

Motivational Interviewing – die Schlüsselkompetenz Zieloffener Suchtbehandlung

Joachim Körkel & Andrea Koydl

Zusammenfassung

Zieloffene Suchtbehandlung (ZOS) stellt die Behandlungsziele Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung gleichberechtigt nebeneinander und setzt konsequent an den individuellen Veränderungszielen des Klienten¹ an. Motivational Interviewing (MI) zielt darauf ab, Klienten durch partnerschaftliche, akzeptierende und empowernde Gesprächsführung geschmeidig durch den Änderungsprozess zu begleiten und intrinsische Änderungsbereitschaft („Change Talk“) freizusetzen. MI bildet die zentrale Haltungs- und Interaktionsbasis von ZOS. Der Beitrag beschreibt die MI-basierte Umsetzung von ZOS anhand eines Kartensatzes zur Konsum- und Zielabklärung und einer Interventionsmatrix. Beide Instrumente ermöglichen einen strukturierten, visualisierten Dialog über alle konsumierten Substanzen/suchtbezogenen Verhaltensweisen und das Erarbeiten individueller Veränderungsziele und zielgemäßer Behandlungsmaßnahmen, ohne Ziele oder Interventionen normativ vorzugeben. Übergreifend betrachtet, beruht MI-basierte ZOS auf einem dialog- und lebensweltorientierten Behandlungsverständnis, das Klienten zu aktiven Gestaltern ihres Veränderungsprozesses befähigen möchte.

Schlüsselwörter: Zieloffene Suchtbehandlung (ZOS), Motivational Interviewing, Haltung, Lebensweltorientierung, Konsum- und Zielabklärung, evidenzbasierte Interventionen, Änderungsprozess

Summary

Goal-open addiction treatment (GOAT, in German ‘Zieloffene Suchtbehandlung’, ZOS) places the treatment goals of abstinence, reduced consumption, and harm reduction on an equal footing and consistently aligns interventions with the client’s individually defined change goals. Motivational Interviewing (MI) aims to accompany clients smoothly through the process of change by means of a collaborative, accepting, and empowering conversational style, thereby eliciting intrinsic motivation for change (‘change talk’). MI constitutes the central attitudinal and interactional foundation of ZOS. The MI-based practice of ZOS is described in detail through the use of a card set for the systematic clarification of substance use and change goals, as well as an intervention matrix. Both tools facilitate a structured and visualized dialogue about all substances used and addiction-related behaviors, and support the collaborative development of individualized change goals and goal-congruent treatment strategies without normatively prescribing goals or interventions. Overall, MI-based GOAT is grounded in a dialogical and lifeworld-oriented treatment approach that seeks to empower clients as active agents in their own process of change.

Keywords: goal-open addiction treatment (GOAT), motivational interviewing, spirit, lifeworld orientation, clarification of substance use and change goals, evidence-based interventions, process of change

1 Zieloffene Suchtbehandlung

Der Begriff „Zieloffene Suchtbehandlung“ oder „Zieloffene Suchtarbeit“ (ZOS) steht für einen

in den letzten 25 Jahren zunehmend ausdifferenzierten Ansatz in der Arbeit mit suchtbelasteten Menschen, bei dem abstinenzorientierte, reduktionsorientierte und schadensmindernde

¹ Im Text wird bei Personenbezeichnungen das maskuline Generikum verwendet.

Interventionen für *alle* konsumierten Substanzen und suchtbewogenen Verhaltensweisen *standardmäßig und gleichberechtigt* nebeneinander vorgehalten werden (vgl. im Detail Körkel, 2025, und in diesem Heft). Handlungsleitend sind dabei die Ziele, die sich der Klient² und – ggf. als Ergebnis eines Austauschs über verschiedene Zielloptionen – selbst setzt. ZOS bedeutet somit ein stringentes Arbeiten an einer Veränderung des Konsums/der Verhaltenssuchte ohne Primat des Abstinenzziels. ZOS ist insofern ein auf das Konsumprofil der meisten Menschen mit einer Substanzkonsumstörung zugeschnittener Ansatz, als diese in aller Regel *mehrere* psychotrope Substanzen konsumieren (und ggf. zusätzlich durch Verhaltenssuchte belastet sind) und zumindest bei einigen dieser Substanzen/Verhaltensweisen *änderungsmotiviert*, aber keineswegs immer *abstinenzmotiviert* sind.

Arbeitsfeldunspezifisch kommen bei ZOS drei Abfolgeschritte zum Einsatz:

1. die Abklärung aller vom Kl. konsumierten psychotropen Substanzen und süchtigen Verhaltensweisen;
2. das dialogische Erhellern der vom Kl. angestrebten Änderungsziele für jede seiner Substanzen/Suchtverhaltensweisen;
3. der Einsatz evidenzbasierter Behandlungsmaßnahmen zum Erreichen der Ziele (Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung) bei den vom Kl. als veränderungsbedürftig angesehenen Substanzen/Verhaltenssuchten.

Für die praktische Umsetzung der Schritte 1 und 2 (Konsum- und Zielabklärung) steht ein Kartensatz zur Verfügung, auf den in Abschnitt 3.2 eingegangen wird. Bei Schritt 3 kann auf „Interventionsmatrizen“ (Körkel, 2020), die eine Zusammenstellung evidenzbasierter Behandlungsmaßnahmen zur Veränderung des Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsums sowie nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltens enthalten, zurückgegriffen werden (siehe Abschnitt 3.3).

Die praktische Umsetzung von ZOS erfordert einen auf das jeweilige Arbeitsfeld (Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe etc.) und den Einrichtungstyp (ambulant, [teil-]stationär etc.) angepassten Zuschnitt (vgl. dazu Körkel 2025).

2 Motivational Interviewing

„Motivational Interviewing“ (MI; deutsch „Motivierende Gesprächsführung“) ist ein von

Miller und Rollnick (2023) entwickelter Ansatz der geschmeidigen Gesprächsführung, der als zentrales Ziel die Förderung intrinsischer Änderungsmotivation verfolgt:

„MI is a particular way of talking with people about change and growth to strengthen their own motivation and commitment.“ (a.a.O., S. 3).

Abbildung 1 gibt einen Überblick über das Gesamtmodell des MI mit seinen nachfolgend erläuterten Komponenten.

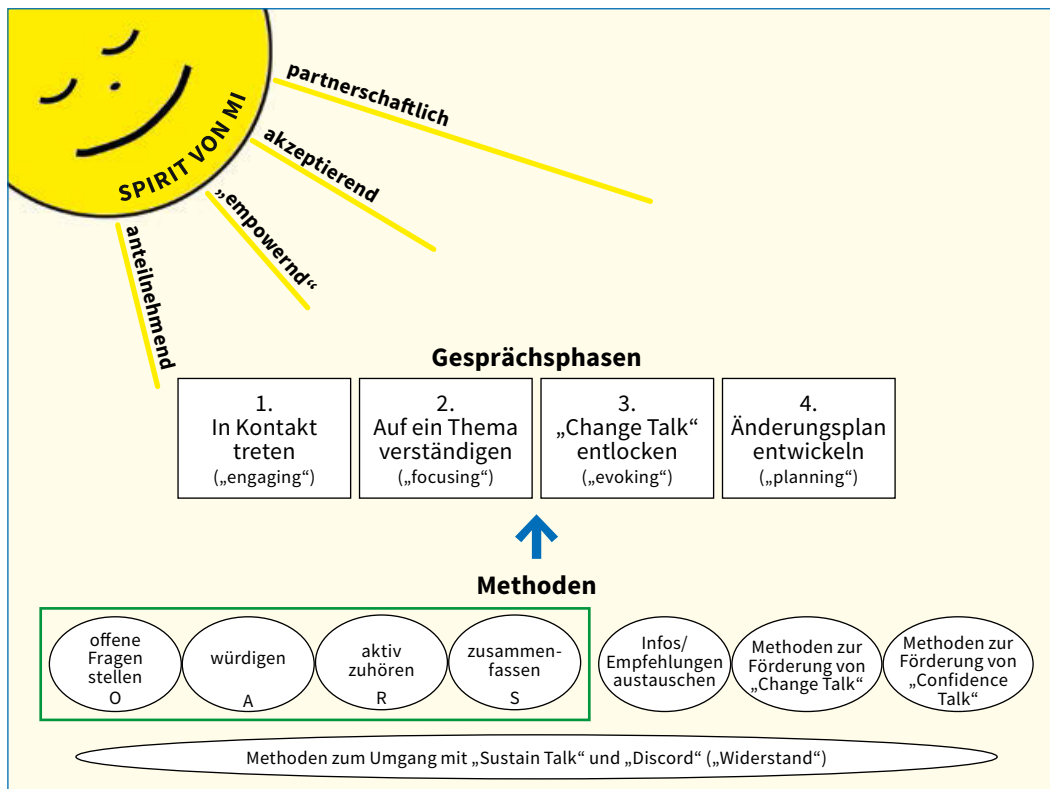
2.1 Ambivalenzannahme

Im MI wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer Suchtbelastung Änderungen ihres Konsums/Verhaltens ambivalent/zweispaltig, aber nicht unmotiviert gegenüberstehen. In diesem Sinne kann z. B. aus Sicht eines drogenabhängigen Menschen die unveränderte Weiterführung des Konsums einerseits Vorteile mit sich bringen, wie das Erträglichmachen äußerer und innerer Belastungen („Emotionsregulation“), den Erhalt der ohnehin wenigen sozialen (Szene-)Kontakte u. a. m. Aus der Innensicht eines solchen Menschen gibt es andererseits aber auch gewichtige Gründe für eine Konsumänderung, wie die Beendigung konsumbedingter Stressoren (z. B. innerer Druck der Geld- und Drogenbeschaffung; Vermeiden polizeilicher Auffälligkeit), die Ermöglichung eines mit den eigenen Wertvorstellungen in Einklang stehenden Lebens (z. B. ein guter Elternteil sein; nicht immer wieder die eigenen Eltern in Sorge versetzen) u. a. m. Diese – interindividuell unterschiedlichen – Gründe pro Veränderung sind also bereits im Kl. angelegt. Sie besitzen jedoch im Zustand der Ambivalenz nicht das Gewicht, welches sie brauchen, um eine Änderung in Gang zu setzen.

2.2 Förderung von „Change Talk“

Angeichts der aufgezeigten inneren Dynamik änderungsambivalenter Menschen muss Änderungsmotivation nicht „eingebläut“, sondern nur kunstfertig freigesetzt werden, so dass die Gründe pro Veränderung an Gewicht gewinnen und sich die innere Waagschale in Richtung Veränderung neigt. Dafür ist es notwendig, das Gespräch so zu führen, dass der Gesprächspartner *selbst* artikuliert, warum eine Veränderung für ihn wünschenswert, erforderlich und möglich ist. Die Argumente pro Veränderung müssen also „aus dem Mund des Kl.“ und nicht dem der Fachkraft kommen, was ein verändertes Verständnis der eigenen Rolle im Veränderungsprozess erfordert: *Der Kl. muss*

² Im Folgenden wird arbeitsfeldübergreifend die Bezeichnung „Klient“ (Kl.) verwendet. Andere Bezeichnungen für die Zielgruppe, wie „Patienten“, „Bewohner“ etc. sind dabei inkludiert.

**Abbildung 1**

Gesamtmodell
des Motivational Interviewing
(nach Körkel & Koydl, 2025)

zum „Macher der Veränderung“ werden – nicht die Fachkraft. Denn: „*You can’t make someone change*“ (Miller & Rollnick, 2023, S. 20). Sobald sich der Kl. zum Fürsprecher einer Veränderung macht, spricht man im MI von „Change Talk“, wenn er sich als Befürworter des status quo äußert, von „Sustain Talk“. Beispiele für Change Talk sind: „*Ich will clean bleiben, damit ich wieder Kontakt zu meiner Tochter bekommen kann.*“ „*Mit mir ging es nach dem letzten Rückfall total bergab – das macht mir Angst.*“ „*So [wie mein Leben bisher war] will ich nicht weitermachen!*“ Ein zentraler Bestandteil von MI-Expertise besteht somit darin, Change Talk beim Gesprächspartner zu erkennen, zu entlocken und zu verstärken und nicht in eine „Problemtrance“ (= Kultivierung des Sustain Talk) zu verfallen. Denn: Das Verhältnis von Change Talk zu Sustain Talk in einem Gespräch ist ein guter Prädiktor für Verhaltensänderungen, die nach einer Behandlung/Maßnahme Bestand haben (Miller & Rollnick, 2023, S. 89).

2.3 Grundhaltung im Motivational Interviewing

Die Realisierung einer geschmeidigen, Widerstand vermeidenden Gesprächsführung und Aktivierung der dem Kl. innewohnenden Veränderungsmotivation (Change Talk) stellt an die Haltung („Spirit“) der Fachkraft, mit der sie

dem Kl. begegnet, eine Reihe Anforderungen. Dazu gehören zunächst einmal ihre Bereitschaft und Fähigkeit, durch ein nicht-wertendes Interesse am Kl. ein Klima der Begegnung zu schaffen, in dem Offenheit begünstigt und Veränderungen ermöglicht werden:

„*The tone or spirit of MI conversations is non-judgmental, non-confrontational, respectful, inquisitive, supportive, and collaborative, with an emphasis on client autonomy and self-direction.*“ (Tafrate et al., 2019, S. 604)

Im Einzelnen zeichnen sich die Haltung und Beziehungsqualität im MI durch vier Komponenten aus:

- **Partnerschaftlichkeit.** Im MI versteht sich die Fachkraft als Begleiterin („guide“), die dem Kl. dialogisch begegnet, gleichberechtigt mit ihm zusammenarbeitet und seine Expertise (Lebenserfahrungen, -werte-, -vorstellungen etc.) berücksichtigt – statt sich paternalistisch über ihn zu erheben und ihn zum passiven Rezipienten der Behandlung zu machen.
- **Akzeptanz.** MI knüpft an das Bedürfnis von Menschen an, so gesehen, verstanden und akzeptiert zu werden, wie man ist, und würdevoll/mit Respekt behandelt zu werden. Die MI-Fachkraft sollte somit dem Kl. spürbares Interesse an seiner Person entgegenbringen, das Erleben und Verhalten

aus seiner Sicht verstehen können, gemäß dem Selbstbestimmungsrecht des Kl. Zustimmung zu Behandlungsentscheidungen einholen und schließlich die Stärken, Bemühungen und Fortschritte des Kl. würdigen.

- *Empowerment*. MI ist getragen von der Haltung, dass die „guten Gründe“ für eine Veränderung (das persönliche Warum) ebenso wie die Kompetenzen (Wissen, Fähigkeiten, Stärken, Ressourcen) zum Erreichen der Veränderung (das persönliche Wie) bereits im Kl. schlummern – und es deshalb darum geht, dem Kl. bereits Vorhandenes zu entlocken und ihn dadurch zu „empowern“, statt ihm zu sagen „wo es langgeht“ („Ich weiß, was Ihr Problem ist und sage Ihnen, was Sie dagegen tun sollen“; „Rechthabereflex“ [Miller & Rollnick, 2013] bzw. „Festlegungsreflex“ [Miller & Rollnick, 2023]).
- *Mitgefühl*. Die vierte tragende Säule des MI-Spirits ist Mitgefühl: Man ist aufrichtig am Wohl des Kl. interessiert – er ist einem nicht gleichgültig und man verfolgt keinen eigenen Nutzen.

2.4 Methoden des Motivational Interviewing

Aufbauend auf der dargestellten Grundhaltung als zwingender Voraussetzung für MI, kommen im MI acht Methoden(gruppen) zum Einsatz. Dazu gehören vier aus dem personenzentrierten Ansatz von Rogers bekannte Methoden: offene Fragen stellen, aktiv zuhören, wertschätzen, zusammenfassen (englisches Akronym: „OARS“ für *open questions, affirmations, reflective listening, summaries*). Dazu kommen der bidirektionale Austausch von Informationen (Ask – Offer – Ask, siehe unter 3.3), der geschmeidige Umgang mit Widerstand (sofern dieser überhaupt auftreten sollte) und – als Proprium von MI – Methoden zur Förderung von Change Talk und Abschwächung von Sustain Talk.

Diese Methoden werden im MI in ihrer Anwendung gezielt kombiniert, so dass der MI-typische Stil der Gesprächsführung erkennbar ist: Die vorherrschende Reaktion auf Äußerungen des Kl. sollte Aktives Zuhören darstellen und dies mindestens doppelt so häufig wie das Stellen von Fragen. Mindestens jedes zweite Aktive Zuhören sollte paraphrasierend (das Gehörte vertiefend) erfolgen und 70 Prozent aller Fragen sollten offen formuliert sein. Der Kl. sollte mehr Redezeit als die Fachkraft einnehmen und das Gespräch einem harmonischen, fließenden, widerstandsfreien Miteinander („Wiener Walzer“) gleichen.

2.5 Gesprächsphasen im Motivational Interviewing

In jedem MI-Gespräch unterscheidet man vier Gesprächsphasen: Das In-Kontakt-Treten/der Beziehungsaufbau („Können wir miteinander?“ → Kl. soll sich gesehen und verstanden fühlen; „engaging“), die Themenfokussierung („Um was soll es im Gespräch gehen?“; „focusing“), die Förderung von Änderungsmotivation in Bezug auf das im „focusing“ vereinbarte Thema („evoking“) sowie die Entwicklung eines Änderungsplans („planning“). Der Einsatz der einzelnen MI-Methoden hängt u. a. von der Gesprächsphase ab: Während die OARS-Methoden in allen Gesprächsphasen zum Einsatz kommen und zentrale Bedeutung für den Beziehungsaufbau haben, sind die Methoden zur Förderung von Change Talk sowie zur Abschwächung von Sustain Talk v. a. in der Evoking-Phase von Bedeutung.

2.6 Wirksamkeit von Motivational Interviewing

Inzwischen liegen mehr als 2000 kontrollierte Studien, über 200 Metaanalysen und unzählige weitere Outcomestudien zur Wirksamkeit von MI in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern (Gesundheitswesen, Psychotherapie, Jugendhilfe, Strafvollzug, Erziehung und Bildung, Management, Sport u. v. a. m.) vor (Miller & Rollnick, 2023, S. 298 f.). Gemäß diesen fördert MI-konsistentes Gesprächsverhalten Änderungsbereitschaft und Einstellungs-/Verhaltensänderungen. Die meisten randomisiert-kontrollierten Studien wurden bei Substanzkonsumstörungen durchgeführt und berichten i. d. R. kleine bis mittlere Effektstärken (Frost et al., 2018; Lundahl et al., 2010, 2013; siehe aber auch Schwenker et al., 2023). Anwendungsfeldübergreifend fördert MI die Behandlungsteilnahme und -adhärenz, z. B. die Bereitschaft zur regelmäßigen Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente (Papus et al., 2022). Die Anwendung von MI ist auch bei Pat. mit psychiatrischer Komorbidität, also einer Substanzkonsumstörung und weiteren psychiatrischen Diagnosen, vielversprechend (Bastos Maia et al., 2025).

Ein Effekt von MI ist allerdings nur dann zu erwarten, wenn die Fachkraft über ein ausreichend hohes MI-Kompetenzniveau („MI proficiency level“) verfügt (Miller & Rollnick, 2023). Das bedeutet, dass sich an z. B. dreitägige MI-Grundlagenschulungen mehrere Coachingeinheiten der MI-Anwendung in der Praxis anschließen sollten (Madson et al., 2019). Für Einrichtungen ergibt sich daraus das Erforder-

nis, die Mitarbeiter ausreichend in MI zu qualifizieren und diese Qualifizierung nachhaltig zu sichern.

3 Motivational Interviewing als Basis Zieloffener Suchtbehandlung

Motivational Interviewing stellt die Haltungsbasis und den interaktionellen Kern Zieloffener Suchtbehandlung dar.

3.1 Haltung und Interaktionsgestaltung bei Zieloffener Suchtbehandlung

Ganz im MI-Sinne begegnet man Kl. bei ZOS „auf Augenhöhe“ mit einer Haltung wohlwollender Zugewandtheit, Akzeptanz ihrer Person und interessierter Neugier. Diese Neugier bezieht sich u. a. darauf, die Sinnhaftigkeit (funktionale Bedeutung) des Konsums der einzelnen Substanzen und ihrer Kombination verstehen zu wollen – etwa bei einem Drogenkonsumenten, der sich gleichzeitig Crack und fünf Beruhigungstabletten spritzt. Es gilt also zu erkunden, wie sich der Konsum in den Lebensalltag des Kl. einfügt („Lebensweltorientierung“; Thiersch, 2020) und welchen Sinn er in diesem ergibt – sowohl für die Eigenregulation (z. B. zur Emotions- und Schlafregulation) als auch das Gestalten sozialer Beziehungen (z. B. Konsum „auf der Szene“, um die dortigen Sozialkontakte zu erhalten).

Der Kl. wird bei ZOS (wie bei MI) als Experte in eigener Sache angesehen: Er kennt sein Konsumverhalten am besten, also u. a. welche Substanzen er aus welchem Grund konsumiert, wieviel er verträgt, warum er bestimmte Substanzen kombiniert zu sich nimmt, welche (Behandlungs-) Erfahrungen er mit einer Veränderung seines Konsums bereits gemacht hat und was ihm dabei von Nutzen oder nicht hilfreich war, welche Art der Veränderung (z. B. Opioidabstinenz oder Langzeitsubstitution) und welches Veränderungstempo (z. B. Menge der wöchentlichen Alkoholreduktion beim Erlernen des Kontrollierten Trinkens) er sich zutrauen kann, wie viele Substanzen er sich zutraut gleichzeitig zu verändern, welche Ressourcen ihm bei der Veränderung nutzen, welche Nebenwirkungen er bei einer medikamentösen Behandlung zu tolerieren bereit ist, etc. Der Kl. ist darüber hinaus Experte seiner Lebensvorstellungen, Lebenswerte und Lebensziele: Wo „möchte er mit seinem Leben hin“ – und wie passt sein Konsum dazu?

Bei ZOS – wie bei MI – wird der Respekt vor der Autonomie des Kl. hochgehalten. Das explizite Anerkennen dieses Selbstbestim-

mungsrechts bezieht sich u. a. auf das Recht des Kl., seinen zukünftigen Suchtmittelkonsum (und somit das Behandlungsziel) wie auch die Behandlungsform (z. B. ambulante Beratung, stationäre Therapie etc.) selbst bestimmen zu dürfen. Wohlgemerkt macht der Kl. von diesem Recht ohnehin Gebrauch, indem er tut, was er für richtig hält (die „normative Kraft des Faktischen“). Die Anerkennung der Autonomie des Kl. erfordert von der Fachkraft den Verzicht auf das Ausagieren des eigenen „Rechthabe-“ bzw. „Fixierungsreflexes“, also dem Kl. sagen zu wollen, was das (vermeintlich) richtige Behandlungsziel sei (in klassischer Suchtbehandlung das der Abstinenz) und welche Behandlung er zum Erreichen des Ziels einschlagen sollte. Positiv formuliert: Bei ZOS werden die Sichtweise und Zustimmung des Kl. bei allen Behandlungsentscheidungen eingeholt, eigene Überlegungen zum Veränderungsziel und dem Vorgehen zum Erreichen dieses Ziels werden nur nach Einverständnis des Kl. und ohne Beserwisserei eingebracht.

ZOS geht weiterhin mit dem Zutrauen in den Kl. einher, dass er für sich richtige Entscheidungen zu treffen vermag – auch hinsichtlich des zukünftigen Umgangs mit dem Suchtmittel – und getroffene Entscheidungen revidieren wird, sofern sich diese als falsch erweisen sollten.

ZOS – wie MI – ist weiterhin mit dem Vorsatz verbunden, die Stärken, Bemühungen, Ressourcen und Fortschritte des Kl. in den Blick zu nehmen und zu würdigen (z. B. „*Sie haben letzten Dienstag erstmals seit einem Jahr gar keinen Alkohol getrunken. Hut ab! Wie haben Sie das geschafft?*“), statt sich i. S. e. „Defizitdetektivs“ (Rollnick) auf das zu konzentrieren, was nicht in Ordnung zu sein scheint (z. B. „*Weshalb haben Sie letzte Woche doch wieder Alkohol getrunken – obwohl Ihr Vorsatz war, dies nicht zu tun?*“).

Es bleibt festzuhalten, dass der MI-Spirit – Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Empowerment und Mitgefühl – nicht nur der entscheidende Mutterboden für MI, sondern auch für ZOS ist.

Neben dem „MI-Spirit“ kommen bei ZOS alle acht Methoden(gruppen) des MI in der MI-typischen Kombination („MI style“) interaktionsgestaltend zum Einsatz. Mit anderen Worten:

Gute Praxis Zieloffener Suchtbehandlung zeichnet sich wesentlich durch das Beherrschen des MI-Methodenarsenals aus.

3.2 MI-Anwendung beim Kartensatz zur Konsum- und Zielabklärung

3.2.1 Der Kartensatz

Als methodisches Instrument Zieloffener Suchtbehandlung wurde am Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung ein Kartensatz entwickelt, um sich zusammen mit dem Kl. einen systematischen Überblick über seinen Konsum/seine Verhaltenssuchte und seine Veränderungsziele zu verschaffen (Körkel & Nanz, 2025b; Abbildung 2). Der Kartensatz enthält, an DSM-IV/5 bzw. ICD-10/11 angelehnt, 21 weiße Karten (16 Substanzkarten [Alkohol, Opioide, Cannabis etc.] und fünf Suchtverhaltenskarten [Essverhalten, Glücksspiel, Sexualität („Sexsucht“) etc.]), sechs gelbe Karten mit Veränderungszielen sowie zwei leere weiße und zwei leere gelbe Karten zur individuellen Ergänzung des Konsums/der Verhaltenssucht und der Ziele. Auf einer Zusatzkarte befindet sich ein Link/Code mit einer herunterladbaren Anleitung, die Schritt für Schritt durch das Vorgehen bei der Kartensatznutzung führt.

Der Einsatz des Kartensatzes erfolgt im Einzelsetting und i. d. R. am zweiten oder dritten Gesprächstermin, also nachdem bereits in einem Aufnahme- und ggf. Folgegespräch der Anlass der Beratung/Behandlung u. a. m. erörtert worden sind (z. B. Kl. sucht wegen einer alkoholbedingten Abmahnung des Arbeitgebers eine Suchtberatung auf; Pat. kommt auf eine Entgiftungsstation zum Opiatzug oder „Bei-

konsumenzug“ von Benzodiazepinen). Für den kartensatzbasierten Konsum- und Zielaustausch sollte ausreichend Zeit (ca. 45–60 Minuten) in einem ungestörten Rahmen eingeplant werden.

3.2.2 Übergreifendes Ziel des Kartensatzes

Der Zweck des Kartensatzes besteht darin:

- Den Konsum aus der Innensicht des Kl. zu verstehen (wie der Konsum genau aussieht [Konsummenge, Konsumform etc.], wie er in den Tagesablauf eingebettet ist, welchen Sinn er erfüllt). Dazu gehört auch zu verstehen, weshalb der Kl. bestimmte Substanzen *nicht mehr* konsumiert.
- Die Zielvorstellungen des Kl. zu erhellen und was er sich vom jeweiligen Ziel verspricht.

Mit der Nutzung des Kartensatzes gehen zwei grundlegende Botschaften an den Kl. einher: „Wir nehmen alles in den Blick“ und „Sie haben die Wahl“. Die Konsumbetrachtungen und Zielentscheidungen sollen dabei spürbar „zur Sache des Kl. werden“ – er soll „der Macher“ sein und dies auch so empfinden. Das wird zum einen dadurch ermöglicht, dass die Fachkraft den MI-Spirit verkörpert, also ein partnerschaftliches Miteinander praktiziert, den Konsum und die Änderungsziele des Kl. nicht bewertet (Akzeptanz), „entlockend“ vorgeht (sichtbar macht, was im Kl. an Gedanken, Empfindungen, Verhalten, Werten, Zielen etc. schon da ist), „empowert“ (Selbstklärung und Ressourcenak-

Abbildung 2

Kartensatz zur Konsum- und Zielabklärung (Ausschnitte; Körkel & Nanz, 2025b)



tivierung ermöglicht) und Mitgefühl erkennen lässt. Zum anderen wird der Kl. „zum Macher gemacht“, indem

- die Fachkraft die MI-Methoden – vor allem die OARS-Methoden und Change Talk fördernde Methoden – einsetzt,
- der Kl. mehr Redezeit einnimmt als die Fachkraft, also mindestens 51 Prozent (→ Kriterium von „MI-Proficiency“),
- das „Säckchen“ – symbolisch dafür, wer „am Tun“, am (inneren) Arbeiten ist – die meiste Zeit auf den Schultern des Kl. liegt.

MI ist somit von der Haltung und Interaktionsgestaltung her essenzieller Bestandteil einer erfolgreichen Kartensatznutzung.

3.2.3 Phase 1 der MI-basierten

Kartensatznutzung: „engaging“

Zu Beginn des Gesprächs tritt man – wie in jedem MI-basierten Gespräch – mit dem Kl. in Kontakt, stellt also noch ohne Bezug zum Kartensatz eine persönliche, vertrauensvolle Verbindung her, die das Interesse an seiner Person und seinem aktuellen Befinden zum Ausdruck bringt (→ *MI-Phase 1: „engaging“*). Dies kann durch das Äußern von Wertschätzung (z. B.: „Schön, Sie zu sehen“) und offene Fragen (z. B.: „Wie starten Sie heute in unser Gespräch?“), auf deren Beantwortung aktiv zuhörend eingegangen wird (z. B.: „Sie sind mit den Gedanken noch bei ...“), geschehen.

3.2.4 Phase 2 der MI-basierten

Kartensatznutzung: „focusing“

Am Anfang des beabsichtigten Einsatzes des Kartensatzes geht es darum, sich auf das Thema des Gesprächs – das Inaugenscheinnehmen des gesamten Substanzkonsums – zu verständigen (→ *MI-Phase 2: „focusing“*). Dazu holt man die Einwilligung des Kl. ein (→ MI-Motto: „Ask permission!“), etwa wie folgt:

„Vielen Dank für den Einblick, den Sie mir im vorigen Gespräch in Ihren Alkoholkonsum und die damit verbundenen Sorgen gegeben haben. Ich würde heute gerne mit Ihnen einen Blick darauf werfen, was neben Alkohol noch eine Rolle spielt – manchmal hängt das eine mit dem anderen zusammen. Ist es Ihnen recht, dass wir uns anhand dieser Karten einen Überblick verschaffen?“

Damit vermittelt man die o. g. Botschaften „Wir nehmen alles in den Blick“ und „Die Karten kommen auf den Tisch“ bzw. „Wir spielen mit offenen Karten“. Im Falle einer Ablehnung (z. B.: „Das ist mir heute zu viel“ oder „Mir gehen die Sorgen mit

der Räumungsklage nicht aus dem Kopf und es geht heute einfach nichts mehr“) würde eine Verständigung auf einen anderen Termin erfolgen.

3.2.5 Phase 3 der MI-basierten

Kartensatznutzung:

Konsumbezogenes „evoking“

Bei Zustimmung des Kl. zur Konsum- und Zielklärung übergibt man dem Kl. *alle* weißen Karten in zufälliger, nicht vorsortierter Reihenfolge. Es werden vorab keine Karten aussortiert (weil diese vermeintlich bei dem jeweiligen Kl. keine Rolle spielten). Die Übergabe des Stapels der weißen Karten steht symbolisch dafür, dass der Kl. sprichwörtlich „die Karten in der Hand“ hat. Ab jetzt soll *ausschließlich* der Kl. die Karten in die Hand nehmen, später zu den von ihm gewählten Zielen schieben, umlegen etc. Es sind „seine“ Substanzen/Suchtverhaltensweisen, die Fachkraft wirkt nicht korrigierend ein – auch wenn sie die Karten z. B. nur etwas weiter auseinanderlegen möchte, „damit es übersichtlicher wird“. Der Kl. soll das Heft in der Hand behalten – es soll seine Sache sein. Ein Korrigieren würde diese intendierte Symbolik und Dynamik des Kartensatzlegens verändern.

Man bittet sodann den Kl., die erste Karte *in die Mitte des Tisches zu legen* und zu prüfen, ob er mit der abgebildeten Substanz/Suchtverhaltensweise schon jemals Erfahrungen gemacht hat („lifetime“) und ob er diese aktuell konsumiert bzw. vor der Behandlung konsumiert hat. Der Kl. soll den Kartenstapel *nicht* in seiner Hand durchschauen, vorsortieren und dann nur die zutreffenden Karten auf den Tisch legen, sondern Karte für Karte so auf den Tisch entblättern, wie sie ihm im Stapel übergeben worden ist.

Bei vorliegender Konsumerfahrung soll die Karte in der Mitte des Tisches verbleiben, ansonsten vom Kl. an den Tischrand geschoben/weggelegt werden. Auf diese Weise kommen nacheinander alle 21 Karten zum Zug. Die beiden weißen Blankokarten werden nur dann zur Ergänzung eingebracht und *vom Kl.* mit einem wasserlöslichen Stift beschriftet (und beim nächsten Kl. wiederverwendet), wenn er eine „seiner“ Substanzen (bzw. Suchtverhaltensweisen) auf den 21 vorhandenen Karten nicht findet oder lieber den genauen Namen seiner Substanz (z. B.: „Valium“) und nicht den auf der Karte stehenden Namen der Substanzklasse (z. B.: „Beruhigungsmittel“) verwenden möchte.

Kl. neigen dazu, die Karten rasch abzulegen (v. a. die Substanzkarten, die auf sie nicht zutreffen) – sie interpretieren die Aufgabe v. a. zu Beginn des Kartenlegens oft so, dass es um ein *Abfragen* ihres Konsums anhand von Karten

ginge. Die Konsumabklärung soll jedoch nicht als schnelles Kartenablegen erfolgen, bei dem die Fachkraft mehr oder weniger nur zuschaut und kaum etwas sagt. Im Gegenteil: *Es soll ein Dialog, ein Miteinander, ein Wiener Walzer des Kartenlegens werden, bei dem man wechselseitig Bezug aufeinander nimmt.* Dies wird dadurch erreicht, dass die Fachkraft das Tempo des Vorgehens durch MI-basierte Gesprächsführung steuert – was meist heißt: *entschleunigt*. Das vollzieht sich so, dass sich die Fachkraft bei *jeder Karte* v. a. durch offene Fragen und Aktives Zuhören einschaltet und dadurch ein Innehalten, Nachdenken und Erläutern initiiert und der Konsum und dessen Einbettung in den Lebensalltag („Lebensweltorientierung“; Thiersch, 2020) erhellt wird (→ MI-Phase 3: „evoking“): „When we listen, they talk; when they talk, they discover“ (Suzanne Murphy, MI-Trainerin). Ließe der Kl. z. B. die Alkoholkarte liegen, könnte eine offene Frage lauten: *„Wie sieht ein typischer Tag mit Alkohol bei Ihnen aus?“* oder *„Wie ist der Alkohol in Ihren Tagesablauf eingebettet?“* (wobei man dadurch die Art und Menge der getrunkenen Alkohole in Erfahrung bringen kann). Von den Darlegungen des Kl. ausgehend – die gleichzeitig auch einen Einblick in seine Lebenswelt geben – kann durch Aktives Zuhören (z. B. *„Sie trinken vor allem abends, um mit dem Alleinsein besser zurecht zu kommen“*) und weitere offene Fragen (z. B. *„Wie machen Sie das, bis abends [unter der Woche ...] gar nichts zu trinken?“* oder *„Wie denken Sie über Ihren Alkoholkonsum?“*) ein Verständnis des Konsums in seiner lebensweltlichen Einbettung gewonnen sowie Change Talk entlockt und verstärkt werden (Fachkraft: *„Ihr Alkoholkonsum entspricht nicht Ihren Vorstellungen, wie Sie leben möchten“*). Nicht auf jede Karte muss ausführlich eingegangen werden, zumal dies auch die verfügbare Zeit sprengen würde. Legt ein Kl. z. B. die Kokainkarte zur Seite ab, kann dies von einem kurzen *„Kokain: Nehmen Sie nicht“* oder: *„Das ging schnell mit der Kokainkarte [das Zur-Seite-Legen]. Zu Kokain haben Sie immer Abstand gehalten“* begleitet werden, wobei die Fachkraft steuern kann, ob und wie viel sich der Kl. dann ergänzend zum Abstandhalten äußert (*„Wie kommt es, dass Kokain nie ein Thema für Sie war?“* → lädt zum „Ausholen“ ein).

Bei denjenigen in der Mitte des Tisches liegenden Substanzen, die der Kl. früher konsumiert, den Konsum aber inzwischen eingestellt hat, kann „empowernd“, ressourcenorientiert und das Selbstwirksamkeitsempfinden stärkend Change Talk entlockt, also gefragt werden, was ihn zur Überwindung des Konsums bewegt hat (z. B. Fachkraft: *„Was hat Sie veranlasst, keine ‚Benzos‘ [Benzodiazepine, Beruhigungsmittel] mehr zu nehmen?“* Kl.: *„Die ‚Benzos‘ haben*

mich total platt gemacht“. Fachkraft: *„Sie möchten aktiv sein und Ihren Tag frei gestalten. Das geht mit ‚Benzos‘ nicht“*) und wie er das geschafft hat (z. B. *„Wie ist es Ihnen gelungen, ‚Benzos‘ gar nicht mehr zu nehmen?“*).

Der Kl. wird dann gebeten, jede Substanzkarte/Verhaltenskarte, die für ihn nicht mehr von Belang ist, nach dem Besprechen der Karte ebenfalls zur Seite an den Rand des Tisches zu legen, so dass in der Mitte des Tisches nur noch die aktuellen Konsumkarten liegen, für die im nächsten Schritt der Zielabklärungsprozess erfolgt.

In aller Regel verbleiben nach dem Zurseitelegen der Substanz-/Verhaltenskarten ohne Konsumerfahrung oder mit überwundenem Konsum *mehrere* Konsumkarten (aufgrund des Multisubstanzkonsums der allermeisten Kl.) in der Tischmitte. Ein Beispiel dafür ist Michaela L., eine langjährig mit Levomethadon substituierte heroinabhängige Frau (Details in Körkel, 2024). Sie lässt fünf Karten auf dem Tisch liegen: Ihr Substitutionsmittel (Levomethadon), Alkohol, Zigaretten, Beruhigungsmittel (Valium) und Cannabis. Sie erläutert dazu, dass sie Levomethadon – auch die Take-Home-Dosis – wie verordnet einnehme und gut damit klar komme. Sie rauche täglich ca. 25–30 Zigaretten und trinke ab nachmittags über den weiteren Tag hinweg ca. eine Flasche Wein (0,7 l). An „schlechten Tagen“ nehme sie 2–4 Valium, „um mich dicht zu machen“. Ein- bis zweimal wöchentlich rauche sie einen Joint, wenn sie Lust darauf habe und einen angeboten bekomme.

Nachdem über alle auf dem Tisch liegenden Karten mit aktueller Konsumerfahrung gesprochen worden ist, kann eine den gesamten Konsum in Augenschein nehmende offene Frage gestellt werden, die im Regelfall (nochmals) Change Talk beim Kl. auslöst – zum Beispiel derart: Fachkraft: *„Wenn Sie nun alle Karten so vor sich sehen: Wie ist das für Sie?“* Kl.: *„Das ist ziemlich übel.“* (Oder: *„Mir wird jetzt erst klar, was ich da alles in mich reingedrückt habe.“* Oder: *„Das ist viel zu viel!“* Oder: *„Wie ich das die ganzen Jahre ausgehalten habe!“* etc.). Dieser Change Talk kann dann ganz MI-gemäß aufgegriffen, verstärkt und ggf. vertieft werden (z. B. *„So wollen Sie nicht weitermachen.“* Oder: *„Durch den Konsum ist Ihr Leben nicht das, das Sie sich wünschen.“* etc.).

3.2.6 Phase 3 der MI-basierten Kartensatznutzung: Zielbezogenes „evoking“

Im Anschluss an die Konsumabklärung erfolgt die Abklärung der Änderungsziele des Kl. für „seine“ Substanzen anhand von sechs gelben

Zielkarten (→ MI-Phase 3: „evoking“). Die Fachkraft legt die erste gelbe Zielkarte in Leserichtung des Kl. vor sich (und nicht „irgendwohin“) auf den Tisch und erläutert diese. Danach werden in gleicher Weise die weiteren fünf gelben Karten eingeführt und *nebeneinander in einer Reihe, mit etwas Abstand zwischen den Karten*, platziert. Die Legereihenfolge kann per Zufall oder – wie wir empfehlen – nach vorab überlegter Reihung von links nach rechts erfolgen, etwa folgendermaßen: „Nichts verändern“ (unveränderte Fortsetzung des Konsums) → „Weniger konsumieren“ (seltener und nicht mehr so viel konsumieren) → „Nie mehr nehmen“ (ganz aufhören, lebenslange Abstinenz) → „Eine Zeit lang abstinent leben“ (temporäre Abstinenz, z. B. für einige Monate aufhören und dann weitersehen) → „Weniger schädlich“ (weiterkonsumieren, aber kein Mischkonsum, hygienischer Konsum und/oder Substitution) → „Ich weiß es im Moment nicht“ (gegenwärtige Unentschlossenheit). Die beiden gelben Blankozielkarten können verwendet werden, falls der Kl. das von ihm angestrebte Ziel auf den sechs erläuterten Zielkarten nicht vorfinden sollte (was äußerst selten vorkommt). Bereits die Tatsache, dass Zieloptionen vorgehalten werden und der Kl. nicht wie selbstverständlich auf ein Ziel festgelegt wird (i. d. R. das der Abstinenz), symbolisiert: „Sie haben die Wahl“.

Der Kl. wird dann gebeten, die erste Konsumkarte – diejenige, mit der er beginnen möchte – zu der Zielkarte (oder zwischen zwei Zielkarten, falls zwei Ziele infrage kommen) zu ziehen, die seinen Vorstellungen im zukünftigen Umgang damit entspricht (wenn man möchte mit der Ergänzung, die Konsumkarte so nahe an die Zielkarte zu legen, wie er sich sicher ist, dass dies das richtige Ziel ist [sehr sicher = sehr nahe]). Die Fachkraft schaltet sich nach der Zielzuordnung der ersten Konsumkarte mit einer offenen Frage nach den Entscheidungsüberlegungen für diese Zielwahl ein („Wie kommen Sie zu dieser Zielentscheidung?“ Oder: „Was verbinden Sie mit diesem Ziel?“ Oder: „Was macht dieses Ziel zum richtigen Ziel für Sie?“ Oder ...), gefolgt von Aktivem Zuhören auf das, was der Kl. äußert (z. B. beim Platzieren der Zigarettenkarte zwischen „Weniger konsumieren“ und „Nie mehr nehmen“: „Weniger rauchen, wäre gut. Ganz aufhören, wäre noch besser“). Auf diese Weise entsteht ein MI-basierter Zieldialog, der die Hintergründe der Zielwahl erhellt. Dies kann dann zum Beispiel bei einem Kl., der seine Kokainkarte (die bei ihm Crack bedeutet) zu „Nie mehr nehmen“ gezogen hat, wie folgt klingen: „Bei Crack sagen Sie ‚Nie mehr!‘ Wie kommen Sie zu dieser Entscheidung?“ Die Antwort des Kl. auf diese offene Frage wird et-

was über seine negativen Konsumerfahrungen oder erwarteten Konsumfolgen aussagen (z. B. „Immer, wenn ich das genommen habe, bin ich total abgestürzt“), also Change Talk zum Ausdruck bringen, der verstärkt („Da ging es Ihnen richtig schlecht“ [Aktives Zuhören]) und erweitert werden kann („Wie hat sich dieses Abstürzen bei Ihnen gezeigt?“ [offene Frage]). Wie zu sehen ist, wird auch beim zielbezogenen Austausch reichlich von Aktivem Zuhören Gebrauch gemacht (Kl.: „Ich habe schon ein paarmal probiert, mit dem Rauchen aufzuhören.“ Fachkraft: „Bisher haben Ihre Versuche noch nicht zu dem geführt, was Sie sich wünschen.“), und auch bei der Zielabklärung sollte man mit Wertschätzung nicht sparen – so etwa beim vorigen Kl., der trotz mehrerer nicht zielführender Rauchstoppversuche einen neuen Änderungsanlauf nehmen möchte: „Trotz vieler Rückschläge geben Sie nicht auf.“

Auf gleiche Weise wird der Kl. gebeten, seine zweite Konsumkarte zu der passenden Zielkarte zu ziehen, wonach diese Zielwahl im Dialog besprochen wird, dann folgt Substanz drei usw.

Bei der Zielwahl kann es sinnvoll sein, zu einer Zielabwägung einzuladen, wobei diese nicht mechanisch bei jeder Substanz/Suchtverhaltensweise initiiert werden muss. Beispiel: „Den Alkoholkonsum möchten Sie runterschrauben. Andere Kl. sagen: ‚Lieber ganz aufhören.‘ Was sind Ihre Überlegungen dazu?“

Bei der Erörterung der Zielwahl können Zielambivalenzen deutlich werden. Vor allem die Wahl der Zielkarte „Ich weiß es im Moment nicht“ deutet auf eine Zielambivalenz und somit die Möglichkeit, Change Talk zu entlocken, hin. So kann zum Beispiel bei einem Arbeitnehmer neben der Alkohol- und der Tabakkarte auch die Kokainkarte als aktuell konsumierte Substanz auf dem Tisch liegenbleiben. Im Austausch darüber tritt Folgendes zutage: Im Kokainkonsum sieht er selbst zunächst keinen Änderungsbedarf, da er Kokain nur selten an Wochenenden mit Freunden („um gut drauf zu sein“) nasal zu sich nehmen – und er weder mehr davon brauche noch die Familie oder Arbeit darunter litten (→ Sustain Talk). Auf die offene Frage, wie seine Frau zu seinem Kokainkonsum stehe, wird er aufgeregt und sagt: „Wenn meine Frau das wüsste! Die darf das nicht erfahren! Die sähe gleich die Polizei vor der Tür und dass ich meine Arbeit los wäre – und würde unsere Ehe infrage stellen“ (→ Change Talk). Der anklingende Change Talk könnte z. B. durch die Methode „continuing the paragraph“, einer Variante des Aktiven Zuhörens, gefördert werden, bei der formuliert wird „what might be the next sentence in the paragraph“ (Miller & Rollnick, 2023, S. 144). Im vorgenannten Beispiel könnte der Satz etwa

lauten: „Ihre Familie wegen des Kokains zu verlieren, ist eine schlimme Vorstellung für Sie“. Wie generell beim Aktiven Zuhören, versteht sich auch „continuing the paragraph“ als hypothetisches und zu prüfendes Angebot und nicht als Behauptung. Das heißt: Der Kl. soll sich wiedererkennen oder korrigieren können. Falls Zielunklarheit besteht – wie im vorigen Kokainbeispiel (der Kl. positionierte seine Kokainkarte letztlich bei der Zielkarte „Ich weiß es im Moment nicht“) – und nicht ausreichend Zeit zur weiteren Erörterung besteht, kann dafür Zeit in einer Folgesitzung vereinbart werden.

Man kann sich darauf einstellen, dass bei Multisubstanzkonsum des Kl. (der Regelfall!) je nach Substanz andere Ziele verfolgt werden. So kristallisierten sich im Austausch mit der bereits erwähnten, substituierten Michaela L. folgende Ziele heraus (Körkel, 2024): Sie möchte die Levomethadondosierung und Take-Home-Regelung beibehalten, „weil mich das stabil macht“. Ihren Alkoholkonsum möchte Sie „runterschrauben“, um wieder mehr Energie im Alltag zu haben, wieder das Umgangsrecht für ihre Kinder zu erlangen („Ich stand oft besoffen in der Tür der Pflegeeltern. Da hat das Jugendamt dann gesagt: ‚So nicht!‘“) und um nicht Gefahr zu laufen, dass ihr Alkoholkonsum völlig aus dem Ruder laufe und dies bei der Substitutabgabe entdeckt und ihr die Take-Home-Regelung gestrichen würde. Ihren Zigarettenkonsum möchte sie deutlich reduzieren („Ganz aufhören wäre am besten, aber das ist im Moment unrealistisch“) und auch den Übergang zur E-Zigarette (als schadensmindernde Maßnahme und um Geld einzusparen) zieht sie in Erwägung („Dazu bräuchte ich aber mehr Infos“). Das „Tablettenschlucken“ (Valium) möchte sie ein für alle Mal hinter sich lassen („Die Benzos ziehen mich total runter“). Im gelegentlichen Cannabiskonsum sieht sie keinen Änderungsbedarf („Der macht mir null Probleme“).

Der Einsatz des Kartensatzes ist mit der Konsum- und Zielabklärung beendet und kann – wenn passend – mit einer abschließenden Äußerung der Wertschätzung abgeschlossen werden: „Vielen Dank für die Einblicke in Ihr Leben und Ihre Offenheit.“ Zudem kann der Kl. eingeladen werden, seine Kartenlegung mit dem Handy abzufotografieren, um sie nach dem Gespräch nochmals in Ruhe anschauen und prüfen zu können, ob die Ziele so bleiben sollten – oder ob etwas zu verändern oder zu ergänzen sei.

3.2.7 Resümee zur MI-basierten Kartensatznutzung

Der Einsatz des Kartensatzes sollte einer Haltung interessierter Neugier entspringen, um

den Konsum des Kl. lebensweltorientiert zu erhellen und zu verstehen: Was, wann, wie viel, in welcher Substanzkombination, mit wem, aus welcher Motivlage heraus und nach welchen impliziten Regeln wird konsumiert – und wie fügt sich der Konsum sinnhaft und problemhaft in den Alltag und die sozialen Lebensbezüge ein? Der Kartensatz eignet sich dazu deshalb gut, weil

- durch das klare, systematische, visualisierte Vorgehen,
- keine Substanz/Suchtverhalten übersehen/übergangen und ein Einblick in die Verankerung des Konsums im Lebensalltag des Kl. gewonnen wird („Lebensweltorientierung“)
- unterschiedliche Ziele in den Blick genommen werden (statt stillschweigend so zu tun, als gäbe es nur die Abstinenz als Ziel)
- und der Prozess der Konsum- und Zielklärung des Kl. gefördert werden kann,
- sodass dann die Behandlung mit gemeinsam vereinbarten Zielen auf Augenhöhe begonnen/fortgesetzt werden kann.

Damit dies gelingt, sind – wie exemplarisch gezeigt – die Haltung und der durchgängige Einsatz des Methodenarsenals des Motivational Interviewing, bei dem der Kl. Dialogpartner und nicht Antwortgeber ist, essentiell. Dadurch vollzieht sich der Prozess des Kartenlegens und Konsum(ziel)abklärens in einer gänzlich anderen Haltung als in einer traditionellen Katamnese oder Dokumentationszwecken dienenden Substanzabfrage und Zielvorgabe, bei der die Fachkraft die Rolle der wissenden Expertin einnimmt und dem Kl. zu diagnostischen Zwecken Fragen stellt, nach deren Beantwortung die Fachkraft eine Behandlungsentscheidung trifft (→ „Rechthabereflex“ bzw. „Festlegungsreflex“). Es geht vielmehr um ein dialogisches Miteinander und die partnerschaftliche Erhellung des Konsums und der Änderungswünsche, bei der sich der Kl. mit seiner Selbstsicht und Selbstverantwortung als gleichberechtigter Gesprächspartner angesprochen fühlt und ihm durch die Art der Interaktion erfahrbar wird, dass er der Macher der Veränderung ist und die Verantwortung für sein Verhalten trägt.

Es soll mit dem Kartensatz also wesentlich mehr passieren als das Legen von Karten oder „Abfragen“ von Substanzen: Der Kartensatz soll als Therapeutikum dienen.

3.3 MI-Anwendung bei Auswahl und Einsatz evidenzbasierter Interventionen

Geist und Methoden des MI sind auch tragend im letzten Schritt Zieloffener Suchtbehandlung:

der Auswahl, Planung und Durchführung evidenzbasierter Interventionen zum Erreichen des Veränderungsziels bei jeder Substanz (→ MI-Phase 4: „*planning*“). Dabei wird nach der für Informationsaustausch entwickelten MI-Methode „Ask – Offer – Ask“ (Miller & Rollnick, 2023, S. 195 ff.) vorgegangen, die sich wie folgt gestaltet:

Zunächst wird über eine geschlossene Frage die Einwilligung des Kl. eingeholt, sich möglichen Wegen zuzuwenden, um seine Änderungsziele zu erreichen („*Nachdem Sie für sich geklärt haben, was Ihre Veränderungsziele sind, stellt sich die Frage, was Sie tun können, um Ihre Ziele zu erreichen. Wollen wir uns das nun anschauen?*“). An ein Ja des Kl. schließt sich die geschlossene Frage „*Mit welcher Substanz möchten Sie beginnen?*“ an. Weitere (offene) Fragen initiieren einen Austausch über bisherige Veränderungserfahrungen („*Was wissen Sie bereits über Möglichkeiten zur Veränderung des [Alkohol-]Konsums? ... Was haben Sie selbst schon versucht?*“) und Interventionspräferenzen („*Welche Möglichkeiten zur Veränderung Ihres Alkoholkonsums interessieren Sie besonders?*“). Dann holt man die Einwilligung des Kl. ein, ihm anhand von auf dem Tisch liegenden „Interventionsmatrizen“ (Körkel, 2020; Körkel & Nanz, 2025a) die verschiedenen Möglichkeiten zur Veränderung seines Konsums zu erläutern („Ask“) und stellt diese dann *überblicksartig* dar („Offer“), beginnend mit der Möglichkeit, die er zuvor als die von besonderem Interesse bezeichnete. Eine Interventionsmatrix enthält für jedes der drei zentralen Änderungsziele (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) ein Menü an Optionen, durch welche Maßnahmen die beabsichtigten Änderungen erreicht werden können: durch eigenständige Veränderung auf Grundlage eines Selbsthilfemanuals, durch behandlungsgestützte Veränderung auf Basis einer Kurzintervention oder längerer ambulanter oder stationärer therapeutischer Begleitung, mit oder ohne pharmakologische Unterstützung etc. Nach Darstellung dieser Optionen erfolgt das zweite „Ask“ der Ask-Offer-Ask-Abfolge: „*Was sind Ihre Überlegungen zu diesen verschiedenen Möglichkeiten?*“ und sodann die Entscheidung des Kl. für eine Intervention, die konkret geplant und umgesetzt wird. Auf diese Weise erfolgt die Interventionsplanung und -durchführung für jede der beim Kl. vorliegenden Substanzen. Aus der gewählten Option wird dann gemeinsam ein *konkreter Änderungsplan* entwickelt.

Das skizzierte Vorgehen führte bei der mehrfach erwähnten Michaela L. zu folgendem Ergebnis: Sie hat sich bei den Substanzen, bei denen sie eine Änderung anstrebt (Zigaretten,

Alkohol und Benzodiazepine), nach MI-geförderten Überlegungen und Abwägungen zwischen verschiedenen Optionen entschieden, in Einzelgesprächen mit der Sozialpädagogin der Psychosozialen Beratungsstelle die zehn Module eines ihr vorgestellten Einzelprogramms zum Kontrollierten Trinken zu bearbeiten und begleitend dazu ein Rauchtagebuch zu führen, um davon ausgehend über das Programm „Change Your Smoking“ (Körkel & Nanz, 2019) ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren und Schritt für Schritt auf die E-Zigarette überzugehen. Um Abstand von Benzodiazepinen zu wahren, hat Michaela mit ihrer Sozialpädagogin vereinbart, zusammen eine Auflistung zu machen, was sie als „schlechte Tage“ bezeichnet, zu analysieren, was diese Tage für sie so schwierig macht und davon ausgehend Strategien zu erarbeiten und zu erproben, die es ihr ermöglichen, „schlechte Tage“ ohne Beruhigungsmittel zu bewältigen.

Weitere Details zu Auswahl, Planung und Durchführung substanzspezifischer, zieldiversifizierter Behandlungsoptionen finden sich an anderer Stelle (Körkel, 2020).

4 Diskussion

Zieloffene Suchtbehandlung stellt nicht lediglich die methodische Erweiterung klassischer suchththerapeutischer Ansätze, sondern ein eigenständiges Behandlungsverständnis dar, dessen konzeptionelle Kohärenz wesentlich aus der engen Verschränkung mit Motivational Interviewing resultiert. Beide Ansätze – ZOS und MI – stehen in der praktischen Umsetzung nicht additiv nebeneinander, sondern sie sind funktional untrennbar miteinander verbunden. Erst diese Integration ermöglicht eine Behandlung, die sowohl zielplural als auch konsequent klientenzentriert ist und zugleich eine klare professionelle Struktur wahrt.

MI stellt nicht lediglich eine hilfreiche Gesprächstechnik im Kontext von ZOS dar, sondern sie bildet deren zentrale Haltungs- und Interaktionsbasis. Ohne den MI-Spirit aus Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Empowerment und Mitgefühl würde ZOS Gefahr laufen, zu einem bloß formalen Nebeneinander verschiedener Zieloptionen zu werden. Die Zieloffenheit der Behandlung entfaltet ihren therapeutischen Wert jedoch erst dann, wenn sie dialogisch erschlossen und durch eine konsequent autonomieorientierte Gesprächsführung getragen wird. MI liefert hierfür das konzeptionelle Gerüst, indem es Veränderung nicht als etwas versteht, das durch Fachkräfte herbeigeführt wird, sondern als Prozess, der aus der inneren Dyna-

mik der Kl. heraus entsteht und professionell begleitet wird.

Besonders deutlich wird diese untrennbare Verbindung von ZOS und MI beim Kartensatz zur Konsum- und Zielabklärung. Der Kartensatz ist nicht als diagnostisches Instrument im klassischen Sinne, das primär der Informationsgewinnung für die Fachkraft dient, konzipiert. Vielmehr wird er als interaktionelles Medium eingesetzt, das Selbstexploration, Selbstklärung und Motivation auf Seiten des Kl. fördert. Entscheidend ist dabei nicht das Material an sich, sondern die Art und Weise, wie es MI-gemäß genutzt wird. Erst durch die konsequente Ausrichtung an MI-Prinzipien – insbesondere offenen Fragen, Aktivem Zuhören, Würdigung und der gezielten Förderung von Change Talk – wird der Kartensatz zu einem Therapeutikum im engeren Sinne.

Die therapeutische Qualität des Kartensatzes liegt darin, dass er den Veränderungsprozess erlebbar und dialogisch gestaltbar macht. Kl. übernehmen buchstäblich die Regie, indem sie die Karten auswählen, platzieren und zu Zieloptionen in Beziehung setzen. Dadurch wird Autonomie nicht nur postuliert, sondern konkret erfahrbar gemacht. Gleichzeitig wird durch die Visualisierung des Multisubstanzkonsums und der unterschiedlichen Zielsetzungen eine neue Form der Reflexion ermöglicht, die häufig über rein verbale Exploration hinausgeht. Der Kartensatz fungiert somit als Katalysator für Change Talk, indem er Ambivalenzen erlebbar und innere Bewertungsprozesse nach außen sicht- und besprechbar macht.

Diese therapeutische Wirksamkeit ist an anspruchsvolle Voraussetzungen auf Seiten der Fachkraft geknüpft, insofern die MI-basierte Anwendung des Kartensatzes hohe interaktionale Kompetenz erfordert. Eine zentrale Herausforderung besteht darin, strikt interaktionell vorzugehen und zugleich die übergeordnete Gesprächsstruktur im Blick zu behalten. MI ist in diesem Sinne direktional, aber nicht direktiv. Die Fachkraft behält die Verantwortung für den Prozess, ohne die inhaltliche Kontrolle an sich zu ziehen. Dies erfordert die Fähigkeit, Gesprächsverläufe subtil zu steuern, ohne die Autonomie des Kl. zu unterminieren.

Eng damit verbunden ist die Notwendigkeit, den sogenannten „Rechthabereflex“ zu bändigen. Gerade im Kontext von Suchterkrankungen, in dem Fachkräfte über umfangreiches Erfahrungs- und Fachwissen verfügen, besteht die Gefahr, vorschnell zu bewerten, zu korrigieren oder vermeintlich „richtige“ Ziele vorzugeben. Die Zieloffenheit von ZOS lädt hier zu einer Hinterfragung traditioneller suchtherapeutischer Normen, insbesondere des impli-

ziten Abstinenzprimats, ein. MI erfordert, das vermeintlich richtige Wissen (was am besten für den Kl. ist) zurückzuhalten und stattdessen Raum für die subjektiven Bewertungen und Zielsetzungen des Kl. zu lassen. Dies bedeutet nicht, auf fachliche Orientierung zu verzichten, sondern diese erst dann einzubringen, wenn sie dialogisch eingebettet und ausdrücklich erwünscht ist (Ask – Offer – Ask).

Eine weitere zentrale Herausforderung besteht in der konsequenten Förderung von Change Talk. Change Talk muss aktiv erkannt, verstärkt und vertieft werden. Dies erfordert ein hohes Maß an Aufmerksamkeit für sprachliche Nuancen sowie die Fähigkeit, Sustain Talk nicht zu kultivieren, sondern empathisch zu spiegeln und in Richtung Veränderung zu transformieren. Insbesondere in der Arbeit mit dem Kartensatz kann es verführerisch sein, sich auf die strukturierte Abfolge der Karten zu konzentrieren und dabei die dialogische Tiefe zu vernachlässigen. Die Qualität der Intervention bemisst sich jedoch nicht an der „Abarbeitung“ der Karten, sondern an der Dichte und Qualität des entstehenden Change Talk.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Implementierung von MI-basierter ZOS nicht allein eine methodische Schulung, sondern einen tiefgreifenden professionellen Lernprozess erfordert. Die Notwendigkeit eines ausreichenden MI-Kompetenzniveaus verweist auf strukturelle Herausforderungen für Einrichtungen der Suchthilfe. Nachhaltige Implementierung setzt kontinuierliche Weiterbildung, Supervision und Coaching voraus. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Kartensatz zwar formal eingesetzt wird, seine therapeutische Wirkung jedoch verpufft, weil er in eine direktive oder defizitorientierte Gesprächslogik eingebettet wird.

Aus wissenschaftlicher Perspektive ergeben sich mehrere offene Fragen, die empirisch weiter geklärt werden sollten. Eine zentrale Frage betrifft die subjektive Perspektive der Kl. Es wäre von großem Interesse zu untersuchen, wie sie die MI-gemäße Anwendung des Kartensatzes erleben und bewerten. Aspekte wie wahrgenommene Autonomie, Wertschätzung, Verständlichkeit und emotionale Sicherheit könnten hierbei relevante Outcome-Variablen darstellen. Die Zufriedenheit der Kl. ist nicht nur ein Qualitätsindikator, sondern könnte auch als Mediator für therapeutische Effekte fungieren.

Eng damit verbunden ist die Frage, ob und in welchem Ausmaß durch die MI-gemäße Kartensatzanwendung tatsächlich Change Talk gefördert wird. Zwar ist dies theoretisch plausibel und durch die MI-Forschung gut

begründet, doch fehlt bislang eine spezifische empirische Überprüfung im Kontext von ZOS. Prozessanalytische Studien, etwa auf Basis von Gesprächskodierungen, könnten untersuchen, ob der Kartensatz zu einer erhöhten Dichte von Change Talk führt und ob dieser wiederum mit nachfolgenden Verhaltensänderungen assoziiert ist (vgl. Magill et al., 2018). Dabei wäre auch von Interesse, welche Elemente des Kartensatzes besonders wirksam sind und welche Rolle die MI-Kompetenz der Fachkraft spielt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ZOS und MI keine voneinander trennbaren Konzepte, sondern Bestandteile eines dialogischen, lebensweltorientierten Behandlungsverständnisses darstellen. Der Kartensatz wird in diesem Rahmen zu einem therapeutischen Instrument, das Veränderung nicht vorgibt, sondern ermöglicht. Die Umsetzung stellt hohe Anforderungen an die professionelle Haltung und Kompetenz der Fachkräfte und wirft zugleich wichtige empirische Fragen auf, deren Beantwortung wesentlich zur Weiterentwicklung und Absicherung dieses innovativen Ansatzes beitragen könnte.

Literatur

- Bastos Maia, M., Martins, P. M. & Figueiredo-Braga, M. (2025). Outcomes and challenges of motivational interviewing in dual diagnosis treatment – A systematic review. *Journal of Dual Diagnosis*, 21, 56–69.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B. et al. (2018). Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLOS One*, 13(10), e0204890.
- Körkel, J. (2020). Die Interventionsmatrix als zentraler Bestandteil Zieloffener Suchtbehandlung. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 9, 30–40.
- Körkel, J. (2024). Haltung in der Suchthilfe und Zieloffene Suchtarbeit. In D. Deimel, D. Moesgen & H. Schecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch* (S. 230–253). Stuttgart: UTB.
- Körkel, J. (2025). Zieloffene Suchtbehandlung: Grundlagen und Umsetzung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 14, 134–151.
- Körkel, J. & Koydl, A. (2025). *Schulungsmaterialien zum Grundlagenseminar in Motivational Interviewing*. Nürnberg: Institut für Motivational Interviewing Nürnberg.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2019). Zieloffenheit in der Tabakbehandlung. In H. Stöver (Hrsg.), *Potenziale der E-Zigarette für Rauchentwöhnung und Public Health* (S. 79–89). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2025a). *Interventionsmatrizen Alkohol, illegale Drogen, Tabak und nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten*. Nürnberg: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung Nürnberg (ISS).
- Körkel, J. & Nanz, M. (2025b). *Kartensatz zur systematischen Konsum- und Zielabklärung* (4. Aufl.). Nürnberg: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung Nürnberg (ISS).
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93, 157–168.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 137–160.
- Madson, M. B., Villarosa-Hurlocker, M. C., Schumacher, J. A., Williams, D. C. & Gauthier, J. M. (2019). Motivational interviewing training of substance use treatment professionals: A systematic review. *Substance Abuse*, 40, 43–51.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. F. et al. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 140–157.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing. Helping people change and grow* (4th ed.). New York: Guilford.
- Papus, M., Dima, A. L., Viprey, M., Schott, A. M., Schneider, M. P. & Novais, T. (2022). Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 105, 3186–3203.
- Schwenker, R., Dietrich, C. E., Hirpa, S., Nothacker, M., Smedslund, G., Frese, T. & Unverzagt, S. (2023). Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD008063.
- Tafra, R. C., Hogan, T. & Mitchell, D. (2019). Integrating motivational interviewing with risk-need-responsivity based practice in community corrections: Collaboratively focusing on what matters most. In D. Polaschek, A. Day & C. Hollin (Eds.), *The Wiley international hand-*

book of correctional psychology (pp. 603–622). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Thiersch, H. (2020). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited* (Edition Soziale Arbeit). Weinheim: Beltz Juventa.

Joachim Körkel, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psychologe. Approbierter Psychotherapeut. 1984–1988 Leiter der Psychotherapie einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige. 1988–2018 Professor für Psychologie an der Ev. Hochschule Nürnberg. Wissenschaftlicher Leiter des Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) und Ko-Leiter des Instituts für Motivational Interviewing Nürnberg. Schwerpunkte: Motivational Interviewing, Zieloffene Suchtbehandlung, selbstkontrollierter Substanzkonsum, Rückfall/Rückfallprävention.

Andrea Koydl, Dipl.-Soz.-Päd. M.A Sozialinformatik. 1990–2002 Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei einer Unternehmensberatung. 2002–2009 Leitung ambulanter und teilstationärer Dienste der Altenpflege und 2006–2009 stellvertretende Abteilungsleiterin Soziales und Pflege eines Trägers der Freien Wohlfahrtspflege. 2010–2014 Leitung einer stationären Einrichtung für Menschen mit Demenz. 2014–2018 Studiengangsmanagerin für berufsbegleitende Studiengänge der Berufspädagogik im Gesundheitswesen. Seit 2019 Ko-Leiterin des Instituts für Motivational Interviewing Nürnberg und wissenschaftliche Mitarbeiterin am ISS. Schwerpunkte: Motivational Interviewing und Organisationsentwicklung.



Prof. Dr. Joachim Körkel

Institut für Motivational Interviewing
Nürnberg und Institut für innovative
Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)
Dovestraße 5
D-90459 Nürnberg
joachim.koerkel@evhn.de



Andrea Koydl

Institut für Motivational Interviewing
Nürnberg
Beethovenstraße 38
D-90491 Nürnberg
andrea.koydl@mi-n.de