ihnen dennoch besser als den etablierten Einrichtungen des Gesundheitssystems und der Jugendhilfe, Kontakt zu den mit unterschiedlichen Drogen experimentierenden Jugendlichen aufzunehmen und zu halten.

Den ersten Professionalisierungsschub setzte das Bundesgesundheitsministerium in Gang mit einem Großmodell, in dessen Rahmen von 1973 bis 1978 über hundert Projekte finanziell gefördert und durch das Institut für Therapieforschung (IFT) evaluiert wurden [9]. Ein Ergebnis dieser Anstrengung war die Aufstellung von „Mindestkriterien“ für die Ausstattung der Einrichtungen, die Ausbildung der Mitarbeiter und die Dokumentation insbesondere von Angaben zur Klientel. An die Einhaltung dieser Mindestkriterien koppelten die Länder die finanzielle Förderung der Einrichtungen – ein Vorgang, der damals auf massiven Widerstand stieß. Dennoch führte das Verfahren zu einer ersten Stufe der Standardisierung der Hilfe; es verhalf dem Einrichtungstyp „Jugend- und Drogenberatungsstelle“ flächendeckend zum Durchbruch. Die Mitarbeiter der Jugend- und Drogenberatungsstellen waren überwiegend Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagoginnen. Damit war die professionelle Ausrichtung der ambulanten Drogenhilfe für ca. 2 Jahrzehnte festgelegt. Daran hat sich erst in der Umbruchsituation zu Beginn der 90er Jahre Entscheidendes geändert mit der Einführung der medikamentösen Behandlung (Substitution) von Drogenabhängigen als eine Art Regelversorgung. In der ambulanten Drogenhilfe in den 70er und 80er Jahren bestimmten vor allem Sozialarbeiter und Sozialpädagogen das Profil. Sie orientierten sich zunächst an etablierten Arbeitsansätzen wie dem der Einzelfallhilfe, die sich in Deutschland in den 50er und 60er Jahren aus dem amerikanischen „case work“ entwickelt hatte. Auch darüber hinaus wurden Verfahren aus den USA aufgenommen. So

wurde in manchen Jugend- und Drogenberatungsstellen die Einzelfallhilfe mit Ansätzen der klientenzentrierten Gesprächsführung [10] zusammengebracht.

Die Anwendung der Kombination eines an Rogers angelehnten Beratungsverständnisses mit sozialarbeiterischen Methoden der Einzelfallhilfe dauerte allerdings nicht lange an. Zunächst war es die Methodenkritik der Studentenbewegung, die die Einzelfallhilfe in Verruf brachte. Der Einzelfallhilfe wurde vorgeworfen, sie individualisiere gesellschaftlich bedingte Probleme, statt sie als Gesellschaftsprobleme zu definieren und entsprechend politisch zu bearbeiten. In Fortsetzung dieser Überlegungen wurde versucht, Drogenkonsumenten und Drogenabhängige für die politische Arbeit zu gewinnen, ein Vorgehen, das schnell scheiterte [11].

In der sozialen Arbeit traten gruppenpädagogische Verfahren und die Gemeinwesenarbeit an die Stelle der Einzelfallhilfe. Für die Jugend- und Drogenberatungsstellen brachten diese Methoden allerdings wenig. Parallel hierzu veränderte sich die Drogenszene selbst. Immer deutlicher wurde Heroin zur Leitdroge auf den offenen Drogenszenen, immer unbedeutender wurden die Verbindungen zwischen Drogenszene und Protestbewegung und immer größer wurde die Distanz zwischen Drogenberatern und ihren Klientinnen und Klienten. Das empathische Verstehen im Sinne von Rogers trat in den Hintergrund, während konfrontative Verfahren zunehmend beliebter wurden [12]. In den stationären Einrichtungen wurde mit immer autoritäreren Methoden versucht, die vermeintliche Suchtpersönlichkeit zu zerstören, um danach einen „neuen Menschen“ mit „neuen“ psychischen Strukturen aufbauen zu können. Während in anderen psychosozialen Arbeitsfeldern die Bedeutung der helfenden Beziehung und die dafür notwendige empathische Haltung des Beraters oder Therapeuten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nie ernsthaft in Frage gestellt wurde, entwickelte sich in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe ein verzerrtes Verständnis von Leidensdruck und Motivation, das einen autoritären, konfrontativen Beratungs- und Behandlungsstil begünstigte.

Diese Entwicklung lässt sich für Deutschland ebenso beobachten wie etwa für die USA [13]. Die Funktionen der ambulante Drogenhilfe reduzierten sich bei Opiatabhängigen in Deutschland im Wesentlichen auf die Vermittlung in die stationäre Therapie, da jede Form der ambulanten Begleitung als suchtv Verlängernd angesehen wurde. Damit waren sowohl die Einzelfallhilfe als auch die sich entwickelnden Ansätze zu einem eigenständigen Beratungsverständnis an ihr Ende gekommen. In den 80er Jahren wurde der Königsweg der Behandlung für Opiatabhängige in der „therapeutischen Kette“ gesehen, innerhalb derer die ambulanten Einrichtungen vor allem die Funktion der Weitervermittlung der Klientel in nachfolgende Einrichtungen hatten.

Ende der 80er Jahre war die Verelendung der Klientel auf den offenen großstädtischen Drogenszenen unübersehbar. Dazu kam das stetige Ansteigen der Zahl der Drogentoten sowie der HIV-Positiven unter den Drogenabhängigen. Ein nächster Veränderungsschub der Drogenhilfe setzte ein. Unter dem Schlagwort der „akzeptierenden Drogenhilfe“ entstanden neue Ansätze, bei denen Überlebenshilfen und Schadensminimierung im Vordergrund standen [14]. Mit der Einrichtung von Spritzentauschprogrammen, Kontaktläden und

Drogenkonsumräumen gelang es den Beratenden zunächst, wieder Kontakt zu vielen Drogenabhängigen aufzunehmen, die sich in der autoritären Phase der Drogenhilfe vom Hilfesystem abgewandt hatten. Die medikamentöse Behandlung (Methadonsubstitution), die nach jahrelanger Tabuisierung Ende der 80er Jahre zunächst vorsichtig erprobt wurde und sich inzwischen zur Standardbehandlung entwickelt hat, veränderte die Drogenhilfe ein weiteres Mal. Sowohl im Rahmen der medikamentösen Behandlung (Substitution) als auch durch die erwähnten niedrigschwelligen Angebote ergab sich eine neue Bedeutung für ambulante Formen psychosozialer Unterstützung. Gleichzeitig wurde u.a. durch eine Reihe von Modellprogrammen und Studien deutlich, dass die Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe, die sich jetzt mühsam in Methadonambulanzen, Kontaktläden und anderen niedrigschwelligen Angeboten stabilisierten, meist langjährige Opiatabhängige mit vielfältigen psychosozialen Problemen waren, ohne deren Bearbeitung eine anhaltende Rehabilitation nicht denkbar war.

### Case Management in der Drogenhilfe

Für Sozialarbeiter, die über Versorgungsangebote zur Befriedigung von Grundbedürfnissen und medikamentöse Behandlung hinaus auf diese Situation reagieren wollten, bot es sich an, auf Modelle der Einzelfallhilfe zurückzugreifen. Allerdings fehlte es hier an modernen Konzepten, die zur Situation der Drogenhilfe und der Drogenabhängigen gepasst hätten. Die Klientinnen und Klienten hatten in fast allen Lebensbereichen eine Vielzahl von Problemen, die zu bearbeiten waren. Der einzelne Drogenberater war überfordert, wollte er gleichermaßen kompetent Schuldnerberatung und Entschuldungshilfen, Arbeitsplatzvermittlung und Jobtraining, Wohnungsvermittlung, Rechtsberatung und Psychotherapie bei einem einzelnen Klienten anbieten. Allerdings war seit den 70er Jahren das Netz der Hilfe- und Unterstützungssysteme stark angewachsen und eine Gruppe von Drogenabhängigen nutzte bereits die vielfältigen Angebote. Folglich waren nicht nur Drogenberater, sondern eine Reihe anderer psychosozialer und sonstiger Dienste mit einzelnen Drogenabhängigen befasst. Im Einzelfall konnten das z.B. die Bewährungshilfe (wegen Strafaussetzung zur Bewährung), das Jugendamt (etwa wegen Sorgerechtsfragen), die Schuldnerberatung, mehrere Ärzte, der Sozialpsychiatrische Dienst, das Sozialamt und ein Psychotherapeut sein. Es kann nicht verwundern, dass in dieser Situation die ersten Veröffentlichungen zum Case Management [15,16] in der Drogenhilfe auf großes Interesse stießen. Für die Rezeption dieses Ansatzes in der Drogenhilfe in Deutschland war von Anfang an weniger die Kontroverse um Managed Care oder Case Management bedeutsam als vielmehr die Möglichkeit, Klientinnen und Klienten mit einem hohen Bedarf an Hilfen vergleichsweise kurzfristig mit den entsprechenden Anbietern dieser Hilfen verknüpfen zu können, sich dabei an einer strukturierten Vorgehensweise zu orientieren und gleichzeitig das individuell zu knüpfende Unterstützungsnetz steuern zu können. Das für das Case Management zentrale Phasenmodell (Vereinbarung über Zusammenarbeit, Assessment, Zielvereinbarung und Hilfeplanung, Durchführung, Monitoring, Re-Assessment, abschließende Ergebnisbewertung) bietet einen strukturierten und überprüfbaren Weg, um auch Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemlagen effektiv durch die Hilfe- und Unterstützungsnetze des Deutschen Wohlfahrts-

staates zu führen. Mit der Abfolge Hilfeplanung – Monitoring – Re-Assessment ist zudem eine Qualitätsschleife eingebaut, die dieses Modell anschlussfähig für moderne Qualitätssicherungssysteme macht.

Zusätzliche Attraktivität erwuchs dem Konzept des Case Management in der Drogenhilfe noch aus einem anderen Grund. Die Entstehung niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote war zunächst begleitet von offenen oder versteckten Entprofessionalisierungstendenzen, die teilweise an die frühen Release-Projekte erinnerten [17]. Abhängiger Drogenkonsum wurde teilweise verstanden als selbstgewählter Lebensstil, den die Berater akzeptieren und lediglich in seinen gesundheitlichen Risiken begrenzen sollten. Daraus ergab sich die Schwierigkeit, die eigene Rolle des Drogenberaters, Kontaktladenmitarbeiters oder psychosozialen Begleiters professionell zu definieren und von der eines informellen Unterstützers abzugrenzen. Case Management als strukturiertes Ablaufmodell mit klar definierten Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bietet hier die nötige professionelle Rollenklärung, die einerseits Akzeptanz und Empathie im Sinne von Rogers verlangt, andererseits klare Grenzen zieht zwischen Klient und Berater.

In der amerikanischen Sozialarbeit generell und insbesondere in der Drogenhilfe ist Case Management inzwischen weit verbreitet. So berichten z.B. Ball und Ross in ihrer Methadonstudie von verschiedenen Beratungsmethoden in den von ihnen untersuchten sechs Behandlungseinrichtungen, die aber alle auf einem Case-Management-Konzept aufsetzen: „After a patient has been added to the caseload, the counselor is responsible for developing and implementing an ongoing treatment plan, monitoring compliance and progress, and documenting the delivery of services. This function of case management involves maintenance of an active folder or jacket of information about each patient' history, present needs, and treatment status. Case management also involves joint conferences in which a patient' treatment status is reviewed by his designated counselor along with other staff in order to obtain additional advice about the most appropriate course of treatment to follow. Case management also involves recommending or implementing social service liaison and referrals for patients“ [18].

Aus den USA liegen auch erste kontrollierte Studien vor, die die Überlegenheit von Case Management gegenüber „treatment as usual“ nachweisen. So zeigte sich etwa bei einer dreijährigen randomisierten Kontrollgruppenstudie mit 316 Drogenabhängigen mit intravenösen Konsummustern, die allesamt vielfältige psychosoziale Probleme hatten, dass die Klientinnen und Klienten mit Case Management ihren Drogenkonsum nach 18 Monaten stärker reduziert hatten und in größerer Anzahl, schneller und länger weiterführende Behandlungen in Anspruch nahmen als die Klientinnen und Klienten aus der Vergleichsgruppe mit „treatment as usual“ [19]. In den USA liegen mittlerweile unterschiedliche Konzepte für Case Management vor, die von kurzfristigen Vermittlungsmodellen bis hin zu längerfristigen Rehabilitationsmodellen reichen [20]. Ein wichtiges Differenzierungsmerkmal ist dabei neben der Laufzeit der jeweiligen Modelle auch die Fallzahl je Case Manager.

In Deutschland wurde Case Management in der Suchtkrankenhilfe bisher vor allem im Rahmen zweier Modellprojekte erprobt. Zwischen 1994 und 1997 wurde in Bochum Case Management im Kontext eines größeren Programms zur Verbesserung der Kooperationsstrukturen bei der Versorgung von so genannten „chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken“ eingesetzt [21]. 1995 wurde unter dem Titel „Kooperationsmodell Nachgehende Sozialarbeit“ vom Bundesgesundheitsministerium ein umfangreiches Modellprojekt aufgelegt, in dessen Mittelpunkt die Anwendung von Case Management in 33 Modellprojekten stand [22], [23], [24], vergleiche auch den Artikel in diesem Heft]. Erste Zwischenergebnisse belegen, dass Case Management geeignet ist, auch schwierige Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe mit den nötigen Unterstützungsleistungen zu verknüpfen. Allerdings zeigt sich auch, dass Case Management in der Drogenhilfe nicht auf die vermittelnde und koordinierende Funktion beschränkt werden kann, sondern dass es allemal des Aufbaus einer helfenden Beziehung zwischen Case Manager und Klient bedarf, damit die im Hilfeplan angesteuerten Ziele auch erreicht werden. Zum Aufbau der Beziehung und zur Stärkung der Veränderungsmotivation soll im Modellversuch zur opiatgestützten Behandlung der Ansatz der „Motivierenden Beratung“ in das Case Management integriert werden.

### Motivierende Beratung in der ambulanten Drogenhilfe

Im Verständnis der Drogenhilfe in Deutschland hat sich die Bedeutung des Begriffs „Motivation“ im Laufe der letzten drei Jahrzehnte mehrfach verschoben. In der konfrontativen Phase der Drogenhilfe spielte Motivation als Motor von Veränderung keine große Rolle. Motivation wurde als Voraussetzung für die Aufnahme in Langzeittherapieeinrichtungen zwar „geprüft“, den Drogenberatern und Therapeuten standen aber kaum Methoden und Techniken zur Verfügung, um auf die Motivation Einfluss zu nehmen. Aber auch vom Ansatz der akzeptierenden Drogenhilfe aus war Motivation zu Verhaltensänderungen erst einmal eher unwichtig. Solange unter Akzeptanz verstanden wurde, Drogenkonsum und im Notfall auch Drogenabhängigkeit als eine Art alternativen Lebensstil anzunehmen, scheuten die Berater davor zurück, aktiv auf die Veränderungsbereitschaft ihrer Klienten hinzuwirken.

Die inzwischen zu beobachtende Professionalisierung und Differenzierung hat den Blick auf komplexere Modellvorstellungen zur Motivation geöffnet. Inzwischen sieht es die Drogenhilfe immer mehr als ihre Aufgabe an, Motivation zur Verhaltensänderung behutsam aufzubauen und zu stärken und Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen, um auf diesem Wege die Voraussetzungen für Veränderungen zu schaffen.

Das „Motivational Interviewing“ [25–27] wurde anfangs der 90er Jahre entwickelt und wird seither in den USA mit Erfolg in der Alkohol- und Drogenberatung eingesetzt. Aufbauend auf Stadienmodellen der Motivation [28] entwickelten Miller und Rollnick die Methode der Motivierenden Beratung, mit der sie die eher theoretisch orientierten Erklärungsansätze von Prochaska und DiClemente für die psychosoziale Praxis nutzbar machten.

Motivation wurde von Miller und Rollnick als komplexer, wandelbarer und vom Berater beeinflussbarer Zustand beschrieben, der in verschiedenen Phasen eine jeweils unter-

schiedliche Ausprägung erhält. Dieser Ausgangspunkt ist so allgemein gewählt, dass er auch angesichts der an der empirischen Überprüfbarkeit des Stadienmodells von Prochaska und DiClemente geübten Kritik [29] gültig bleibt. Aufgabe des Beraters im Rahmen der Motivierenden Beratung ist es, die jeweils adäquate Technik in der Gesprächsführung anzuwenden. Ziel des Beratungsprozesses ist es, den Klienten bei dem Weg durch die unterschiedlichen Stadien der Motivation zu begleiten und voranzubringen. Neben einer Sammlung von Techniken für die einzelnen Phasen beschreibt die Motivierende Beratung vor allem eine therapeutische Grundhaltung, die statt auf Konfrontation auf Akzeptanz und Empathie im Sinne von Rogers und auf Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung abzielt. Damit knüpft die Motivierende Gesprächsführung an die klientenzentrierte Gesprächsführung an, unterscheidet sich aber wiederum von dieser.

In Abgrenzung zu Rogers Ansatz ist die Motivierende Beratung deutlich direkter. Tatsächlich verbindet sich der auf den Aufbau einer helfenden Beziehung angelegte Ansatz der Gesprächsführung mit zentralen Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie, wie sie insbesondere von Beck u. Mitarb. ausgearbeitet worden ist [30,31]. Die Beratenden sind nicht nur passive Zuhörer bzw. Spiegel der Emotionen ihrer Klientel, sie regen diese vielmehr mit gezielten Interventionen dazu an, Änderungen nicht nur zu wünschen, sondern sich um diese auch zu bemühen. Im FRAMES-Acronym sind – in englischer Sprache – wichtige Elemente der Motivierenden Gesprächsführung zusammengefasst: *Feedback, Responsibility, Advice, Menues of self-directed change options, Empathic counseling and Self-efficacy* (Miller 1999).

Zu den Prinzipien der Motivierenden Beratung gehören neben der empathischen Grundhaltung und dem „aktiven Zuhören“ das Entwickeln von Diskrepanzen und Ambivalenzen zwischen wichtigen Lebenszielen und der aktuellen Lebenssituation. Vorwürfe und Beweisführungen sollen vermieden werden. In der Förderung der Selbstwirksamkeit wird ein zentrales Element für den Aufbau von Veränderungsmotivation gesehen. Widerstand wird nicht als Problem des Klienten, sondern als Herausforderung an den Berater verstanden. Heroinabhängige nehmen die negativen Auswirkungen ihres Drogenkonsums durchaus wahr und wissen, wie sehr sie ihre Abhängigkeit an der Realisierung anderer Lebensziele hindert. Fortgesetzter Drogenkonsum ist eher Ausdruck einer grundsätzlichen Ambivalenz als nur von Problemverleugnung.

Aus den USA liegt eine Reihe von Studien vor, die belegen, dass mit dem Ansatz der Motivierenden Beratung erfolgreich im Suchtbereich gearbeitet werden kann. Sowohl Alkoholabhängige (etwa im Projekt MATCH [32]) als auch Drogenabhängige [33–45] konnten erfolgreich beraten und behandelt werden. Derzeit wird die Motivierende Beratung in den USA im Combine-Projekt erneut auf ihre Wirksamkeit im Vergleich mit anderen Ansätzen untersucht.

Parallel zu der breiten wissenschaftlichen Überprüfung des Ansatzes und den damit verbundenen Methoden der Gesprächsführung liegen in den USA Manuale mit prägnanten Ausführungen zur Theorie und Praxis der Motivierenden Beratung vor [46]. Inzwischen gibt es auch mehrere Berichte zur Integration der Motivierenden Gesprächsführung in verschiedene Behandlungssettings (z.B. in Notfallabteilungen, in

Krankenhäusern, ambulante Beratungsstellen, stationäre Programme, Beratung von ethnischen Minderheiten, Einzel- und Gruppentherapie [47]).

In Deutschland wurden das „transtheoretische Modell“ und die „Motivierende Beratung“ mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung rezipiert [48–51]. Dazu kommen neue Forschungsergebnisse zur Motivierenden Beratung im Zusammenhang mit der Beratung und Behandlung von Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Ausgehend von einem Liaisondienst, in dessen Rahmen Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Lübeck Patientinnen und Patienten in anderen Lübecker Krankenhäusern auf Alkoholprobleme untersuchten und bei Bedarf Motivierende Beratung anboten, wurden dabei mehrere Ansätze getestet und analysiert [52–56]. Weitere Anknüpfungspunkte für die deutsche Rezeption der Motivierenden Gesprächsführung und des Stadienmodells der Veränderung findet man u. a. bei Körkel und Kruse [57,58]. Auch die Instrumente, die in den USA zur empirischen Überprüfung der Veränderungsbereitschaft eingesetzt wurden, liegen inzwischen für Deutschland vor.

### Die Integration der beiden Ansätze im Modellversuch

Vor dem hier skizzierten Hintergrund hat sich die Studiengruppe entschieden, Case Management mit integrierter Motivierender Beratung als eine der beiden im Modellversuch zu erprobenden psychosozialen Interventionen auszuwählen. Case Management und Motivierende Beratung sind international renommierte und bewährte Verfahren, die Entwicklungslinien und Fragestellungen aus der Drogenhilfe aufnehmen. Mit der Kombination dieser Ansätze ist sichergestellt, dass schnell und umfassend auf konkreten Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Klientinnen und Klienten reagiert werden kann. Gleichzeitig wird ein Fokus auf die Veränderungsbereitschaft gelegt. Der gesamte Beratungs- und Hilfeprozess soll in ein von Empathie geprägtes Setting eingebettet sein. Dabei beschreiben das Case Management u. a. den organisatorischen Handlungsrahmen und die Motivierende Beratung die Form und den Stil der Interaktion zwischen den Beratenden und der Klientel.

Der Verlauf der psychosozialen Begleitung in Form des Case Managements mit integrierter Motivierender Beratung orientiert sich an dem aus vielen Case-Management-Modellen bekannten Ablaufschema. In die einzelnen Schritte dieses Ablaufschemas werden die jeweils adäquaten Beratungsthemen und Techniken der motivierenden Gesprächsführung systematisch einbezogen.

Nach der Kontaktaufnahme und der Vereinbarung über die Zusammenarbeit soll ein strukturiertes Assessment erfolgen. Um wiederholte Befragungen zu vermeiden, soll hierfür auch auf die bereits im Rahmen der Eingangsuntersuchungen erhobenen Informationen zurückgegriffen werden. Zur Strukturierung und Dokumentation wird ein Assessmentbogen eingesetzt, in den relevante Informationen zu Hilfebedarf und Ressourcen auf verschiedenen Feldern eingetragen werden können. An das Assessment schließen sich die Phasen der Zielvereinbarung und Hilfeplanung an.

Gerade für die Anfangsphase eines Case-Management-Prozesses bietet die Motivierende Beratung Strategien und Techniken an, die die Absicht des Case Managements, zu gemeinsamen Situationseinschätzungen, Zielvorstellungen und Durchführungsplanungen zu kommen, nachhaltig unterstützen. Dazu gehört es, vor allem offene Fragen zu stellen, aktiv zuzuhören, Aussagen der Klienten zusammenzufassen, positive Bestätigungen zu geben und selbstmotivierende Aussagen hervorzurufen. Für die Phase der Zielvereinbarungen bietet sich das Modell der Entscheidungswaage an, mit dem ein Abwägen der Vor- und Nachteile einer Veränderung und somit ein angemessener Umgang mit ambivalenten Einschätzungen z. B. zum Substanzkonsum ermöglicht wird. In den ersten Sitzungen werden die Grundlagen für den Aufbau einer helfenden Beziehung zwischen dem Case Manager und seiner Klientel gelegt; nicht zuletzt davon hängt es ab, ob es in den späteren Phasen der Behandlung und Beratung tatsächlich zu Veränderungen kommt. Zu beachten ist dabei, dass es nicht nur einen Lösungsweg gibt, sondern verschiedene, dass Klienten also Wahlmöglichkeiten haben.

Die Hilfeplanung ist ein zentrales, den gesamten Hilfeprozess strukturierendes Instrument, über das die Zusammenarbeit mit allen beteiligten Kooperationspartnern gesteuert wird. Um so wichtiger ist es, dass die Hilfeplanung gemeinsam vom Case Manager, dem Klienten oder der Klientin sowie von anderen wichtigen formellen und informellen Kooperationspartnern erarbeitet wird. Zur Dokumentation der Hilfeplanung wird ein Hilfeplanbogen eingesetzt, der auch Grundlage ist für die spätere Bewertung des Prozesses.

Während der ersten Assessment-, Planungs- und Durchführungsphase wird eine enge Kontaktdichte zwischen Case Manager und Klient (wöchentliche Treffen) angestrebt. Case Management als an individuellen Bedürfnissen, Ressourcen und Veränderungswünschen orientiertes Verfahren entzieht sich einer allgemeinen Festlegung über Art, Umfang und Inhalt der einzelnen Unterstützungsmaßnahmen. Diese werden im Einzelfall nach Assessment, Zielvereinbarung und Hilfeplanung installiert. Generell gilt aber, dass der Case Manager nicht alle Hilfen selbst erbringen, sondern die jeweils geeigneten Dienstleistungen nach Bedarf von externen Anbietern hinzuziehen soll. Organisation und Koordination des individuell sich daraus ergebenden formellen und informellen Unterstützungssystems sind deshalb besonders wichtig.

In der Durchführungsphase wird es immer wieder zu Problemen zwischen Klient und Case Manager kommen, die gewöhnlich als Widerstand gedeutet werden. Hier unterscheidet sich Motivierende Beratung von anderen Beratungsansätzen: Probleme sind gerade nicht Ausdruck von Widerstand, sondern Hinweis z. B. auf Ambivalenzen, die noch nicht ausdiskutiert sind. Probleme (bzw. Widerstand) sind nicht Ausdruck von Fehlverhalten der Klientel, sondern sie lassen sich verstehen und interpretieren. Da Veränderungsbereitschaft nur über Beziehungsarbeit mit der Klientel entstehen kann, sollen Probleme im Umgang mit Aufgaben, Zielen und Anforderungen aufgenommen und dazu genutzt werden, neue Perspektiven in das Gespräch einzubringen und die Klienten aktiv an der Suche nach Problemlösungen zu beteiligen.

Für die Klienten geht es in der Durchführungsphase ganz konkret um Verhaltensänderungen. Wichtig für erfolgreiche Veränderungsprozesse ist der Glaube an die eigene Fähigkeit, sich verändern zu können. Die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung z.B. durch positive Rückmeldungen ist deshalb in dieser Phase besonders wichtig.

Spätestens zwei Monate nach der ersten Hilfeplanung sollte eine erste Überprüfung und gegebenenfalls eine Reformulierung desselben und u.U. eine Neuplanung erfolgen. Die Case Manager geben positives Feedback für bereits erreichte Ziele. Bei Abweichungen zwischen den gemeinsam vereinbarten Zielen und den bisher erfolgten Handlungen muss nach Alternativen gesucht werden. Das kann sich auf die Situationseinschätzung, auf die Zielvereinbarungen oder auf die geplanten Umsetzungsschritte beziehen. Möglicherweise bietet sich hier die Methode des Reframings an, um die Situation von einer anderen Seite zu betrachten, den Blickwinkel zu verschieben und so zu adäquateren Beschreibungen, Zielvorstellungen und Handlungsmöglichkeiten zu gelangen. Die Überprüfung und Neuplanung bezieht darüber hinaus auch die externen Dienstleister und andere Komponenten des Unterstützungsnetzwerkes mit ein.

Zur besseren Einschätzung der Veränderungsmotivation sollen nach jeder Einzelsitzung mit der Klientel Beratungsprotokolle angefertigt werden, in denen in Anlehnung an das FRAMES-Konzept Notizen zum Feedback, zur Verantwortung (Responsibility) und zu Anleitungen (Advices) des Beraters festgehalten werden. Zur Qualifizierung der Case Manager finden regelmäßige Fallbesprechungen im Team statt. Jeder Klient soll alle zwei bis drei Monate im Rahmen der Fallbesprechungen thematisiert werden. Auch hiervon werden Protokolle angelegt. Diese Protokolle und Notizen sollen vorrangig die Durchführung der psychosozialen Begleitung unterstützen und strukturieren, sollen aber auch im Rahmen einer Spezialstudie ausgewertet werden.

### Ausblick

Mit der Kombination aus Case Management und integrierter Motivierender Beratung werden in dem geplanten Modellversuch zur opiatgestützten Behandlung elaborierte und in der Drogenhilfe auch bereits eingesetzte Verfahren zur Anwendung kommen, die auf klaren methodischen Grundlagen stehen und somit eine strukturierte Durchführung der psychosozialen Begleitung ermöglichen. Eine für die Erforschung dieser Ansätze wünschenswerte Standardisierung ist zwar nicht auf der Ebene der einzelnen Unterstützungsmaßnahmen und Beratungsinhalte, wohl aber in Bezug auf die Grundelemente, das Setting und den Prozess der Durchführung möglich. Notwendig hierfür ist die Erarbeitung von Manualen, Schulungskonzepten und unterstützenden Instrumenten. Sollten sich im Verlauf des Modellversuchs die gewünschten positiven Effekte dieses Ansatzes zeigen, könnte das Verfahren in die Drogenhilfe übernommen und weiter ausdifferenziert werden.

### Literatur

- <sup>1</sup> Krausz M, Farnbacher G. Psychoedukation als psychosoziale Intervention in der Drogentherapie. *Suchttherapie* 2000; 1: 83–88
- <sup>2</sup> Leitlinien für die psychosoziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung In: Akzept e.V (Hrsg). Berlin, 1995
- <sup>3</sup> Bühringer G, Gastpar M, Heinz W, Kovar KA, Ladewig D, Naber D, Täschner KL, Uchtenhagen A, Wanke K. Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Stuttgart: Enke, 1995
- <sup>4</sup> Suchtkrankenhilfe in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg). Geschichte – Strukturen – Perspektiven. Freiburg: Lambertus, 1997
- <sup>5</sup> Hauschildt E. „Auf den richtigen Weg zwingen ...“. *Trinkerfürsorge* 1922–1945. Freiburg: Lambertus, 1995
- <sup>6</sup> Schmid M, Vogt I. Die Entwicklung des Drogenhilfesystems in Deutschland, 1970–1995. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1998; 2/3: 39–52
- <sup>7</sup> Heuer R et al. Helft Euch selbst! Der Release-Report gegen die Sucht. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1971
- <sup>8</sup> Schulz P. Drogentherapie. Analysen und Projektionen. Frankfurt am Main, New York: Herder & Herder, 1974
- <sup>9</sup> Bühringer G. Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse einer Modellförderung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. München: Gerhard Röttger Verlag, 1981
- <sup>10</sup> Rogers CR. Die klientenzentrierte Gesprächstherapie. München: Kindler, 1973
- <sup>11</sup> Sucht ist Flucht: Drogen- u. Rauschmittelmissbrauch in der Bundesrepublik; Analysen, Berichte, Forderungen; In: Gemeinnütziger Verein z. Bekämpfung d. Drogen- u. Rauschmittelmissbrauches, konkret e. V (Hrsg). Materialien vom Anti-Drogen-Kongress. Hamburg: konkret, 1972
- <sup>12</sup> Heckmann W. Vielleicht kommt es auf uns selber an. Frankfurt am Main: Fischer, 1980
- <sup>13</sup> Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior. New York, London: The Guilford Press, 1991: 5–13
- <sup>14</sup> Stöver H. Akzeptierende Drogenarbeit Freiburg: Lambertus, 1999
- <sup>15</sup> Wendt WR. Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg: Lambertus, 1995; 2. Aufl.
- <sup>16</sup> Wendt WR. Case Management in Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg: Lambertus, 1997
- <sup>17</sup> Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. In: Indro (Hrsg). Berlin: VWB, 1994
- <sup>18</sup> Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment: Patients, programs, services and outcome. New York: Springer, 1991: 136
- <sup>19</sup> Mejta CL, Bokus PJ, Maslar EM et al. The Effectiveness of case management in working with intravenous drug users. In: Frank M. Tims; James A. Inciardi; Bennett W. Fletcher (Hrsg). The Effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Westport: Greenwood Press, 1997: 101–114
- <sup>20</sup> Siegal HA et al. Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27 Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (DHHS Publication), 1998
- <sup>21</sup> Engler U, Schlanstedt G, Oliva H. Modellprojekt Bochum „Ambulante Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker in einem städtischen Versorgungssektor. Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen, Band 106 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 1998

- <sup>22</sup> Oliva H, Görden W, Schlanstedt G, Schu M, Sommer L. Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. Zwischenbericht. Köln: FOGS, 1998
- <sup>23</sup> Oliva H, Görden W, Schlanstedt G, Schu M, Sommer L. Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. 2. Zwischenbericht. Köln: FOGS, 1999
- <sup>24</sup> Oliva H, Görden W, Schlanstedt G, Schu M, Sommer L. Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. Dritter Zwischenbericht. Köln: FOGS, 2000
- <sup>25</sup> Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior. New York, London: The Guilford Press, 1991
- <sup>26</sup> Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus, 1999
- <sup>27</sup> Miller WR. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville: DHHS Publication, 1999
- <sup>28</sup> Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change. Homewood, IL: Dorsey Press, 1984
- <sup>29</sup> Sutton S. Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 2001; 96: 175–186
- <sup>30</sup> Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1992
- <sup>31</sup> Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Kognitive Therapie der Sucht Weinheim: Beltz, 1997
- <sup>32</sup> Projet MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1998; 22: 1300–1311
- <sup>33</sup> Aubrey LL. Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment. Ph.D diss. University of New Mexico, 1998
- <sup>34</sup> Baer JS, Kovalan DR, Donovan DM. Integrating Skills Training and Motivational Therapies. Implications for the Treatment of Substance Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1999; 17: 15–23
- <sup>35</sup> Bernstein E, Bernstein J, Levenson S. Project ASSERT: An ED-based Intervention to Increase Access to Primary Care, Preventive Services, and the Substance Abuse Treatment System. *Annals of Emergency Medicine* 1997; 30: 181–197
- <sup>36</sup> Bernstein E, Bernstein J, Schulz C, Shepard DS. Substance Abuse in New Hampshire: Intervention. Institute for Health Policy. Waltham, MA: Brandeis University, 1997
- <sup>37</sup> Carey K. Substance Use Reduction in the Context of Outpatient Psychiatric Treatment: A Collaborative, Motivational, Harm Reduction Approach. *Community Mental Health Journal*, 1996; 32: 291–306
- <sup>38</sup> Daley DC, Salloum IM, Zuckoff A, Kirisci L, Thase ME. Increasing Treatment Adherence among Outpatients with Depression and Cocaine Dependence: Results of a Pilot Study. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1611–1613
- <sup>39</sup> Humfress H, Schmidt U. Effect of Sending Clients a Personalised Summary Letter is Being Studied. *British Medical Journal*, 1997; 314: 1416–1417
- <sup>40</sup> Noonan WC, Moyers TB. Motivational Interviewing. *Journal of Substance Misuse* 1997; 2: 8–16
- <sup>41</sup> Rawson RA, Shoptaw SJ, Obert JL, McCann MJ, Hasson AL, Marinelli-Casey PJ, Brethen PR, Ling W. An Intensive Outpatient Approach for Cocaine Abuse Treatment: The Matrix Model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995; 12: 117–127
- <sup>42</sup> Saunders B, Wilkinson C, Phillips M. The Impact of a Brief Motivational Intervention with Opiate Users Attending a Methadone Programme. *Addiction* 1995; 90: 415–424
- <sup>43</sup> Sciacca K. Removing Barriers: Dual Diagnosis Treatment and Motivational Interviewing. *Professional Counselor* 1997; 12: 41–46
- <sup>44</sup> Stephens RS, Roffman RA, Cleaveland BL, Curtin L, Wertz J. „Extended versus Minimal Intervention with Marijuana-dependent Adults“. Paper Presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. San Diego, CA, 1994
- <sup>45</sup> Swanson JJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational Interviewing and Treatment Adherence among Psychiatric and Dually-diagnosed Patients. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1999; 187: 630–635
- <sup>46</sup> Miller WR, Zweben A, DiClemente CC & Rychtarik RG. Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. NIH Pub. No. 94–3723. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995
- <sup>47</sup> Miller WR. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville: DHHS Publication, 1999
- <sup>48</sup> Heidenreich T, Hoyer J. Veränderungsstadien-Skala (VSS) J.W. Goethe-Universität. Frankfurt a.M., 1995
- <sup>49</sup> Heidenreich T, Hoyer J. Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 1998; 30 (4): 381–402
- <sup>50</sup> Fecht J, Heidenreich T, Hoyer J, Lauterbach W, Lauterbach W, Schneider R. Veränderungsstadien bei stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung – Probleme der Diagnostik. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1998; 30: 403–419 (4)
- <sup>51</sup> Keller S. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Lambertus. Freiburg, 1999
- <sup>52</sup> John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill A, Dilling H. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Band 71 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 1996
- <sup>53</sup> John U, Veltrup C, Driessen M, Wetterling T, Dilling H. Motivationsarbeit mit Abhängigen. Freiburg: Lambertus, 2000
- <sup>54</sup> Kremer G, Wienberg G, Dormann S, Wessel T, Pörksen N. Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. *Sucht*, 1999; 45 (2): 80–88
- <sup>55</sup> Veltrup C. Strukturierte Motivationstherapie bei Alkoholabhängigen: Das Lübecker Behandlungsmodell. In: Fleischmann, H. & Klein, H. E (Hrsg). *Behandlungsmotivation*. Freiburg: Lambertus, 1995
- <sup>56</sup> Veltrup C. Motivationale Interventionen bei Menschen mit Alkoholproblemen. In: DHS (Hrsg). *Alkoholabhängigkeit*. Freiburg: Lambertus, 1996
- <sup>57</sup> Körkel J, Kruse G. Mit dem Rückfall leben. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997; aktualisierte Auflage
- <sup>58</sup> Kruse G, Körkel J, Schmalz U. Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2000

Martin Schmid

Fachhochschule Frankfurt a.M.  
 Fachbereich Sozialarbeit  
 Institut für Suchtforschung i.Gr.  
 Nibelungenplatz 1  
 60318 Frankfurt am Main