

Praxisreflexion / Reflection on Practical Work

## **Ist Case Management/Motivational Interviewing (CM/MI) mit den Grundsätzen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vereinbar? – Eine Diskussion zur Betreuungsmethode CM/MI im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger\***

Christine Hölzmann (MScAPT, Dipl.-Soz.Päd.)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2004;1:12-16, URL: [www.indro-online.de/Hoelzmann\\_1\\_04.pdf](http://www.indro-online.de/Hoelzmann_1_04.pdf)**

### **Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger**

Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger wendet sich an Heroinabhängige, die vom Drogenhilfesystem therapeutisch nicht wirksam erreicht wurden oder die von der bisherigen Methadonsubstitution nicht ausreichend profitieren konnten. Die wichtigsten Aufnahmekriterien waren: Mindestalter von 23 Jahren, Opiatabhängigkeit seit 5 Jahren, aktuelle Hauptdiagnose der Opiatabhängigkeit nach den Kriterien des ICD-10, aktueller täglicher, vorwiegend intravenöser Heroinkonsum oder fortgesetzter Heroinkonsum unter der Substitutionsbehandlung, physische oder psychische Krankheitssymptome, die einen schlechten Gesundheitszustand anzeigen, keine Teilnahme an suchttherapeutischen Behandlungen in den letzten 6 Monaten (Substitution, ambulante oder stationäre Therapie) oder negativer Verlauf einer gemäß den Leitlinien der Bundesärztekammer durchgeführten Substitutionsbehandlung sowie ein fester Wohnsitz seit 12 Monaten in der betreffenden Stadt oder Region, welche die Heroinbehandlung durchführt. Folgende Ziele werden mit der Heroinbehandlung angestrebt: Verbesserung des gesundheitlichen Zustands, Reduktion des illegalen Drogenkonsums, Rückgang der Delinquenz, Erhöhung der Erreichbarkeit und Haltekraft für die Therapie, Loslösung aus dem Drogenkontext, soziale Stabilisierung

(drogenfreie Kontakte, Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, finanzielle Sicherung, Stabilisierung der Wohnsituation) und die Aufnahme weiterführender Therapien (vgl. Krausz et al. 2002).

Im Rahmen der Arzneimittelstudie werden neben der Heroinvergabe im Vergleich zu Methadonsubstitution zwei psychosoziale Interventionsformen auf ihre Durchführbarkeit und Wirksamkeit hin untersucht. Trotz vieler interessanter Einzelfallstudien und Berichte liegen in Deutschland nur wenige kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der einzelnen Elemente des Drogenhilfesystems vor. Das trifft insbesondere auf ambulante Hilfen und dort wiederum besonders auf psychosoziale Hilfen zu. In der randomisierten Arzneimittelstudie werden zur Zeit zwei psychosoziale Interventionsformen möglichst standardisiert und manualisiert durchgeführt, um die Effekte der psychosozialen Betreuung bestimmen und miteinander vergleichen zu können. In einem Studienarm wird Drogenberatung in nicht standardisierter Form in Kombination mit einem manualisierten psychoedukativen Gruppenprogramm durchgeführt. Im zweiten Studienarm wird Case Management mit integriertem Motivational Interviewing eingesetzt. Die TeilnehmerInnen werden zur Hälfte mit Heroin und in der Kontrollgruppe mit Methadon behandelt. Da bisher noch keine Studien in dieser Form durchgeführt wurden, werden die Spezialstudien zur psychosozialen Begleitung auch Auswirkungen

auf die bisherige Betreuung von Methadonsubstituierten haben. Das Case Management wurde bereits in einem fünfjährigen „Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit“ des BMG erprobt. Insbesondere für Personen mit vielfältigem Hilfebedarf ist Case Management demnach eine erfolgversprechende Methode. Motivational Interviewing wird seit mehreren Jahren zur Behandlung und Beratung von Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen erfolgreich angewandt (vgl. Schmid & Vogt 2001). Motivational Interviewing (MI) legt seinen Schwerpunkt auf die Gesprächsführung, während Case Management (CM) überwiegend den strukturierten Betreuungsprozess in den Vordergrund stellt.

### **Case Management /Motivational Interviewing (CM/MI)**

Das Case Management ist vom Ansatz her den Methoden der Einzelfallhilfe der sozialen Arbeit ähnlich. Es handelt sich um ein strukturiertes Beratungskonzept mit den Schwerpunkten: Betreuungsplanung und -steuerung, nachgehende Sozialarbeit und Kooperation mit anderen Hilfsangeboten. Das bedeutet z.B. eine enge Zusammenarbeit mit Ämtern, niedergelassenen ÄrztInnen und Drogenhilfeeinrichtungen und kann Begleitungen zu Behörden oder Hausbesuche einschließen. Das Konzept beinhaltet folgendes Phasenmodell: Kontaktaufnahme, Assessment mit Problemanalyse, Zielvereinbarung und Hilfe- und Veränderungsplanung, Durchführung (inklusive Vermittlung, Organisation, Koordination), Monitoring und Re-Assessment sowie abschließende Fallevaulation und Beendigung der Zusammenarbeit (vgl. Schmid & Vogt 2001). Unter Assessment wird in diesem Zusammenhang eine umfangreiche Erfassung der Lebenssituation verstanden. Biographische Daten werden zwar erfasst, der Schwerpunkt liegt aber bei aktuellen Ressourcen und Problemlagen. Das Ablaufschema des Case Management ähnelt dem 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Therapie (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2000, S. 139).

Das Motivational Interviewing ist ein Beratungsansatz, der eine bestimmte Grundhaltung gegenüber den KlientInnen beschreibt und den BeraterInnen Techniken zur Förderung der Veränderungsbereitschaft an die Hand gibt. Besonders geeignet ist MI für Menschen, die im Hinblick auf die Veränderung ihres Verhaltens ambivalent sind. Nach Miller und Rollnick existieren fünf Grundprinzipien,

durch die sich Motivational Interviewing charakterisieren lässt: Empathie und Akzeptanz, Diskrepanzen erzeugen, Beweisführung vermeiden, Widerstand aufnehmen und Selbstwirksamkeitserwartung fördern (vgl. Miller & Rollnick 1999, S. 64-73).

Eine Grundlage von MI ist die Sichtweise von Motivation als dynamischer Prozess. Bewährt hat sich die Vorstellung, dass Motivation zur Veränderung nicht nach dem „Alles-oder-nichts“-Prinzip funktioniert, sondern verschiedene Phasen durchläuft, wenn es darum geht, den Lebensstil nachhaltig zu verändern. Das Stadienmodell der Veränderungsmotivation von Prochaska & DiClemente (1982) beschreibt einen Prozess, der aus Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Rückfall und Aufrechterhaltung besteht. Dabei handelt es sich nicht um einen zwangsläufigen Kreislauf, sondern es ist möglich, dass Personen beispielsweise in der Phase der Absichtslosigkeit verbleiben oder während der Handlung feststellen, dass das Ziel nicht mehr attraktiv ist oder mit den durchgeführten Schritten nicht zu erreichen ist. *Das Stadienmodell der Veränderungsmotivation konnte bislang zwar nicht empirisch belegt werden* (Heidenreich & Hoyer 1998, Hoyer 2003, Project Match 1998, Sutton 2001), *dennoch ist es für die praktische Arbeit sehr hilfreich* (Vogt 2004, S. 202-205). Die Überlegung in welcher Phase sich KlientInnen bezogen auf ein bestimmtes Ziel befinden, kann BeraterInnen davor schützen, zu schnell Schritte in Richtung Veränderung zu vereinbaren, ohne dass die KlientInnen sich ihrer Entscheidung sicher sind oder die nötigen Kompetenzen zur Veränderung vorhanden sind. Das Stadienmodell kann mehrfach durchlaufen werden, bis dauerhafte Veränderungen aufrechterhalten werden.

Der Beratungsansatz MI darf nicht missverstanden werden als trickreiche Methode um Menschen zu manipulieren. MI zielt nicht darauf ab KlientInnen zu drängen, zu überreden oder zu überzeugen. Der Begriff „Motivational Interviewing“ wurde ins Deutsche mit „Motivierender Gesprächsführung“ übersetzt. „Motivierend“ suggeriert, dass es möglich ist, Gesprächspartner zu motivieren und somit etwas mit dem anderen zu tun. Das ist nicht der Fall: *KlientInnen entscheiden eigenständig, wie sie sich verhalten und entscheiden autonom, ob sie sich in ihren Entscheidungen von professionellen HelferInnen beeinflussen lassen oder nicht.* Im Englischen ist es üblich, mit dem Wort „motivational“ Aspekte zu beschreiben, die allgemein die Motivation betreffen (inklusive Eigenmotivation) (vgl. Miller & Rollnick 1999, 7).

Die Ergebnisse aus dem „Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit“ zeigen, dass Case Management geeignet ist, drogenabhängige KlientInnen mit einem hohen Unterstützungsbedarf an Hilfeangebote anzubinden. Allerdings kann sich Case Management in der Drogenhilfe nicht auf die vermittelnde und koordinierende Funktion beschränken. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Case ManagerIn und KlientIn ist unerlässlich, damit die im Hilfeplan vereinbarten Ziele auch erreicht werden können. Zum Aufbau der Beziehung und zur Förderung der Veränderungsmotivation wurde im Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung der Ansatz des Motivational Interviewings in das Case Management integriert (vgl. Schmid & Vogt 2001).

Um feststellen zu können, welche Ansätze in der psychosozialen Betreuung effektiv eingesetzt werden können, sind standardisierte Beratungskonzepte mit wissenschaftlicher Evaluation unerlässlich. Für das Case Management mit integriertem Motivational Interviewing spricht, dass dieser Ansatz verschiedene bereits erprobte Methoden miteinander kombiniert und versucht, die vorhandenen Ressourcen des Drogenhilfesystems mit einzubeziehen. Die Bedürfnisse und Ziele der KlientInnen stehen im Vordergrund. Eine ausführliche Zielabklärung unter Berücksichtigung der Ambivalenzen der KlientInnen kann verhindern, dass BeraterInnen und KlientInnen verschiedene Ziele anstreben. Die nachgehende Sozialarbeit kann sehr hilfreich sein, um die Lebenssituation der KlientInnen besser erfassen zu können, und um Schwellenängste gegenüber anderen Hilfeangeboten abzubauen. Häufig wird der nachgehende Ansatz von den KlientInnen als Wertschätzung erlebt und trägt somit zu einer stabilen Arbeitsbeziehung bei.

Ergebnisse zur psychosozialen Betreuung im Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung liegen noch nicht vor. Eine ausführliche Darstellung der Methode CM/MI wurde von Vogt (2004) mit einigen Abwandlungen unter dem Begriff Motivational Case Management (MOCA) veröffentlicht.

### **Vereinbarkeit von CM/MI mit akzeptanzorientierter Drogenarbeit?**

Ist CM/MI als Methode zur psychosozialen Betreuung Substituierter mit dem Menschenbild und den Zielen akzeptanzorientierter Drogenarbeit zu vereinbaren? Um diese Frage zu beantworten ist

eine nähere Betrachtung des dem CM/MI zugrunde liegenden Menschenbildes notwendig. Die ethischen Grundlagen von CM/MI sind zum Teil bestimmt durch das Menschenbild des Motivational Interviewings. MI ist überwiegend durch die Vorstellungen der Humanistischen Psychologie beeinflusst. Zentral sind der Respekt und die Achtung gegenüber den KlientInnen sowie das Bestreben, die Autonomie der Ratsuchenden zu wahren. MI geht davon aus, dass Menschen mit Suchtproblemen nicht unmotiviert, sondern meist ambivalent sind. Einerseits erwachsen der abhängigen Person einige Vorteile davon, ihren Konsum zu verändern (z.B. Erhalt des Arbeitsplatzes, Verbesserung der Gesundheit), andererseits setzt sie mit einer Veränderung einiges aufs Spiel (Verzicht auf die positive Drogenwirkung, Verlust der Beziehungen in der Drogenszene usw.). Diese Zwiespältigkeit ist kein Ausdruck von Pathologie, sondern ein normaler Teil menschlichen Erlebens. Verhaltensänderungen sind immer mit Vor- und Nachteilen verbunden. Mit der Annahme der Ambivalenz geht die Sichtweise einher, dass jede abhängige Person ein Veränderungspotenzial besitzt. Nur wenn aus Sicht der betreffenden Person die Argumente für eine Veränderung überwiegen, ist eine stabile Verhaltensänderung überhaupt realistisch. Im Hinblick auf die Fragen, ob die Klientin oder der Klient sich verändern soll, welche Ziele angestrebt werden sollen und welcher Weg zur Veränderung eingeschlagen werden soll, wird das Selbstbestimmungsrecht der Klientin oder des Klienten respektiert. MI versteht Widerstand der KlientInnen als Folge von Übergriffigkeiten bzw. Autonomieverletzung durch die BeraterInnen. Widerstand ist kein Persönlichkeitsmerkmal, sondern Ausdruck des Wunsches nach Selbstbestimmung. Offenheit der BeraterInnen für die Sichtweisen, Ziele und Handlungspräferenzen der KlientInnen minimieren dagegen Widerstand. Im MI wird eine gleichberechtigte von einer positiven Atmosphäre geprägte Beziehung zwischen KlientIn und BeraterIn angestrebt, die dazu einlädt, Vor- und Nachteile des eigenen Drogenkonsums zu erörtern und Veränderungen zu wagen (Körkel & Veltrup 2003).

Die Beschreibungen zum Menschenbild des MI zeigen deutlich, dass sich diese Beratungsmethode auf das Ziel „Veränderung des Suchtmittelkonsums“ beschränkt. Die Kombination mit CM erweitert diese Sichtweise. Eine der wichtigsten ethischen Grundlagen von CM ist die Haltung des Empowerments, wonach Menschen in der Regel alles, was sie für Veränderungsprozesse brauchen,

selbst haben und die professionellen HelferInnen sie nur unterstützen müssen, ihre Ressourcen wieder zu entdecken und zu nutzen. Ein weiteres Leitprinzip von CM ist die Betrachtung der KlientInnen als mündige Gegenüber. Die Entscheidungen über Beginn, Planung und Verlauf der Zusammenarbeit treffen die KlientInnen selbst (vgl. Klug 2003, S. 68-69).

Konkret bedeutet das: Im Assessment wird die Situation in verschiedenen Lebensbereichen erhoben, Stärken und Ressourcen werden festgehalten und Problembereiche benannt. Während des Assessments wird ebenfalls gemeinsam erörtert, in welchen Lebensbereichen der Wunsch nach Veränderung besteht. Aus dieser Übersicht können im Hilfe- und Veränderungsplan Ziele entwickelt werden, die beispielsweise in den Bereichen Beziehung/Partnerschaft, Beziehungen zur Familie und FreundInnen, Wohnung, Arbeit, Gesundheit, Sucht und Probleme mit der Justiz liegen können (Vogt 2004, S. 231-277). Die Fokussierung auf die Sucht erscheint gerade in der Arbeit mit Opiatabhängigen, die stark von gesundheitlichen, sozialen und strafrechtlichen Problemen betroffen sind, als wenig sinnvoll. Es ist durchaus möglich, dass KlientInnen kein Interesse an der Veränderung ihres Konsumverhaltens haben, aber dagegen hoch motiviert sind, eine eigene Wohnung zu finden oder ihre gesundheitliche Situation zu verbessern. Wichtig ist dann zu überprüfen, ob diese Ziele erreichbar sind und was die KlientInnen mit Unterstützung der Case ManagerInnen tun können, um ihre Ziele zu erreichen. Zeichnet sich in den ersten Kontakten ab, dass eine Klientin oder ein Klient keine Absicht hat, sich sofort auf weitergehende Veränderungsprozesse einzulassen, sollte man wichtige Informationen vermitteln und kurzfristige Hilfen einleiten, aber nicht einen strukturierten Beratungsprozess nach CM/MI anstreben (Vogt 2004, S. 226).

*Das Konzept CM/MI widerspricht bei entsprechend praktischer Umsetzung nicht den Prinzipien akzeptanzorientierter Drogenarbeit.* Die Vor- und Nachteile jeder Droge werden anerkannt, da sowohl positive als auch negative Aspekte des Konsums im Rahmen von CM/MI thematisiert werden. Um CM/MI durchzuführen ist eine gewisse Gelassenheit erforderlich, da mit der Vorstellung von Veränderungsmotivation als dynamischer Prozess davon ausgegangen wird, dass auch exzessive Konsumphasen zur Entwicklung dazu gehören können. Die Akzeptanz der Autonomie der KlientInnen ist ein zentraler

Bestandteil von CM/MI. Deshalb gilt das Selbstbestimmungsrecht der KlientInnen auch für die Häufigkeit und Verbindlichkeit der Beratungskontakte. Nicht alle KlientInnen können oder wollen an einem strukturierten Beratungssetting wie CM/MI teilnehmen. Die Bedürfnisse der KlientInnen stehen im Vordergrund. Einige KlientInnen benötigen keine Unterstützung oder fragen nur in bestimmten Situationen Hilfe nach. Andere schaffen es nicht, sich an Termine zu halten oder sind beispielsweise zu intoxikiert für ein Gespräch. In diesen Fällen ist es wichtig nachgehend zu arbeiten, damit KlientInnen, denen es schwerfällt zu Terminen zu kommen, auch die gewünschte Unterstützung erhalten. *CM/MI in standardisierter Form ist also nicht in jedem Fall in der ambulanten Arbeit mit Drogenabhängigen sinnvoll oder umsetzbar.* Es sind verschiedene Gründe vorstellbar, warum ein strukturierter Beratungsprozess nicht durchgeführt werden kann: der mangelnde Wunsch nach Veränderung, psychische Probleme mit häufigen Krisen, die eine längerfristige Planung unmöglich machen, exzessiver Konsum usw.. Ein flexibler Einsatz der Methoden von CM/MI kann auch außerhalb eines kontinuierlichen Beratungsprozesses sinnvoll sein. Im Sinne der Überlebenssicherung kann z.B. die Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten wie Krankenhäusern, niedergelassenen ÄrztInnen oder Kontaktläden hilfreich sein, auch wenn bisher kein Assessment durchgeführt werden konnte und kein Hilfeplan erstellt wurde. Kurzinterventionen in Form von MI können den Anstoß zu einer Entscheidung geben und die Selbstverpflichtung zur Veränderung stärken. Bei einem sozial integrierten Substituierten, der Schwierigkeiten mit seinem Alkoholkonsum hat, reichen möglicherweise 1-3 motivierende Kurzinterventionen aus, um Verhaltensänderungen anzustoßen. Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Suchtproblemen ist empirisch gut belegt (vgl. Miller & Rollnick 1999, S. 46). Eine Gefahr bei CM/MI besteht in der Über- oder Unterforderung der KlientInnen. Bei der Durchführung der Hilfen muss darauf geachtet werden, dass KlientInnen Aufgaben, die sie selbst erledigen können, nicht vorschnell von den Case ManagerInnen abgenommen werden. Im Gegenzug muss aber auch die Überforderung vermieden werden. D.h. BeraterInnen sollten sich immer wieder fragen, welche Form der Unterstützung angemessen ist: Reicht es beispielsweise der Klientin oder dem Klienten eine Telefonnummer zu geben? Ist es sinnvoll einen Termin für sie oder ihn auszumachen oder ist eine Begleitung notwendig?

Ein Ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz ist bei CM/MI ebenso wichtig wie in anderen Arbeitsfeldern der Drogenhilfe. Für Case ManagerInnen sind die Anforderungen wahrscheinlich noch höher als in der gängigen psychosozialen Betreuung. Durch Hausbesuche, Begleitungen zu anderen Hilfeeinrichtungen und die Einbeziehung von Angehörigen ist die Gefahr von zuviel Nähe zwischen KlientInnen und Case ManagerInnen sehr groß. Die Einhaltung ethischer Standards, die Arbeit in einem interdisziplinären Team, Supervision und Weiterbildung können helfen, ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz herzustellen (ausführlicher zur akzeptierenden Drogenarbeit: Schneider 1997).

### **Fazit**

Zusammenfassend betrachtet kann CM/MI als Grundgerüst im Rahmen der psychosozialen Betreuung, bei dem die Bedürfnisse und Fähigkeiten der KlientInnen berücksichtigt werden und der Umgang mit den einzelnen Elementen von CM/MI flexibel gehandhabt wird, in die akzeptanzorientierte Drogenarbeit integriert werden.

### **Literatur:**

Heidenreich, T./Hoyer, J.: Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 1998;30:381-402

Hoyer, J.: Stadien der Veränderung: Modell, Anwendungsbewährung und Perspektiven im Suchtbereich. In: Suchttherapie 2003;4:140-145

Kanfer, F.H., Reinecker, H. und Schmelzer, D.: Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin 2000

Klug, W.: Mit Konzept planen - effektiv helfen. Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenhilfe. Freiburg im Breisgau 2003

Körkel, J./Veltrup, C.: Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: Suchttherapie 2003;4:115-124

Krausz, M. et al.: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, Kurzdarstellung des Forschungsdesigns.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) 2002

Miller, W.R./Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau 1999

Prochaska, J.O./DiClemente, C.C.: Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 1982;19:276-288

Project Match Research Group (1998): Therapist effects in three treatments for alcohol problems. In: Psychotherapy Research 1998;8:455-474

Schmid, M./Vogt, I.: Case Management und Motivierende Beratung. In: Suchttherapie 2001;2:73-79

Schneider, W.: Was ist akzeptanzorientierte Drogenarbeit? In: Schneider, W. (Hg.): Brennpunkte akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Berlin 1997, 7-14

Sutton, S. (2001): Back to the drawing board? A review of application of the transtheoretical model to substance use. In: Addiction 2001;96:175-186

Vogt, I.: Beratung von süchtigen Frauen und Männern, Grundlagen und Praxis. Weinheim und Basel 2004

### **Kontaktadresse der Autorin / Author's contact details:**

Christine Hölzmann  
Kliniken der Stadt Köln  
Lungengasse 13-17  
50676 Köln

---

\*Veröffentlicht/Published: 14. Dezember 2004/  
December 14, 2004

Eingereicht/Received: 12. Dezember 2004/  
December 12, 2004

Angenommen/Accepted: 13. Dezember 2004/  
December 13, 2004