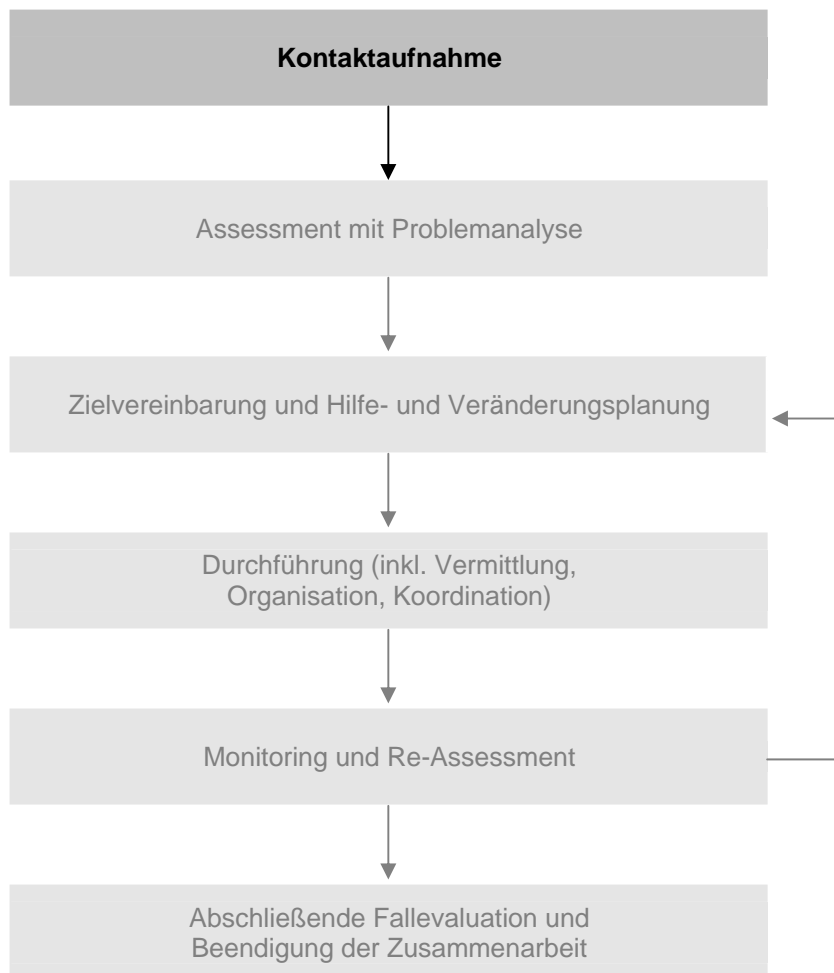


Phase 1: Kontaktaufnahme



Ziele, Inhalt und Aufgaben

Im Rahmen des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger ergibt sich die Zuordnung der KlientInnen zu Case Management mit integriertem Motivational Interviewing durch das Randomisierungsverfahren. In den Behandlungszentren muss ein Verfahren implementiert werden, mit dem die KlientInnen auf die einzelnen Case Manager verteilt werden. Nach Abschluss des Rekrutierungs- und Randomisierungsverfahrens soll jeder Case Manager (volle Stelle) insgesamt 25 KlientInnen betreuen; für Teilzeitbeschäftigte ergeben sich anteilige Werte. Die feste Zuordnung zu einer Fachkraft ist ein Grundprinzip jedes Case Management-Modells. Da die Betreuung aber in Urlaubs-, Krankheits- und anderen Abwesenheiten nicht aussetzen kann, muss ein Vertretungsplan erarbeitet werden.

Nach Aufnahme des Klienten bzw. der Klientin in die Studie sollten Sie innerhalb einer Woche einen Termin zum Erstgespräch anbieten. Dieser erste Kontakt dient vor allem dem gegenseitigen Kennenlernen und der Kontaktaufnahme. In der Phase der Kontaktaufnahme werden die Grundlagen für das Arbeitsbündnis gelegt, das Sie und Ihre KlientInnen durch die späteren Phasen des Beratungsprozesses tragen soll. Respekt, Akzeptanz und Empathie sind gerade in dieser Phase besonders wichtig, um eine vertrauensvolle und konstruktive professionelle Beziehung aufzubauen. Dazu gehören sowohl angemessene Umgangsformen als auch eine Gestaltung der Beratungsräume, die eine warme Atmosphäre erzeugt sowie eine über den ganzen Beratungsprozess durchgängige zuvorkommende Behandlung.

Gerade die Wahl der förmlichen Anrede „Sie“ fällt manchen DrogenberaterInnen schwer: Viele DrogenberaterInnen haben sich über die Jahre daran gewöhnt, dass man sich im Kontaktladen und in der Drogenberatung mit „Du“ anredet. Andererseits ist unter Erwachsenen, die nicht persönlich bekannt oder befreundet sind, eigentlich das „Sie“ üblich. Jemanden mit „Sie“ anzureden bedeutet, dass man ihm mit Respekt und Achtung gegenübertritt. Bedenken Sie, dass Ihre KlientInnen möglicherweise älter sind als Sie selbst. Vielleicht können Sie dieses Problem ja pragmatisch lösen, indem Sie neue KlientInnen „siezzen“ und bei jenen, die Sie schon aus früheren Projekten kennen, bei der gewohnten Anrede bleiben.

Was das alles umfasst, kann man vielleicht einfacher verstehen, wenn man sich selbst in die Rolle des Hilfesuchenden versetzt: Stellen Sie sich vor, Sie betreten eine Arztpraxis und werden dort von den MitarbeiterInnen (die vielleicht deutlich jünger als Sie selbst sind) automatisch mit „Du“ angeredet. Das würde Sie bestimmt sehr irritieren. Ähnlich seltsam wäre es, wenn Sie von einem Rechtsanwalt beraten würden, der in einem mit Sperrmüll eingerichteten Zimmer sitzt und in kumpelhaftem Ton und Szenejargon mit Ihnen über Ihre Probleme redet.

Stellen Sie durch flexible Organisationsstrukturen möglichst weitgefasste Erreichbarkeitszeiten sicher, sodass Ihre KlientInnen Sie oder Ihre Vertretung leicht kontaktieren können. Erläutern Sie Ihren KlientInnen dieses Prinzip. Stellen Sie sich als Person vor und erklären Sie die Gestaltung und Rolle der psychosozialen Begleitung im Rahmen der Studie. Beschreiben Sie die Arbeitsprinzipien von Case Management mit integriertem Motivational Interviewing. Händigen Sie dazu auch die vorbereitete Information (s. Anhang) aus. Schließlich sollten Sie auch auf die Grenzen der professionellen Beziehung hinweisen.

Versuchen Sie, einen „Draht“ zu Ihren KlientInnen zu bekommen, sie emotional zu erreichen. Akzeptanz und Empathie erleichtern die Kontaktaufnahme. Es versteht sich dann von selbst, dass Sie Ihren KlientInnen mit Interesse und Freundlichkeit begegnen. Passen Sie Ihren Gesprächsstil der Situation an. Es kann zudem hilfreich sein, nicht im Beratungszimmer zu bleiben. Wenn Sie den Eindruck haben, dies könnte die Kommunikation vereinfachen, schlagen Sie Ihren KlientInnen z.B. einen kleinen Spaziergang vor! Versuchen Sie, Ihren Klienten bzw.

Ihre Klientin zum Erzählen zu bringen und hören Sie zu! Besonders wichtig dafür sind die Techniken aktives Zuhören und offene Fragen (s.u.). Vor dem Erstgespräch kennen Sie nur den Namen und vielleicht das Alter und die Adresse Ihres neuen Klienten bzw. Ihrer neuen Klientin. Nach dem Erstgespräch sollten Sie einen ersten Eindruck von der Lebenssituation, wichtigen Problembereichen und der Veränderungsbereitschaft haben.

Aggressiv-konfrontative Beratungsstile sind ineffektiv und sogar schädlich. Case Management mit integriertem Motivational Interviewing will deshalb einen von Empathie und Respekt getragenen Beratungsstil realisieren - so wie dies auch bei der Beratung von KlientInnen mit anderen Erkrankungen oder psychosozialen Problemen üblich ist. Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass Einwilligung und Mitwirkung an einer Behandlung wachsen, wenn BetreuerIn und KlientIn kooperieren.

Stellen Sie sich einmal vor, Sie gehen zum Arzt, weil Sie Rückenschmerzen haben, und der Arzt würde Sie gleich beim ersten Besuch mit Ihrer schlechten Körperhaltung „konfrontieren“ oder Sie mit Vorwürfen überziehen, weil Sie keine gymnastischen Übungen machen - wahrscheinlich würden Sie sich empört abwenden, den Arzt wechseln und sich von „so einem“ schon mal gar nichts sagen lassen. Oder stellen Sie sich vor, Sie gehen zur Eheberatungsstelle, weil es in Ihrer Beziehung kriselt, und würden dort einem inquisitorischen Verhör unterzogen und mit Unterstellungen über persönliche Defizite „konfrontiert“. Das würde Ihre Motivation zur Annahme „professioneller“ Hilfe wahrscheinlich nicht erhöhen.

Manchmal ist es notwendig, wie bei einer Krisenintervention, schon beim Erstgespräch erste praktische Hilfen (z.B. Übernachtungsmöglichkeit vermitteln) zu organisieren. Gehen Sie auf den Bedarf nach Soforthilfen ein, soweit das möglich und sinnvoll ist. Sie helfen damit nicht nur, die Lebenssituation Ihrer KlientInnen zu verbessern, Sie tragen damit auch zum Aufbau von Vertrauen bei und stärken das Arbeitsbündnis.

Gegen Ende des Erstgesprächs sollten Sie mit Ihrem Klienten bzw. Ihrer Klientin die Frage klären, ob sie gemeinsam in den strukturierten Case Management-Prozess einsteigen wollen. Falls ja, sollten Sie daran erinnern, dass Sie in einer der nächsten Sitzungen das in einer schriftlichen Vereinbarung festhalten möchten (s. Kontrakt im Anhang). Falls Ihr Klient bzw. Ihre Klientin keine Absicht zeigt, sich auf Veränderungsprozesse einzulassen, nur an kurzfristigen Hilfen Interesse hat und nicht bereit ist, am Case Management mitzuarbeiten (Stadium der Absichtslosigkeit), bedarf es einiger Umwege, um in den Case Management-Prozess einzusteigen. Versuchen Sie dann zu einem späteren Zeitpunkt, einen formellen Kontrakt zu schließen und die Schweigepflichtsentbindung einzuholen.

Generell gilt, dass die KlientInnen mit durchaus verschiedenen Anliegen, mit unterschiedlichen Ausprägungen von Veränderungsmotivation und nicht immer aus eigenem Antrieb zu Ihnen kommen. Als BeraterIn oder Case Manager wünschen Sie sich naheliegenderweise motivierte und zur gemeinsamen Arbeit bereite KlientInnen. Dieser Wunsch von BeraterInnen ist oft so stark, dass sie geneigt sind, alle ihre KlientInnen so zu sehen. Das führt dann natürlich schnell zu Verärgerung, wenn die KlientInnen dann doch nicht so motiviert sind. Tatsächlich begegnen einem in der Praxis häufig weniger motivierte KlientInnen und Sie werden auch im Rahmen der Heroinstudie auf sie treffen. Auch wenn Case Management also am einfachsten scheint mit Klienten, die stark zur Veränderung motiviert sind, die ihre Probleme wie auch ihre Ressourcen benennen, die Hilfe annehmen und bei der Umsetzung mitarbeiten können: Sie können auch mit weniger motivierten Klienten arbeiten und eine Beziehung aufbauen, wenn Sie angemessen auf sie reagieren.

Es werden möglicherweise KlientInnen zu Ihnen kommen, weil sie Case Management zugelost wurden bzw. die Studienumsetzung in Ihrer Stadt dies so vorsieht. Vielleicht haben sie kein Problembewusstsein und möchten höchstens, dass man Ihnen „den Rücken freihält“. Gleichwohl sollten Sie diesen KlientInnen positives Feedback geben, z.B. für all das, was diese KlientInnen bereits gut regeln; dafür, dass sie überhaupt gekommen sind, und für ihr Bemühen, Schwierigkeiten (z.B. mit dem Prüfarzt) zu vermeiden. Anerkennen Sie, dass die KlientInnen gerade eine schwierige Zeit durchleben. Sie können sich besorgt über ihre Zukunft zeigen. Versuchen Sie, sich Klarheit darüber zu verschaffen, was diese KlientInnen sich von den Gesprächen erhoffen und zeigen Sie Respekt vor ihrer Selbständigkeit. Weisen Sie auf die Bedingungen der Studie hin und auf den gemeinsamen „Job“, z.B. ein Assessment durchzuführen. Fragen Sie, ob es irgendetwas gibt, bei dem Sie die KlientInnen unterstützen können. Bieten Sie Informationen (über die Studie, Angebote am Ort etc.) und auch einen weiteren Termin an.

Sie können auch auf KlientInnen treffen, die Sie mit detaillierten Problembeschreibungen (zu Gründen, Entstehung, Entwicklung, Muster etc. der Probleme) konfrontieren, sich jedoch in einer Opferrolle sehen und anderen (Personen, Dingen, Umständen ...) die „Schuld“ für ihre Misere geben. Vielleicht glauben sie, dass sich erst jemand oder etwas ändern müsse, damit es ihnen besser gehen könnte, und scheinen selbst wenig bereit, etwas zu tun. Als Case Manager sollten Sie auch diesen KlientInnen ein positives Feedback für die Teilnahme an der Studie geben. Seien Sie respektvoll und gehen Sie auf ihre Bereitschaft, die Situation zu betrachten, ein. Steigen Sie also ins Assessment ein und lassen Sie sich ihre Situation gründlich schildern. Betonen Sie, dass die KlientInnen nach ihrer Meinung gefragt sind und mitbestimmen sollen, was anders werden soll. Fassen Sie Ihre Sitzungen immer zusammen und lassen Sie sich dies bestätigen. Da diese KlientInnen meist (noch) nicht bereit sind, selbst Aufgaben zu übernehmen, sollten Sie die geäußerten Lösungsvorschläge gemeinsam diskutieren und deren Reflexion anregen. Auch können Sie diesen KlientInnen vorschlagen, „Ausnahmesituationen“ zu beobachten und darin eigene Anteile zu identifizieren etc.

Lassen Sie sich und Ihren Klienten und Klientinnen Zeit!

Die weiteren in diesem Manual beschriebenen Techniken und die dahinter liegende Grundhaltung bieten Ihnen vielfältige Möglichkeiten, auch weniger oder nur partiell zur Veränderung motivierte Drogenabhängige zu unterstützen. Erinnern Sie sich daran, dass Motivation ein prozesshaftes, veränderbares Geschehen und keine statische Eigenschaft ist. Respektieren Sie immer den „Eigen-Sinn“ Ihrer Klienten und bieten Sie Ihre Unterstützung an. Nutzen Sie die weiter unten aufgeführten Techniken, um eine professionelle Arbeitsbeziehung aufzubauen. Mit aktivem Zuhören und offenen Fragen wird es Ihnen auch bei vielen zunächst scheinbar wenig motivierten Klienten gelingen, Ansätze für Veränderungswünsche und Veränderungsmotivation zu finden.

Entscheiden Sie sich nun gemeinsam mit Ihrer Klientin bzw. Ihrem Klienten für den Beginn des Case Managements, so gehen beide Seiten einen wechselseitigen Kontrakt ein: Sie verpflichten sich zur nachhaltigen Unterstützung der Klientin/des Klienten und diese verpflichten sich zur Mitarbeit im Rahmen des Case Managements. Das ist natürlich keine rechtliche Verpflichtung, sondern eine symbolische und soll Selbstverpflichtung und Verbindlichkeit stärken.

Besprechen Sie gemeinsam die Notwendigkeit, andere mit dem Fall beschäftigte Einrichtungen und Institutionen in die Beratung bzw. in den Prozess des Case Managements mit einzubeziehen. Denken Sie gemeinsam über wichtige Bezugspersonen nach, die eventuell beteiligt werden sollten oder könnten. Bevor Sie dann - nach Absprache mit dem Klient bzw. der Klientin - Kontakt zu anderen Betreuern oder Bezugspersonen aufnehmen, sollten Sie sich eine ent-

sprechende Schweigepflichtsentbindung geben lassen. Auch hierzu finden Sie im Anhang und auf der CD Vordrucke.

Bleibt Ihr Klient/Ihre Klientin dem Erstgesprächstermin fern, fragen Sie im Behandlungsteam nach und versuchen Sie eigeninitiativ, den Kontakt herzustellen (telefonisch, schriftlich). Reagiert ein Klient/eine Klientin auch darauf nicht, sollten Sie versuchen, ihn/sie im Rahmen der Vergabezeiten zu treffen. Notfalls fragen Sie im jeweiligen sozialen Umfeld nach ihm/ihr, also z.B. in anderen Einrichtungen, auf der Szene, und vielleicht suchen sie sogar bei Bezugspersonen oder in seiner/ihrer Wohnung.

Je nachdem, wie der Erstkontakt zustande gekommen ist und wie viel Zeit Sie für die damit verbundenen Aufgaben aufgewendet haben, kann bereits in der ersten Sitzung mit dem Assessment (s.u.) begonnen werden.

TECHNIKEN

Aktives Zuhören

Verwenden Sie von der ersten Begegnung an die Technik des aktiven Zuhörens. Aktives oder reflexives Zuhören ist eine der wichtigsten Methoden des Motivational Interviewing. Grundlage für das aktive Zuhören ist die Bereitschaft, den Klienten bzw. die Klientin als Person anzunehmen und - trotz aller Unterschiede im Lebensstil - wertzuschätzen, sowie die Fähigkeit zum einführenden Verstehen in die Lebens- und Gedankenwelt des Klienten bzw. der Klientin. Wie alle Interaktionen sind auch die zwischen Ihnen und Ihren KlientInnen sehr komplex und finden auf mehreren Ebenen statt. Zur Kommunikation gehören verbale und nonverbale Aspekte (Gesten, Mimik, Tonfall, Kleidung, Selbstdarstellung, Sitzposition etc.), und auf beiden Ebenen werden Inhalte ausgetauscht. Zum aktiven oder reflexiven Zuhören wird einführendes Verstehen aber erst, wenn Sie das, was Sie verstanden haben, in das Gespräch zurückfließen lassen. Ziel ist dabei nicht, das Gehörte einfach zu wiederholen. Vielmehr sollten Sie als Case Manager aktiv Einfluss auf den Gesprächsverlauf nehmen, indem Sie aus der Gesamtheit der Informationen Ihnen zentral erscheinende Aspekte auswählen und diese in eigene Worte fassen. Auf diese Weise lässt sich leicht klären, ob man die Klientin bzw. den Klienten richtig verstanden hat oder nicht.

Aktives Zuhören hat das Ziel, die KlientInnen zum Reden zu bringen und sie ein Thema explorieren zu lassen, möglichst genau zu klären, was die KlientInnen meinen, auch komplexe Motivationslagen erklärbar und bearbeitbar zu machen und KlientInnen so dabei zu helfen, sich selbst besser zu verstehen. Zudem vermittelt es ihnen Respekt und Verständnis, kann Widerstand aufnehmen und auf diesem Wege abbauen. Aktives Zuhören kann selbstmotivierende Aussagen hervorlocken, auf Veränderung zielende Statements der KlientInnen gezielt verstärken und in der Konsequenz das Arbeitsbündnis stärken. Hier sind (in Anlehnung an Kremer 2000) einige Beispiele:

K: *„Sie haben doch überhaupt keine Ahnung, was es bedeutet, heroinabhängig zu sein!“*

CM: *„Sie fühlen sich von mir nicht richtig verstanden.“* (Reflexion)

K: *„Genau!“* Hier bietet es sich an weiterzufragen:

CM: *„Beschreiben Sie mir einfach, wie das ist, wenn Sie 'drauf' sind, damit ich Sie besser verstehen kann“.* (Offene Frage)

K: *„Ich könnte gar nicht aufhören, nebenher Crack zu nehmen. Was würden meine Freunde denken?“*

CM: *„Sie meinen, dass Sie Ihre Freunde verlieren könnten, wenn Sie etwas an Ihrem Drogenkonsum verändern“ (Reflexion der Ambivalenz)*

K: *„Okay, manchmal übertreibe ich es mit Kokain, aber ich bin nicht abhängig!“*

CM: *„Sie sehen einerseits, dass Ihnen das viele Kokain schadet, aber Sie wollen andererseits nicht mit einem ‚Etikett‘ versehen werden.“ (Reflexion der Ambivalenz)*

Natürlich wird Ihre Reflexion die Aussagewünsche der KlientInnen nicht immer so genau treffen wie in diesen idealtypischen Beispielen. Außerdem kann es zu komplizierten Reaktionen kommen. Verstärkt man bei ambivalenten KlientInnen eine Seite ihrer Gefühle und Ansichten - etwa diejenige, die Veränderung befürwortet - dann kann es sein, dass das diese KlientInnen dazu bewegt, „Partei für die andere Seite“ zu ergreifen. Um das zu verhindern, sind komplexe Reflexionen sinnvoll, die beide Seiten der ambivalenten Einstellung aufgreifen.

Generell soll aktives Zuhören in allen Phasen des Beratungsprozesses die Gesprächsmethode der Wahl sein. Versuchen Sie, mehr zuzuhören und weniger selbst zu reden. Das ist zwar gerade im Erstgespräch nicht ganz einfach, da Sie einiges erklären müssen, aber versuchen Sie trotzdem von Anfang an, Ihr Gegenüber zum Reden zu bringen. Schließlich müssen Sie einiges von ihr oder ihm erfahren, um sie/ihn verstehen zu können.

Offene Fragen

Offene Fragen sind Fragen, auf die man nicht mit „ja“ oder „nein“ (oder vergleichbar knapp) antworten kann. Geschlossene Fragen hingegen können im Wesentlichen mit „ja“ oder „nein“ oder anderen kurzen sachlichen Auskünften beantwortet werden. Stellen Sie möglichst viele offene Fragen. Nur damit erreichen Sie, dass KlientInnen tatsächlich etwas von sich erzählen und nicht nur vorgefertigte Muster bestätigen. Vor allem in der Anfangsphase, etwa während des Erstgesprächs und des sich daran anschließenden Assessments, ist es besonders wichtig, die KlientInnen zum Erzählen zu bewegen. Beispiele:

„Ich würde gerne (besser) verstehen, wie Sie die Dinge sehen ..., wie Sie das meinen..., was für Sie in dieser Situation das größte Problem ist/war.“

„Helfen Sie mir, damit ich mir ein klares Bild von der Sache/Situation machen kann, und beschreiben Sie es an einem Beispiel, wie das genau ist ..., was da im Einzelnen passiert ist ..., was Sie da gemacht haben ..., wie Sie sich da gefühlt haben ...“

„Was gibt es sonst noch, worüber Sie jetzt gerne (noch) reden würden? ... was Ihnen zur Zeit Probleme macht, was Sie bedrückt? ... was Sie nicht so gut finden?“

Soforthilfen/Krisenintervention

Krisenintervention und Soforthilfen unterscheiden sich von den im Rahmen der Hilfe- und Veränderungsplanung erbrachten Hilfen dadurch, dass sie kurzfristig auf krisenhafte Situationen reagieren. Kriseninterventionen zielen auf Hilfe im Hier und Jetzt, jedoch sind langfristige Veränderungen und Verbesserungen immer mitgedacht. Kennzeichen einer Krise ist, dass sie sich vom Alltag unterscheidet, nur ausnahmsweise auftritt und wieder zu Ende geht. Eine solche Definition bereitet allerdings bei Heroinabhängigen Schwierigkeiten, deren Leben manchmal wie

eine einzige Abfolge von Krisen aussieht. Der Vorteil von Soforthilfen und Krisenintervention ist, dass sie kurzfristig Abhilfe schaffen, für Erfolgserlebnisse sorgen und das Arbeitsbündnis zwischen Case Manager und Klient/Klientin festigen. Der Nachteil liegt darin, dass sie - gerade weil sie nicht in den Hilfe- und Veränderungsplan eingebunden sind - nur selten mittel- und langfristige Problemlösung bringen.

Typische Soforthilfen sind z.B. das kurzfristige Organisieren eines Platzes in einer Notunterkunft, eine schnelle Intervention beim Sozialamt, damit ein Tagessatz ausgezahlt wird, oder ein Anruf bei einer anderen Institution, um eine Fristverlängerung zu erreichen.

Leisten Sie Soforthilfen und Krisenintervention, wann immer dies nötig und möglich ist. Versuchen Sie aber auch, möglichst schnell von der kurzfristigen Hilfeerbringung auf die Hilfeleistung im Rahmen des Case Management-Prozesses umzusteuern.

Informationsvermittlung

Für die KlientInnen können nützliche Informationen z.B. sein: Erläuterungen über das Studiendesign, insbesondere die Notwendigkeit der Zufallszuordnung der KlientInnen zu den beiden Gruppen Heroin und Methadon, die Angebote an ärztlicher und psychosozialer Behandlung, Beratung und Betreuung, die Zuständigkeiten der vielen verschiedenen Akteure und der Sinn und Zweck der Studie überhaupt. Es ist damit zu rechnen, dass hier ein erheblicher Aufklärungsbedarf besteht, da das Studiendesign sehr komplex ist und nicht allgemein bekannt ist.

Außerdem können Sie den KlientInnen relevante Hilfen in der Region zur Bearbeitung von konkreten Problemen nennen. Geben Sie Informationen, ohne Gegenleistungen zu verlangen. Stellen Sie sich Ihren KlientInnen als kundig und hilfreich vor, um so eher werden Sie für weitergehende Hilfen in Anspruch genommen.

Wenn bereits im ersten Gespräch mit dem Assessment begonnen wird, beachten Sie bitte die entsprechenden Techniken.



Instrumente Kontaktaufnahme

Information für KlientInnen

Kontrakt

Schweigepflichtsentbindung

Deckblatt der Klientenakte

ggf. Assessmentbogen

Tätigkeitsdokumentation

Checkliste Kontaktaufnahme

1. Konnte ich den zeitlichen Rahmen zur Kontaktaufnahme (eine Woche nach Aufnahme in die Studie) einhalten?
2. Habe ich die KlientInnen umfassend über den Arbeitsansatz und meine Rolle informiert?
3. Wie schätze ich die Bereitschaft der KlientInnen zur Mitarbeit ein? Wie steht es um ihre Veränderungsbereitschaft - allgemein und in verschiedenen Lebensbereichen? In welchem Motivationsstadium befinden sie sich?
4. Wie habe ich die Kontaktaufnahme erlebt? Konnte ich die KlientInnen akzeptieren, mich in sie einfühlen, sie als Personen (mit anderen Wertsystemen und Lebensweisen) respektieren?
5. Habe ich mehr zugehört oder mehr geredet?
6. Habe ich mich mit dem Klienten/der Klientin auf den Einstieg in das Case Management-Verfahren verständigt?
7. Habe ich Informationen oder Soforthilfen vermittelt?

