Case Management und Motivational Interviewing: Theoretischer Hintergrund und praktische Erfahrungen

Die Kombination aus Case Management mit integriertem Motivational Interviewing greift Erfahrungen aus 100 Jahren Sozialarbeit und 30 Jahren Drogenhilfe auf. Zu diesen Erfahrungen gehört das Wissen um die schwierige psychosoziale Situation, in der sich viele Drogenabhängige nach mehrjährigem Heroinkonsum befinden. Die oft komplexen Problemlagen machen es erforderlich, Hilfe und Unterstützung aus unterschiedlichen Feldern zu organisieren. Case Management ist ein strukturiertes Verfahren zur Verknüpfung der Hilfebedarfe der KlientInnen mit den Angeboten sozialer Dienste, anderer Hilfesysteme und informeller Netzwerke. Das Ziel ist die Entwicklung einer langfristigen Lösungsstrategie und anhaltender Unterstützung. Dabei soll zum einen bezogen auf die zeitliche Dimension Versorgungskontinuität (continuum of care) hergestellt werden. Zum anderen soll durch Kommunikation, Aushandlung, Planung, Koordination und Monitoring ein individuelles Unterstützungspaket quer zu den desintegrierten Strukturen des Sozialleistungssystems geschnürt werden (package of care; vgl. Ewers 2000).

Zu den Erfahrungen der Drogenhilfe gehört auch die Einsicht, dass nachhaltige Verbesserungen der Situation von Drogenabhängigen nur zu erreichen sind, wenn die KlientInnen selbst genügend Motivation zur Verhaltensänderung aufbauen können. Mit Motivational Interviewing steht ein Beratungsansatz zur Verfügung, der gezielt den Aufbau von Motivation zur Veränderung des Verhaltens unterstützt. Dabei muss sich die angestrebte Verhaltensänderung nicht immer und nicht sofort auf die Abstinenz von illegalen und legalen Drogen beziehen. Die Ziele der Verhaltensänderung werden sich je nach Einzelfall unterscheiden und können ein großes Spektrum umfassen, das z.B. von der Reduktion des Kokain- und Alkohol(bei)konsums über die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit und dem dazu notwendigen regelmäßigen frühen Aufstehen bis zu einer Kombination von mehreren Verhaltensänderungen reichen kann.

Die beiden Ansätze Case Management und Motivational Interviewing werden im Folgenden kurz einzeln vorgestellt.

Case Management

Bei der Mehrzahl der Heroinabhängigen, die im Rahmen des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger erreicht werden, handelt es sich um Drogenabhängige mit vielfältigen und schwerwiegenden gesundheitlichen, materiellen, psychosozialen und justiziellen Problemen, ohne deren Bewältigung eine anhaltende Rehabilitation nicht denkbar ist.

Den vielfältigen Hilfebedarfen der KlientInnen steht ein Versorgungssystem gegenüber, das ein Vielzahl von Hilfen bereithält. Allerdings erfolgt deren Erbringung fragmentiert, ist überwiegend nur auf bestimmte Probleme ausgerichtet und einrichtungsorientiert organisiert. Zwischen ambulanten und stationären Hilfen besteht eine große Kluft, des Weiteren sind die möglichen Hilfen und Dienstleistungen in verschiedene Sektoren getrennt (z.B. Suchthilfe, psychosoziale-psychiatrische Hilfen, medizinische Versorgung), und die Angebote werden von verschiedenen öffentlichen und freien Trägern erbracht. Zudem begünstigen die Zuständigkeits- und Finanzierungsregelungen des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems Abgrenzung statt Zusammenarbeit. In der Summe erfolgt Hilfe für KlientInnen meist desintegriert und diskontinuierlich.

Für Drogenabhängige mit langen Abhängigkeitskarrieren und einer Vielzahl schwerwiegender Probleme wirkt sich die zergliederte Versorgung besonders negativ aus. Für sie trifft das schon 1971 von Hart postulierte „inverse care law“ zu: Die Menschen mit dem höchsten Hilfebedarf bekommen am wenigsten Hilfe. Chronisch und mehrfachbeeinträchtigt Drogenabhängige brauchen - oft gleichzeitig - mehrere verschiedene Hilfen, sind jedoch mit der Komplexität der Strukturen und Zuständigkeiten im Hilfesystem überfordert und oft nicht (mehr) in der Lage, sich die entsprechenden Angebote zu erschließen und sie miteinander zu verzahnen.

Will die Drogenhilfe über niedrigschwellige Grundversorgung und medikamentöse Behandlung hinaus auf diese Situation reagieren, so bietet sich der Rückgriff auf Methoden der Einzelfallhilfe an. Doch fehlen ausgearbeitete Konzepte, die die Zersplitterung der Hilfesysteme und die besondere Situation von Drogenabhängigen berücksichtigen. Es kann also nicht verwundern, dass in dieser Situation die ersten Übersetzungen amerikanischer und englischer Beiträge zu Case Management auf großes Interesse stießen.

Case Management wird in Deutschland seit Ende der 80er Jahre rezipiert und verstärkt seit 1994/1995 diskutiert, wobei Wendts Modell des Unterstützungsmanagements (Wendt 1995, 1997) wesentliche Bedeutung zukommt. Allerdings steht die Umsetzung in Deutschland immer noch am Anfang. Im Bereich der medizinischen Versorgung werden Modelle diskutiert und erprobt, die eher dem englischen Ansatz von Kostensteuerung folgen (Stichwort: Hausarzt als Case Manager). Zielgruppe der Modelle sind oft chronisch Kranke (vgl. Tophoven 1997). In diesem Kontext stehen auch Entwicklungen im Bereich der Sozialhilfe: Im Rahmen neuer Steuerungsmodelle gehen Sozialhilfeträger seit einigen Jahren verstärkt dazu über, Fallmanagement auszubauen und die Wirksamkeit von Hilfen zu untersuchen.

Wenngleich in den USA und Großbritannien andere sozialpolitische Rahmenbedingungen gelten, die die Entwicklung von Case Management sicherlich begünstigt haben, so führt doch auch in Deutschland z.B. der „Umbau" der Hilfesysteme unter den Bedingungen knapper finanzieller Ressourcen der öffentlichen Haushalte zu einer zunehmenden Bedeutung von Case Management in vielen Bereichen der psychosozialen und medizinischen Versorgung. Auch in Deutschland entsteht u.a. durch die gesundheitspolitische Leitlinie „ambulant vor stationär" verstärkt die Notwendigkeit der Koordination komplexer personenbezogener Dienstleistungen. Mit Case Management wird die Erwartung verbunden, die Qualität sozialer Dienstleistungen trotz Sparzwängen erhalten und sogar verbessern zu können. Diese Hoffnung gründet sich auch auf die Annahme, dass an vielen Stellen der wenig aufeinander bezogenen Hilfesysteme Optimierungsmöglichkeiten durch die einzelfallbezogene Organisation des Unterstützungsprozesses im Sinne von Case Management erschlossen werden könnten, u.a. durch Vermeidung von Doppelbetreuungen (Engler, Oliva 1997).

Auch im Bereich der sozialen Arbeit in Deutschland erwächst - in Ergänzung zu den traditionellen Ansätzen von Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit - zunehmend Interesse an Case Management, meist im Sinne optimierter Hilfe im Einzelfall und anwaltlicher Vertretung von KlientInnen. Gerade mit Blick auf die bei chronisch-rezidivierenden Erkrankungen üblichen vielfältigen und sich verändernden Hilfebedarfe sollen Hilfen flexibel gestaltet und gleichwohl personelle Kontinuität sichergestellt werden. Dabei sollen KlientInnen alle notwendigen Dienstleistungen und Hilfen in einem Prozess von systematischer Bedarfsermittlung, Zielbestimmung, Maßnahmenplanung, Organisation/Koordination, Kontrolle und Evaluation verfügbar gemacht werden (vgl. z.B. Bohm u.a. 1994; Wißmann 1994; Reiberg, Sauer, Wissert 1997a, 1997b). Auch im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung wird seit einigen Jahren unter Nutzung von Case Management-Prinzipien der „personenzentrierte Ansatz“ insbesondere für chronisch Kranke entwickelt (vgl. z.B. Schleuning u.a. 2000). Erste Ergebnisse flossen z.B. in die Empfehlungen zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychia-

trischen Versorgung (Autorengruppe Kruckenberg u.a. 1998) und in die Überarbeitung des SGB V (§ 37a, ambulante Soziotherapie) ein.

Wie in den vorgenannten Bereichen ist auch für die Rezeption des Case Management-Ansatzes in der Drogenhilfe die Hoffnung kennzeichnend, KlientInnen mit einem hohen Bedarf an Hilfen die notwendigen Hilfen erschließen und sie bei deren Nutzung unterstützen zu können und sich dabei als Helfende an einer strukturierten Vorgehensweise orientieren und gleichzeitig das individuell zu knüpfende Unterstützungsnetz steuern zu können. Das für das Case Management zentrale Phasenmodell (Vereinbarung über die Zusammenarbeit, Assessment, Zielvereinbarung und Hilfe- und Veränderungsplanung, Durchführung, Re-Assessment und Monitoring, abschließende Ergebnisbewertung) bietet einen strukturierten und überprüfbaren Weg, um auch KlientInnen mit komplexen Problemlagen effektiv durch die Hilfe- und Unterstützungsnetze des deutschen Sozialsystems zu führen. Mit der Abfolge Hilfe- und Veränderungsplanung - Monitoring - Re-Assessment ist zudem eine Qualitätsschleife eingebaut, die Case Management in moderne Qualitätssicherungssysteme einordnet.

In den USA gibt es mittlerweile unterschiedliche Konzepte für Case Management, die von kurzfristigen Vermittlungsmodellen bis hin zu längerfristigen Rehabilitationsmodellen reichen (Siegal u.a. 1998). Ein wichtiges Differenzierungsmerkmal ist dabei neben der Laufzeit der jeweiligen Modelle auch die Fallzahl pro Case Manager. Auch in der amerikanischen Drogenhilfe ist Case Management inzwischen weit verbreitet und z.B. Ball und Ross berichteten schon Anfang der 90er Jahre in ihrer Methadonstudie von verschiedenen Beratungsmethoden in den von ihnen untersuchten sechs Behandlungseinrichtungen, die alle auf einem Case Management-Konzept aufbauten (Ball, Ross 1991).

Erste kontrollierte Studien aus den USA wiesen zudem die Effektivität von Case Management nach. So zeigte sich etwa bei einer dreijährigen randomisierten Kontrollgruppenstudie mit 316 Drogenabhängigen mit intravenösen Konsummustern, die alle vielfältige psychosoziale Probleme hatten, dass die KlientInnen 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 aus der Vergleichsgruppe mit „treatment as usual“ (Mejta u.a. 1997).

In Deutschland wurde Case Management in der Suchtkrankenhilfe bisher vor allem im Rahmen von zwei Modellprojekten erprobt. Zwischen 1994 und 1997 wurde in Bochum Case Management im Kontext eines größeren Programms zur Verbesserung der Kooperationsstrukturen bei der Versorgung von sogenannten „chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken“ eingesetzt (Engler, Schlanstedt, Oliva 1998). 1995 wurde unter dem Titel „Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit“ vom Bundesgesundheitsministerium ein umfangreiches fünfjähriges Modellprogramm aufgelegt, in dessen Mittelpunkt die Anwendung von Case Management in 31 Modellprojekten stand (Oliva u.a. 2001b). Die Ergebnisse belegen, dass Case Management geeignet ist, auch schwierigen KlientInnen wirksam zu helfen, ihnen Hilfen zu erschließen und ihre Situation insgesamt zu verbessern.

Motivational Interviewing

Anknüpfend an diese Erfahrungen soll im Rahmen der heroingestützten Behandlung Drogenabhängiger Case Management umgesetzt werden, wobei zum besseren Aufbau der professionellen Beziehung und zur Stärkung der Veränderungsmotivation Motivational Interviewing in das Case Management integriert wird.

Diese Beratungsmethode wurde Ende der 80er Jahre von Miller und Rollnick entwickelt (1991, 1999) und zunächst bei der Beratung von Menschen mit Alkoholproblemen eingesetzt. Bald schon gab es erste Versuche, diese Beratungsmethode auch bei Drogenabhängigen und bei PatientInnen mit ganz anderen gesundheitlichen Beschwerden wie etwa Diabetes zu verwenden. Inzwischen liegen aus den USA zahlreiche Studien vor, die die Effektivität dieses Beratungsansatzes belegen.

Motivational Interviewing basiert auf einem neuen Verständnis von Motivation und Veränderungsbereitschaft (Prochaska, DiClemente 1982; Keller u.a. 1999). Motivation wird nicht als Eigenschaft begriffen, die KlientInnen haben oder nicht haben, sondern als komplexes Geschehen, das zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich ausgeprägt ist. Von zentraler Bedeutung für das Modell von Prochaska und DiClemente ist die Vorstellung, dass bei der Veränderung von (problematischem) Verhalten typischerweise verschiedene **Stadien der Motivation** durchlaufen werden und dass dabei jeweils unterschiedliche Ressourcen freigesetzt werden:

- **Absichtslosigkeit**

Dieses Stadium steht am Anfang (precontemplation). Menschen in diesem Stadium denken nicht oder fast nicht über Verhaltensänderungen nach, obgleich die Suchtprobleme in ihrem Umfeld durchaus wahrgenommen werden.

- **Absichtsbildung**

Daran schließt sich das Stadium der Absichtsbildung oder Nachdenklichkeit (contemplation) an. Typisch für diese Phase ist eine ambivalente Haltung dem Drogenkonsum gegenüber: Einerseits möchte man den Konsum und die damit verbundenen Probleme reduzieren, aber andererseits genießt man die Drogenwirkungen und hat auch Angst vor dem Entzug. Man schwankt also zwischen den Kosten und dem Nutzen der verschiedenen Verhaltensweisen und langsam keimt eine Veränderungsmotivation auf.

- **Vorbereitungsstadium**

Ein Problembewusstsein ist entwickelt; man wägt langsam den Nutzen einer Veränderung gegenüber dem der Beibehaltung des „gewohnten“ Verhaltens ab und sieht die Vorteile eher auf der Seite der Veränderung. Die ernsthafte Auseinandersetzung mit Veränderung findet statt und erste Pläne werden geschmiedet (preparation).

- **Handlungsstadium**

Jetzt stehen konkrete Maßnahmen zur Problemüberwindung im Mittelpunkt (action).

- **Aufrechterhaltung**

Dieses Stadium (maintenance) dient der Stabilisierung der erreichten Fortschritte. Jetzt geht es darum, die erzielten Veränderungen zu festigen.

- **Rückfall**

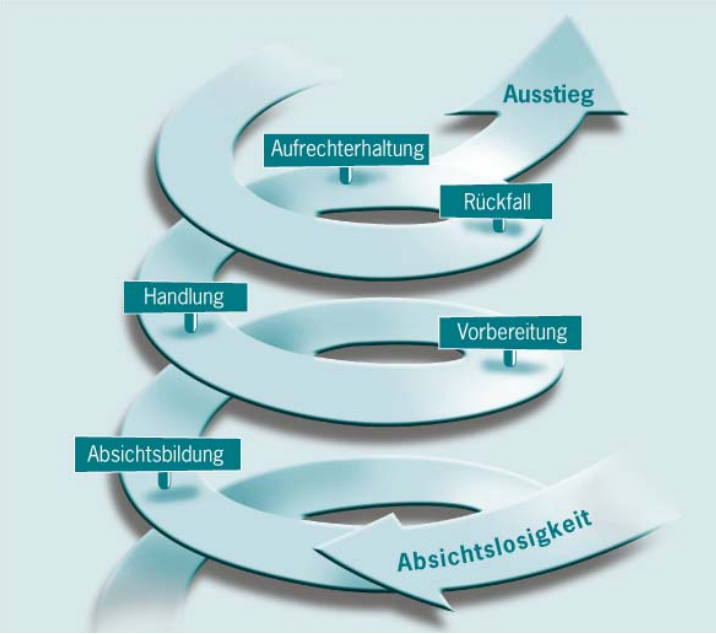
Rückfälle in alte Verhaltensweisen sind normal und werden nicht als Beendigung des Veränderungsprozesses begriffen. Vielmehr kann hier erneut in den Veränderungskreislauf eingetreten werden, sodass sich insgesamt ein spiralförmiges Modell (s.u.) ergibt: Zwar beginnt nach einem Rückfall der Kreislauf von neuem, aber jetzt auf einem anderen Niveau, da man ja bereits Erfahrungen gemacht hat, z.B. mit den positiven Seiten eines Lebens mit stark reduziertem oder gar keinem Konsum von illegalen Drogen.

Im Idealfall durchlaufen KlientInnen diese Abfolge nur einmal. Gerade bei den KlientInnen, die im Rahmen des Heroinprogramms beraten werden und die durch mehrfache Problembelastungen, langjährige Drogenkarrieren und vielfältige Behandlungserfahrungen gekennzeichnet sind, ist zu erwarten, dass in der Regel mehrere Durchläufe notwendig sind, um nachhaltige Verhaltensänderungen zu erreichen.

Die Aufgabe der BeraterInnen ist es, die KlientInnen in diesen Veränderungsprozessen zu unterstützen. Es geht darum, vorhandene Motivation zu bekräftigen und zur Entwicklung weiterer Veränderungsbereitschaft anzuregen. Dabei müssen alle Behandlungsziele, Behandlungsschritte und eingesetzte Techniken zum jeweiligen Motivationsstadium passen: Interaktionen mit KlientInnen im Stadium der Absichtslosigkeit sollten anders verlaufen als solche, die sich im Stadium der Absichtsbildung befinden usw.

In der folgenden Abbildung sind die Stadien der Motivation nach Prochaska und DiClemente dargestellt.

Stadien der Motivation zur Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente



Je nach der Lebenssituation der KlientInnen sowie des Stadiums, in dem sie sich befinden, sind mehr oder weniger Ressourcen vorhanden, die Verhaltensänderungen erleichtern und damit wahrscheinlicher machen bzw. - wenn Ressourcen fehlen - erschweren. Ambivalente Einstellungen zum Drogenkonsum und zu problematischen Lebensweisen müssen also ernst genommen und in den Prozess einbezogen werden. Zu den Aufgaben der BeraterInnen gehört es, Ambivalenzen wahrzunehmen und auf diese angemessen zu reagieren und die Motivation zur Verhaltensänderung zielorientiert zu stärken.

Das von Prochaska und DiClemente in ihrem „transtheoretischen Modell“[1] erarbeitete Stadienmodell der Veränderungsmotivation ist empirisch bislang noch nicht hinreichend bestätigt und daher noch in der Diskussion (Heidenreich, Hoyer 1998, 2001; Sutton 2001). Wahrscheinlich verläuft die Entwicklung von Motivation noch komplizierter als in dem Modell, das in vereinfachter Form eher einen Idealtypus darstellt. Dennoch eröffnet das Stadienmodell einen genaueren Blick auf motivationale Prozesse und ermöglicht den BeraterInnen eine bessere Auswahl der geeigneten Behandlungsansätze.

1 „Transtheoretisch“ wird dieses Modell deshalb genannt, weil zu seiner Erarbeitung Ergebnisse und Erfahrungen aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen berücksichtigt wurden.

Im Motivational Interviewing kommt dem Aufbau der helfenden Beziehung eine zentrale Rolle zu (vgl. Rogers 1973; Sachse 1999). Als Basisqualifikationen gelten Akzeptanz und Empathie. Verhaltensänderungen werden wahrscheinlicher, wenn Menschen Vertrauen in ihre Fähigkeit, sich zu verändern, haben. Ein durch Akzeptanz, Respekt und generell durch Wertschätzung geprägter Beratungsstil wirkt sich stärkend auf das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartung der KlientInnen aus und fördert damit die Bereitschaft, Verhalten zu verändern.

Im Unterschied zur klassischen klientenzentrierten Gesprächsführung ist Motivational Interviewing aktiver und direktiver angelegt und nimmt damit Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie auf, die im Beratungsprozess eingesetzt werden (vgl. dazu Beck u.a. 1997). Die Beratung zielt auf den Aufbau von Motivation zur Verhaltensänderung und unterstützt gesundheitsförderliches Verhalten, insbesondere Anstrengungen, den Drogenkonsum zu reduzieren, zugunsten des Aufbaus neuer Interessenbereiche. Zwar werden die einzelnen konkreten Ziele und Schritte jeweils zwischen Beratenden und KlientInnen abgesprochen, aber die BeraterInnen lassen keinen Zweifel an der generellen Richtung, in die der Beratungsprozess gehen soll. Mit Hilfe von gezielt einzusetzenden Techniken soll den KlientInnen je nach Motivationsstatus geholfen werden, (weiter) Motivation zur Verhaltensänderung zu entwickeln und diese dann auch tatsächlich umzusetzen.

Miller und Rollnick haben **fünf Grundprinzipien** für das Motivational Interviewing formuliert, mit denen sich dieser Beratungsansatz charakterisieren lässt:

- **Empathie und Akzeptanz**

Empathie ist die Fähigkeit, sich in Menschen einzufühlen. Eine empathische Grundhaltung ist gekennzeichnet durch Akzeptanz des Anderen und ein nicht-wertendes einfühlsames Verstehen. Eine empathische, respektvolle und akzeptierende Grundhaltung der Beratenden kann Veränderungsprozesse bei den KlientInnen fördern.

- **Diskrepanzen erzeugen**

Motivation zur Verhaltensänderung entsteht, wenn Widersprüche zwischen dem tatsächlichen aktuellen Lebensstil und den erwünschten Lebenszielen wahrgenommen werden. Deshalb sollen die Beratenden aktiv darauf hinwirken, dass solche Diskrepanzen sichtbar werden.

- **Beweisführung vermeiden**

Vermeintlich „objektive“ Beweisführungen, die Fachkräften und Bezugspersonen manchmal nahe liegen, gelten als kontraproduktiv und sollen deshalb vermieden werden. Konfrontative Zuschreibungen, die KlientInnen (noch) nicht akzeptieren, führen leicht zu Ablehnung.

- **Widerstand aufnehmen**

Widerstand wird nicht als Problem der KlientInnen, sondern als Herausforderung an die Beratenden verstanden („roll with resistance“). Die Beratenden sollen überprüfen, ob sie den Widerstand nicht positiv im Sinne der Zieldefinition nutzbar machen können. Sie sollen mit dem Widerstand der KlientInnen gegenüber Verhaltensänderungen „mitgehen“.

- **Selbstwirksamkeitserwartung fördern**

Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, sich verändern zu können, ist sehr wichtig, damit Veränderungen überhaupt angegangen werden. Aufgabe der Beratenden ist in erster Linie zu vermitteln, dass KlientInnen über Ressourcen verfügen, Kompetenzen haben und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben dürfen, sich zu verändern. Damit wird auch das Selbstwertgefühl gefördert.

Aus den USA liegt inzwischen eine Reihe von Studien vor, die belegen, dass mit dem Ansatz Motivational Interviewing erfolgreich im Suchtbereich gearbeitet werden kann. Am aufwendigsten wurde das Motivational Interviewing im Rahmen des Projektes „Match“ untersucht. In dieser in den USA durchgeführten Behandlungsstudie wurden mehr als 1.500 Menschen mit Alkoholproblemen zufällig auf verschiedene Behandlungsmethoden verteilt. Dabei zeigte sich, dass vier Sitzungen mit Motivational Interviewing vergleichbare Resultate wie umfangreichere andere Behandlungsvarianten aufwiesen (Project MATCH Research Group 1998). Inzwischen ist Motivational Interviewing in der ambulanten Beratung für Alkohol- und Drogenabhängige in den USA eine Standardmethode geworden.

In Deutschland wurden das Stadienmodell zur Veränderung und der Ansatz von Motivational Interviewing mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung rezipiert (Heidenreich, Hoyer 1998, Keller 1999; Demmel 2000, 2001). In der Praxis wurde er in Deutschland bislang vor allem im Zusammenhang mit der Beratung und Behandlung von KlientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus erprobt (John u.a. 1996; 2000, Kremer u.a. 1999). Dabei wurden im Rahmen eines Liaisondienstes mehrere Ansätze motivierender Beratungsarbeit getestet und analysiert. Weitere Anknüpfungspunkte für die Rezeption von Motivational Interviewing und des Stadienmodells der Veränderungsmotivation findet man in der Diskussion um die Bedeutung von Rückfällen (vgl. Körkel, Kruse 1997; Kruse u.a. 2000).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Case Management mit Blick auf die verschiedenen und oft vielfältigen Hilfebedarfe der KlientInnen die Methode der Wahl darstellt und Menschen mit vielfältigen Problemen effektiv und schnell mit den erforderlichen Hilfen und unterstützenden sozialen Netzen verknüpfen kann. Hilfe wird als Gesamtgeschehen organisiert, koordiniert und zielgeleitet gestaltet. Kontrolle und Evaluation des Hilfeprozesses dienen der ständigen Qualitätskontrolle und -sicherung. Motivational Interviewing bietet darüber hinaus Methoden, spezifisch auf motivationale Gegebenheiten zu reagieren sowie die Motivation zur Verhaltensänderung anzuregen und zu fördern. Die therapeutische Grundhaltung, die auf Empathie statt Konfrontation und auf Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung abzielt, findet ihr Korrelat in einer direktiven Haltung dem Klienten/der KlientIn gegenüber, ist also nicht passiv.

In der Kombination von Case Management und Motivational Interviewing werden die therapeutische Grundhaltung und die Betonung motivationaler Aspekte mit dem Ablaufschema von Case Management verknüpft, es wird somit auf mehreren Ebenen gleichzeitig angesetzt: Den KlientInnen wird effektiv und effizient die nötige Unterstützung erschlossen, und gleichzeitig wird die Selbstwirksamkeit und Änderungsmotivation der KlientInnen gestärkt.

Tipps zum Weiterlesen

Zu Case Management:

- Ewers M, Schaeffer D (2000) Case Management in Theorie und Praxis, Bern (Huber)
- Löcherbach P, Klug W, Remmel-Fassbender R, Wendt WR (Hg. 2002) Case Management - Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied (Luchterhand)
- Oliva H, Görgen W, Schlanstedt G, Schu M, Sommer L (2001) Case Management in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit - Modellbestandteil Case Management. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Band 139 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden (Nomos)
- Raiff NR, Shore BK (1997) Fortschritte im Case Management. Freiburg (Lambertus)
- Rothman J, Sager, JS (1998) Case Management: Integrating Individual and Community Practice. Boston (Allyn & Bacon)
- Schleuning G, Welschehold M, Stockdreher P, Jordan A, Danner R, Ackenheil M (2000) Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. Band 133 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden (Nomos)
- Siegal HA u.a. (1998) Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27, Substance Abuse and Mental Health Services Administration - Center for Substance Abuse Treatment. Rockville, DHHS Publication No (SMA) 98-3222
- Wendt WR (1997) Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg (Lambertus)
- Wendt WR (1995) Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. 2. Aufl. Freiburg (Lambertus).

Internetseiten zu Case Management:

- Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V.: www.dbsh.de
- Fortbildungsangebot der katholischen Fachhochschule Mainz: www.case-manager.de
- Case Management Society of America: www.cmsa.org
- National Association of Social Workers: www.naswdc.org

Zu Motivational Interviewing:

- Miller WR, Rollnick S (1999) Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg (Lambertus)
- Demmel R (2001) Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. In: Sucht 47 (3) 2001, 171-188

- Heidenreich T, Hoyer J (2001) Stadien der Veränderung bei Substanzmissbrauch und -abhängigkeit: Eine methodenkritische Übersicht. In: Sucht 47 (3) 2001, 158-170
- John U, Veltrup C, Driessen M, Wetterling T, Dilling H (2000) Motivationsarbeit mit Abhängigen. Freiburg (Lambertus)
- Keller S (1999) Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg (Lambertus)
- Miller WR, Rollnick S (1991) Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior. New York, London (The Guilford Press)
- Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG (1995) Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Inidviduals 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
- Miller WR (1999) Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. Center for Substance Abuse Treatment, Rockville (DHHS Publication).

Internetseiten zu Motivational Interviewing:

- Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addiction (CASAA) der University of New Mexico: www.casaa.unm.edu
- www.motivationalinterview.org