

Inhaltsverzeichnis

1. Leitfragebogen <i>Fachlinik Hamburg-Mitte</i>	2
2. Leitfragebogen ambulante Nachsorge <i>jugend hilft jugend</i>	3
3. Transkript Experteninterview <i>Fachlinik Hamburg-Mitte</i>	4
4. Transkript ambulante Nachsorge <i>jugend hilft jugend</i>	31

1. Leitfragebogen *Fachklinik Hamburg-Mitte*

A) Allgemeine Angaben

Datum: Beginn: Ende:

Name des Interviewpartners:

Berufsbezeichnung / Funktion:

B) Fragen zum Thema Rückfallverständnis

1. Was für einen Raum nimmt das Thema „Rückfälligkeit“ in der Fachklinik ein und was sind deine Erfahrungen mit Rückfällen? (z.B. Rückfallhäufigkeit, Stellenwert von Rückfallprävention im Behandlungsplan)
2. Was vertreten die Klient*innen für ein Rückfallverständnis wenn sie zu euch kommen? (wie wird das ggf. thematisiert?)
3. Ist das Rückfallverständnis von dir ähnlich oder wird während der Therapie versucht den Klient*innen ein anderes Rückfallverständnis vermittelt? (Rückfall als Vorfall, als Bestandteil eines Prozesses oder als eigenes Versagen?)
4. Wie wird mit Rückfällen während einer Therapie umgegangen?
5. Was denkst du inwieweit das eigene Rückfallverständnis auch den Umgang mit einem erneuten Konsum beeinflusst? Was haben Sie da für Erfahrungen gemacht? (die eigene Reaktion auf einen Rückfall)

c) Fragen zum Thema Einflussfaktoren

1. Die Selbstwirksamkeit beschreibt, dass Personen durch die Überzeugung und Zuversicht in ihre Fähigkeiten, ihr eigenes Verhalten positiv beeinflussen können. Dadurch soll die Selbstwirksamkeit auch für die Entstehung und den Verlauf von Rückfällen von großem Einfluss sein. Findet dies in der Therapie Beachtung? Was sind deine Erfahrungen damit? (Durch was kann die Selbstwirksamkeit einer Person gesteigert werden? Hohe Selbstwirksamkeit = Wahrscheinlichkeit geringer für erstmaligen Konsum und massiven Rückfälle, geringe Selbstwirksamkeit = hohe Wahrscheinlichkeit)
2. Inwieweit wirkt sich das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes, deiner Meinung nach, auf die Rückfälligkeit der Klient*innen aus?
3. Wie würdest du die soziale Situation der Klient*innen beschreiben? (soziale Einbindung)
4. Welche Rolle spielt deiner Meinung nach diese soziale Situation für die Klient*innen bezogen auf Rückfälligkeit? Haben Sie dafür Beispiele?
5. Wann wird eine Adaptionsphase/Nachsorge nach der Therapie angeregt? Wie viele Klient*innen schließen ungefähr eine Nachsorgemaßnahme an?

6. Was denkst du: Welche Einflussfaktoren auf Rückfälligkeit sind aus deiner praktischen Erfahrung heraus noch zu beachten?

2. Leitfragebogen ambulante Nachsorge *jugend hilft jugend*

A) Allgemeine Angaben

Datum: Beginn: Ende:

Name des Interviewpartners:

Berufsbezeichnung / Funktion:

B) Fragen zum Thema Rückfallverständnis

1. Was für einen Raum nimmt das Thema „Rückfälligkeit“ in der Nachsorge ein? Was sind Ihre Erfahrungen mit Rückfällen? (z.B. Thematisierung durch Klient*innen, Thema in Gruppensitzungen?)
2. Was vertreten die Klient*innen für ein Rückfallverständnis wenn sie zu Ihnen kommen? (wie wird das ggf. thematisiert?)
3. Was vertreten Sie für ein Rückfallverständnis und was wird den Klient*innen vermittelt?
4. Wie wird mit einem Rückfall während einer Nachsorgemaßnahme umgegangen?
5. Was denken Sie inwieweit das eigene Rückfallverständnis auch den Umgang mit einem erneuten Konsum beeinflusst? Was haben Sie da für Erfahrungen gemacht?

c) Fragen zum Thema Einflussfaktoren

1. Inwieweit wirkt sich das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes, Ihrer Meinung, nach auf die Rückfälligkeit einer Person aus? (Steigerung des Selbstwertgefühls, der Lebensqualität)
2. Die Arbeitslosenquote bei Drogenkonsument*innen ist sehr hoch. Wie eng arbeiten Sie mit den Jobcentern zusammen und was sind Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Jobcentern? Oder gibt es vielleicht andere Kooperationspartner? (gibt es vielleicht spezielle Ansprechpartner?)
3. Wie würden Sie die soziale Situation Ihrer Zielgruppe beschreiben? (soziale Einbindung, Freund, Familie)
4. Können Sie einen Zusammenhang zwischen dem Grad der sozialen Einbindung und der Rückfälligkeit dieser Person sehen? Haben Sie da vielleicht Beispiele?
5. Wie wird versucht die gesellschaftliche und soziale Integration oder Reintegration einer Person zu fördern?
6. Wie schätzen Sie den Einfluss und den Stellenwert von Nachsorgemaßnahmen bei abstinenzmotivierten Personen ein? Kann eine gesellschaftliche (Re-) Integration und Stabilität oftmals erreicht werden? (wird der Stellenwert von Nachsorgemaßnahmen vielleicht auch unterschätzt?)
7. Welche Einflussfaktoren auf Rückfälligkeit sind aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus noch zu beachten und nehmen einen Raum in der Nachsorge ein?

3. Transkript Experteninterview *Fachklinik Hamburg-Mitte*

1 I: Ok. Ähm also ich hab das Interview so in zwei Teile gegliedert. Es geht ja um
2 Rückfälligkeit von Drogenkonsumenten und im ersten Teil sind die Fragen zum
3 Rückfallverständnis. Also wie wird Rückfall so verortet und gesehen. Und im zweiten
4 Teil sind sie zu Einflussfaktoren. Sowohl auf die Entstehung von Rückfällen
5 überhaupt als auch auf den Verlauf. Also jetzt was zu 'nem massiven Rückfall führt
6 oder, äh, einmaliger Konsum bleibt. Was sich da wie auswirkt.

7

8 B: Ich versuche mein Bestes. (Lächeln)

9

10 I: (Lächeln) Ja. Ähm. Gut. Also die erste Frage ist ganz allgemein, was für einen
11 Raum das Thema Rückfälligkeit deiner Meinung nach in der Therapie einnimmt.

12

13 B: Mhm. 'N ganz großen. Weil einfach fast keine zwei Wochen vergehen, wo nicht
14 irgendwie ein Rückfallverdacht geäußert wird, oder Rückfall droht oder Rückfall
15 passiert ist. Also es ist eigentlich elementar und wenn's nicht für den Klienten selbst
16 ein Thema ist, dann eben das was hier drumrum passiert und was es mit der
17 Stimmung macht. Also ja. (..) Ähm Rückfallhäufigkeit / das große Problem sind
18 eigentlich die Rückfälle mit Substanzen die wir nicht nachweisen können. //Spice
19 zum Beispiel//

20

21 I: //welche wären das? Ok //

22

23 B: Also synthetische Drogen gibt es 'ne ganze Latte die einfach nicht in Standard-
24 Tests drin sind und die wären vielleicht nachweisbar für viel, viel Geld im Labor und
25 ähm in der Häufigkeit wie das vielleicht konsumiert wird wenn die Klienten wissen,
26 dass das nicht nachzuweisen ist, kommen wir da geldmäßig nicht hinterher. Und,
27 ähm, genau und was eben Rückfälle ja mit sich bringen ist das ganze Thema der
28 Manipulation von Urinkontrollen, des Anlügens, des Vertrauensmissbrauch, dieser
29 Verträge der Patienten untereinander, also ich glaube wenn jetzt alle Patienten die
30 hier wären, wirklich clean werden wollen und wirklich bereit sind damit umzugehen,
31 wär's eine tolle und angenehme, arbeitsreiche Atmosphäre. Und ähm. Ja. Und es ist
32 halt so, dass ich immer ganz, ganz viel/ Wenn Patienten ganz viele

33 Nebenschauplätze aufmachen. Also wenn sie auf einmal wahnsinnig sich über
34 irgendwelche Regeln aufregen, das Essen ganz schlecht ist und so. Dann weiß man
35 immer, ok es läuft gerade IRGENDWAS in Richtung Konsum im Haus, was wir noch
36 nicht mitgekriegt haben.

37

38 I: Ok. Und wenn das Thema aufkommt. Wird das auch in Gruppen oder so
39 besprochen? Und, ähm, wie sind da so die Rückmeldungen. Haben da Leute dann
40 auch wirklich Angst davor rückfällig zu werden, oder sehen sie das eher als sowas,
41 ‚Ich kann es nicht beeinflussen‘ //oder//.

42

43 B: //Es gibt// alles. Also wir haben ja/ Einmal die Woche hat jeder Patient
44 Rückfallpräventionstraining. Das ist 'ne Gruppe, wo es nur darum geht, um eben vor
45 Rückfällen zu schützen. Wo Faktoren besprochen werden die helfen können, wo
46 Warnsignale besprochen werden, vermittelt werden, wo jeder individuell guckt, wann
47 wird es bei mir kritisch? Also wo es wirklich nur darum geht. Und jeder Rückfall von
48 'nem Patienten wird einmal einzeln aufgearbeitet und dann nochmal in der Gruppe
49 besprochen. Also es wird immer dem viel Raum gegeben und dann gibt's immer
50 nochmal, wenn irgendwelche Konsumverdachte im Haus sind, werden nochmal extra
51 Gruppen eingerichtet, wo gefragt wird, wo die dazu animiert werden da jetzt offen mit
52 umzugehen, was sie eben oft nicht machen. Ähm. Es gibt (seufzt) ein paar Klienten,
53 die wirklich sagen ‚Ich hab panische Angst vor 'nem Rückfall‘ (.) Es gibt ein, also
54 wenn man es jetzt versucht, vielleicht kann man es in Drittel. Ein Drittel hat Angst
55 vor'm Rückfall, ein Drittel ist total überheblich, denkt ‚Das passiert mir nicht.‘ Und ein
56 Drittel denkt ‚Ja mein Gott, wenn's passiert ich kann's nicht beeinflussen, ich bin halt
57 suchtkrank.‘ So mal ganz platt gesagt.

58

59 I: Hm. Okay. (...) Was vertreten die Klienten so für eine Auffassung von Rückfall. Ja
60 ok das ist ja eigentlich schon dieses Drittel. Also die einen sagen, ähm, //ist das
61 Versagen von mir, und //.

62

63 B:// ja es hängt dann auch von der Substanz ab.// Wir sehen ja hier jede Substanz
64 gleichwertig als Rückfall. Also ob sie jetzt 'nen Joint rauchen, 'n Alster trinken oder
65 Heroin nehmen. Es wird alles gleich behandelt. Wir sagen es ist einfach Verletzung
66 der Abstinenzregel Punkt aus, egal auf welchem Weg. Und da gibt's halt manche

67 Klienten, die sagen ‚Klar wegen Suchtverlagerung, wegen überhaupt abweichen von
68 den Regeln, wegen Versuch der Manipulation der eigenen Gefühle und so, sehen wir
69 das ein‘ und dann gibt’s welche die sagen ‚Ok ein Rückfall ist vielleicht wenn ich
70 Kokain oder Heroin nehme, aber was ist denn schon ein Bier.‘ Also das hängt von
71 der Problemdroge ab und das ist immer so abhängig davon, was so für, der
72 Schwerpunkt der Klientel im Haus ist. Im Moment ist so ein Großteil, die so der
73 Meinung sind ‚Naja ab und zu mal ein Bier kann ja nix schaden, jetzt seid da mal
74 nicht so streng.‘

75

76 I: Mhm (bejahend).

77

78 B: Und ähm manche Klienten sagen Rückfall hat geholfen. Hat irgendwie geholfen
79 um sich nochmal im Klaren/ hatte ich gerade ein Rückfallgespräch mit einem Klienten
80 der sagt ‚Im AKO hab ich gemerkt, so will ich überhaupt nicht mehr aussehen und ich
81 merke was ich eigentlich erreichen will und wo ich schon stehe, da möchte ich nicht
82 zurück.‘ Da hat ein Rückfall, finde ich, ’ne sehr positive Wirkung und ich selber
83 vertrete auch die Meinung, dass eigentlich ein Rückfall während der Therapie total
84 wichtig ist.

85

86 I: Mhm. Ja.

87

88 B: Damit die merken, wo komme ich an meine Grenzen? Aber wenn man jetzt
89 Studien anguckt, ist ’ne ganz eindeutige Tendenz, dass jemand der in der Therapie
90 rückfällig wird, auch danach viel eher rückfällig wird. Also so. Ja forschungsmäßig ist
91 ein Rückfall eigentlich schon ein ganz schlechtes prognostisches Zeichen.

92

93 I: Während der Therapie oder überhaupt?

94

95 B: Ja also während der Therapie.

96

97 I: Ja ok. Und versucht ihr, wenn ihr jetzt so diese, ja diese Drittel habt an Leuten die
98 sagen ‚Rückfall wäre mein eigenes Verschulden, weil ich versagt habe‘ und versucht
99 ihr mit denen das umzuändern. Also wie die über Rückfall denken, so dass sie es
100 vielleicht eher als eine lehrreiche Situation verorten können?

101
102 B: Ja also es gibt schon so welche, die sich wahnsinnig schämen, wo wir dann erst
103 mal in der Vorarbeit, bevor es überhaupt zu 'nem Rückfall kommt versuchen die
104 dahin zu bringen, dass sie sagen ‚Mensch wenn 'n Rückfall ist und, ähm, du es in
105 dem Moment schaffst darüber zu sprechen, hast du schon ganz viel verändert und
106 ganz viel erreicht. Du kommst raus aus diesem Modus ich will alles vertuschen und
107 will das verheimlichen, sondern du stehst dazu und suchst dir Hilfe.‘ Das ist so der
108 erste Schritt. Und dann ist es eigentlich so, dass wir denen immer vermitteln ‚Wenn
109 du den Rückfall nicht gehabt hättest, hättest du nicht gewusst, wie weit du schon an
110 deinen Problemen dran bist.‘ Und dann macht man so'ne Rückfallanalyse. Also dass
111 man sagt / Es gibt ja 'nen Punkt, noch oft Tage vor 'nem Rückfall wo man das schon
112 eigentlich nicht mehr verhindern kann. Also weil sich das einfach anbahnt und die
113 schon so im Film sind und das wir gucken, wann war denn der Punkt überschritten?
114 Also ‚bis zu welchem Zeitpunkt hättest du was anders machen können. Und was sind
115 Warnsignale, die wir als Team erkennen können, du erkennen kannst.‘ Und (..) dann
116 empfinden die es zumindest als hilfreich, dass sie lernen so darüber zu sprechen.
117 Aber es sind einfach ganz tief verwurzelte Muster, ne. Dann ist es oft schwer da
118 richtig ranzukommen.

119
120 I: Ja. (..) Mhm. Wie wird mit Rückfällen denn während einer Therapie umgegangen?
121 Gibt es da bestimmte Regeln zu?

122
123 B: Ja. Mhm. Wir haben von der Rentenversicherung, die Kostenträger ist, 'n recht
124 harte Regelung. Hart in dem Sinne, dass sie sagen ‚Den ersten Rückfall, nach dem
125 kann weiter behandelt werden, wenn ein Klient den selbstständig aufmacht, nicht in
126 der Einrichtung konsumiert hat und sich nicht über einen längeren Zeitraum
127 intoxikiert in der Einrichtung aufhält.‘ Sprich der ruft am besten vom Drob an und sagt
128 ‚Ich bin rückfällig geworden.‘ Und dann muss der Klient bereit sein sofort in die
129 Entgiftung zu fahren.

130
131 I: Mhm (bejahend).

132
133 B: Dann können wir danach mit 'ner Rückfallanalyse 'ne Weiterbehandlung machen,
134 die müssen auch in dieser Entgiftungszeit im AKO, dürfen die sich keinen Fehltritt

135 leisten, also müssen sich auch an Regeln halten, nicht nochmal konsumieren. Ähm.
136 (.) Und beim zweiten Rückfall gilt das Gleiche, nur dann muss die DRV angerufen
137 werden und dann müssen wir schriftlich dazu Stellung nehmen, warum wir dazu
138 stehen, dass der Patient trotz eines zweiten Rückfalls bleiben darf. Und beim dritten
139 Rückfall sagt die DRV ‚Dann können sie sich auf den Kopf stellen und mit den Füßen
140 wackeln, der muss raus.‘

141

142 I: Okay.

143

144 B: Von der Praxis her ist es so, dass es manchmal total schwer ist die Grenze zu
145 ziehen.

146

147 I: Ja.

148

149 B: Also das die / Was weiß ich. Nachts konsumieren, sich hinlegen, erst mal
150 irgendwie klarkommen müssen und es dann am nächsten Morgen sagen. Lassen wir
151 die Leute eigentlich auch meistens in die Entgiftung weil wir sagen ‚Hey die haben’s
152 geschafft, bevor ’ne UK kommt.‘ Dann gibt’s auch so die, die rufen an, man hört die
153 Musik im Hintergrund so ‚Haha ich bin rückfällig geworden, ruf ja von draußen an, ist
154 alles ok.‘

155

156 I: Hm ja.

157

158 B: Und, ähm, man kommt da nicht drum rum, trotz dieser Vorgaben sich irgendwie so
159 individuelle Freiräume zu schaffen und das führt bei einigen Klienten, gerade die lang
160 in Haft waren, die sagen ‚Wir wollen ’ne klare Struktur und jeder muss gleich
161 behandelt werden‘ zu ganz viel Unruhe. Also wir haben dann (seufzt) weiß nicht auch
162 mal ’nen Fall, dass jemand dann mit dem dritten Rückfall substituiert wurde, weil wir
163 einfach gemerkt haben, das geht einfach nicht, dann wurde der zwischendurch in die
164 Clean WG verlegt und dann haben wir ’ne Wiederaufnahme drei Wochen später
165 veranlasst. Also das man sich irgendwelche Lücken macht und unsere oberste
166 Prämisse ist eigentlich, jemanden mit ’nem Rückfall nicht wieder in den Konsum
167 reinrutschen zu lassen. Also das heißt, wenn wir ihn entlassen müssen oder wenn er
168 unter Umständen konsumiert hat, die nicht vertretbar sind, dass wir zumindest dafür

169 sorgen (..) als Minimum Bett im NOX als Maximum Platz in der Clean WG,
170 Tedestraße oder sowas.

171

172 I: Okay. (..) Und was denkst du inwieweit das Rückfallverständnis, was eine Person
173 hat, ähm, so den Umgang mit 'nem erneuten Konsum beeinflusst. Also ob das jetzt
174 eben bei diesem einmaligen Konsum bleibt oder, ähm, ob das auch ein bisschen /
175 so'n Aufgehen gehen darin ist, wenn man sich sowieso vorher sagt ‚Ja ich kann da
176 gar nichts gegen machen, ich bin suchtkrank.‘ (...)

177

178 B: Ja, also es ist halt. (..) Dieses Hilflosigkeitserleben, so ‚Ich bin hilflos, ich bin Opfer
179 meiner Sucht, ich kann nix machen‘ beeinflusst natürlich, dass sie schneller nochmal
180 rückfällig werden. Und es kommt schon vor, dass die Klienten sagen ‚Hey ich hatte
181 einen Rückfall, aber ich hab zumindest das und das nicht genommen und ich hab
182 mich da schon mal ENTWICKELT in meiner Rückfälligkeit‘. Ja aber es ist 'ne recht
183 schwierige Frage, weil man es einfach, wie du schon merkst, man kann's immer nicht
184 so pauschal sagen, weil die alle unheimlich unterschiedlich sind.

185

186 I: Hm. Ja klar.

187

188 B: Und es sind manche die sagen ‚Scheiße, so schnell geht das. Und es war ganz
189 schlecht. Ich habe 'ne ganz andere Wirkung erwartet.‘ Das höre ich ganz oft. ‚Und
190 jetzt weiß ich erst recht, dass ich das nicht mehr anrühren möchte.‘ (...)

191

192 I: Ja okay. (..) Also so viel zum Rückfallverständnis.

193

194 B: Ja. Mhm . Ich überleg gerade nochmal ob ich da noch vielleicht.

195

196 I: Ja. (...)

197

198 B: Ja also es sind/ Es gibt so diese zwei Gruppen, die sagen ‚Ok, dass ab und zu ein
199 Notfall kommt, kann ich nicht verhindern, ist so, muss ich akzeptieren‘ und dann
200 vermittelt man ‚Ja ok wie kann ich einen Rückfall schnell stoppen.‘

201

202 I: Mhm (bejahend).

203

204 B: Und es gibt so die Gruppe, die sagt ‚Ok ich wollte auf keinen Fall, jetzt ist es
205 einmal passiert, jetzt weiß ich umso mehr, wo meine Baustellen sind.‘ Das kommt
206 auch immer vor. Und die Gruppe, die einmal konsumieren und wenn sie dann
207 trotzdem nochmal Rückfällig werden, wo dann der Rückfall anders abläuft. Also die
208 werden irgendwie rechtzeitiger Hilfe holen oder rechtzeitiger unterbrechen.

209

210 I: Aber vom Ding, alle irgendwie was draus mitnehmen. Aus dem Rückfall?

211

212 B: Nicht alle. Ich sag mal 60 Prozent.

213

214 I: 60 Prozent.

215

216 B: Eher 50. (lächeln) Ja.

217

218 I: (Lächeln) Ok. Ja die Einflussfaktoren. Ähm ich hab ja euer Konzept durchgearbeitet
219 und bin auch bei der Recherche von Studien immer wieder auf die Selbstwirksamkeit
220 gestoßen. Und die besagt ja, dass Personen, also ähnlich wie ‚ne self-fulfilling-
221 prophecy, dass ‚ne Person die davon überzeugt ist, ähm, und Zuversicht in ihre
222 eigenen Fähigkeiten hat, eben auch ihr Verhalten positiv beeinflussen kann und das
223 auch in Bezug auf Rückfälligkeit. Findet das in der Therapie irgendwie Beachtung?
224 So dieses Konstrukt der Selbstwirksamkeit?

225

226 B: Ja das ist ein ganz großer Teil, also wir machen ja. Ähm. In der Bezugsgruppe
227 gibt’s Problemlösegruppe und da wird das/ Wirkfaktoren werden da aufgegriffen. Ja
228 die werden auch aufgegriffen im Notfallpräventionstraining, die werden im Sozialen-
229 Kompetenz-Training/ also es kommt immer mal wieder vor, aber ich bin mir sicher,
230 wenn du jetzt irgend’n Patienten fragen würdest ‚Schon mal was von
231 Selbstwirksamkeit gehört?‘ ‚Ja hm weiß ich gar nicht mehr, hat schon mal was
232 gesagt.‘ Also es bleibt nicht so hängen. Es ist dann eher was, was hier im Einzel
233 viel Raum findet. Und da verstehen die Patienten in der Regel, was das für ‚ne
234 Bedeutung hat, sind aber dann auch wieder recht hilflos das zu verändern.

235

236 I: Okay.

237
238 B: Also das hier ist zum Beispiel so'n Modell Täter, Opfer, Retter. Das mach ich
239 immer hier bei 'nem Einzelgespräch, dass ich sag 'Solang man selber sagt man kann
240 eh nix machen ist man Opfer und wird dadurch zum Täter', weil man halt wieder
241 konsumiert und wieder irgendwelche Geschichtchen mitmacht und das sind dann die
242 Verantwortung für das eigene Handeln nehmen muss. Und ich versuche immer, (..)
243 also ressourcenorientiert zu arbeiten und denen halt rück zu melden, wenn ich sag
244 'Hey da hast du Verantwortung übernommen für dein Handeln und, ähm, hier hast du
245 gezeigt, dass du noch dran glaubst.' Aber es ist immer so eine der Grundsätze, dass
246 ich den Klienten sage, wenn sie selber nicht davon überzeugt sind, dass sie es
247 schaffen können, dann muss ich ihnen leider jetzt sagen, dass sie es auch nicht
248 schaffen werden.

249
250 I: Mhm (bejahend).

251
252 B: Und ähm. Das wir auch gemeinsam gucken, was sind den Faktoren, woran
253 merken sie, dass sie vielleicht doch 'ne Hoffnung haben können, dass sie es
254 schaffen können. Aber FAST alle Suchtkranken haben 'ne wahnsinnig geringe
255 Selbstwirksamkeitserwartung. Weil sie halt auch schon so oft die Erfahrung gemacht
256 haben, dass es nicht funktioniert, dass sie es nicht steuern können. Und wenn man
257 seit zwanzig Jahren seine, sein Leben in die Hände der Droge gibt, verlernt man, wie
258 man das selber hinkriegt. Und die sind auch hier so, dass sie ganz, ganz
259 hilfebedürftig sind und wegen jedem (.) Kinkerlitzchen irgendwie wollen, dass wir das
260 für sie erledigen, weil sie es einfach nicht mehr können und nicht mehr daran
261 glauben. //Also so diese Kontrollerwartungen haben die auch nicht mehr. //

262
263 I: //Ja. Ja.//

264
265 B: Und ich glaub das ist schon (..) Also einmal so der Punkt der Akzeptanz. So ich
266 akzeptiere, dass ich das Problem hab und dass ich einfach bestimmte Sachen
267 verändern muss. Und 'ne Selbstwirksamkeit sind schon/ wenn die Faktoren erfüllt
268 sind, dann sind sehr gute Chancen, dass die auch langfristig clean werden können.

269

270 I: Wie ist das, ähm, du hast vorhin davon geredet, dass manche auch sehr
271 überheblich sind. ‚So’n Rückfall würde mir niemals passieren.‘ //Und das hat ja auch
272 was mit der Selbstwirksamkeit zu tun.// Wird mit denen da anders drüber geredet so
273 als mit den Leuten, die sagen ‚Ich kann sowieso gar nichts beeinflussen.‘ Die ja auch
274 von vornerein, ja auch unrealistisches Bild davon haben.

275
276 B://Mhmm.// (..) Ja, also es geht ja schon (..). Es ist eigentlich oft so, dass die, die so
277 der Überzeugung sind, dass nie was passieren wird, // die werden in den Gruppen oft
278 auseinandergenommen von den Mitpatienten. //

279
280 I: //(Lächeln) Okay.//

281
282 Die dann sagen ‚Haha, siehst du und so hab ich auch mal geredet und du wirst noch
283 früh genug auf die Fresse fallen und du musst noch deine Runden drehen.‘ Wir
284 haben jetzt einen, und das ist wirklich ein Sonderfall, der die ganze Zeit gesagt hat
285 ‚Es passiert mir nicht, wenn ich nicht will, dann mach ich das nicht.‘ Und er ist jetzt
286 wirklich recht stabil clean. Der hatte aber jetzt zum Beispiel mal ’nen Moment dass er
287 nach ’nem Streit mit ’ner Freundin Lust hatte auf ’n Joint. Was ihn total erschrocken
288 hat. Dass er so dachte, es kann komm aber er sich sagt ‚Ne ich will nicht‘. Und der
289 hat halt dieses Selbstwirksamkeitserleben.

290
291 I: Mhmm (bejahend).

292
293 B: Obwohl und/ Das ist total selten. Das jemand so’ne Überheblichkeit hat wie ‚Das
294 passiert mir nicht‘ und dass es wirklich auch real zutrifft.

295
296 I: Okay.

297
298 B: Und, ähm, (...) Klar also es ist halt so den einen bringst du bei, der so sagt ‚Ja ich
299 kann eh nix machen, ich bin Opfer der Umstände.‘ Den musst du aus dieser
300 Opferrolle rauskriegen. Und den anderen musst du einfach mit der Realität
301 konfrontieren und da ist unsere Erfahrung, so lang die nicht einmal rückfällig werden
302 (..) können wir uns den Mund fusselig reden und sie glauben’s nicht. Und den
303 wünsch ich tatsächlich, darum sag ich Rückfall ist oft hilfreich, dass sie mal rückfällig

304 werden, dass sie merken es ist nicht nur 'ne Sache des Willens. (..) Also man kann
305 nicht alles nur mit dem Willen steuern.

306

307 I: Ja.

308

309 B: Und dem anderen versuche ich zu vermitteln, ok der Wille hat eben einen
310 gewichtigen Anteil. Also. Ja. //Dem einen mehr Willen, dem anderen weniger Willen.
311 Genau.//

312

313 I: //Ja. Ja es ist halt immer so 'ne Balance finden. Ja.// Ok. Ähm. Dann hab ich auch
314 herausgefunden, dass das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes ziemlich, äh,
315 ausschlaggebend dafür sein kann, ob jemand rückfällig wird oder nicht, habt ihr da
316 auch ähnliches Erleben?

317

318 B: Ja. Ja also die meisten unserer Klienten haben keinen Arbeitsplatz, sagen aber ,In
319 den Zeiten, in denen ich einen Arbeitsplatz hatte, hab ich zumindest 'ne Zeitlang mal
320 clean funktioniert.' Und VIELE kommen eben her mit der Haltung ,Ja ich brauch nur
321 Arbeit und dann ist alles gut.'

322

323 I: Mhm (bejahend).

324

325 B: Und (..) Also es müssen so, ich sag mal die Grund, die Grundbedürfnisse müssen
326 befriedigt sein. Sprich dass sie irgendwie ein Dach über'm Kopf haben, dass sie
327 Arbeit haben und cleane Bindungen. Und dann greifen diese psychologischen
328 Faktoren, wie, ähm, Akzeptanz der Suchterkrankung und Selbstwirksamkeit. Aber
329 genauso wie weder 'ne Wohnung und 'ne Arbeit komplett davor schützt rückfällig zu
330 werden, reicht es auch nicht, wenn man tolles Selbstwirksamkeitserleben hat und
331 über längere Zeitraum arbeits- und wohnungslos ist.

332

333 I: Mhm (bejahend).

334

335 B: Ähm es hat in dem Sinne 'ne wichtige Funktion, weil's denen einfach das Gefühl
336 gibt ,Ich bin was wert, ich hab 'ne Aufgabe auch ohne Drogen', weil sie 'ne
337 Eingebundenheit und 'ne Verantwortung haben in der Aufgabe und da ist es dann

338 egal, ob sie Staplerfahrer sind oder auch auf'm Bau arbeiten oder /. Also damit sind
339 sie vollkommen zufrieden. Ähm. Ja aber sie können eben ganz oft nicht ihre eigenen
340 Grenzen abschätzen und ist dann eher so und äh, rutschen dann dadurch wieder in
341 die Rückfälligkeit, aber zumindest hilft es mal, ich sag mal, die Cleanphase zu
342 verlängern. Und es ist schon einer der Grundfaktoren. Ja. Das ist ja auch, DAS wieso
343 überhaupt die Therapie von der Rentenversicherung gezahlt wird, weil's darum geht,
344 dass sie wieder arbeitsfähig werden.

345

346 I: Ja. Du meinstest gerade die Grenzen nicht richtig einschätzen?

347

348 B: Die wissen nicht, wie viel, die haben kein Gefühl für den eigenen Körper und für
349 die eigene Belastbarkeit. Und denken ‚Ich geh einfach den ganzen Tag arbeiten und
350 abends fall ich auf die Couch und schau Fern.‘

351

352 I: Achso okay. ja.

353

354 B: Und dass sie aber Selbstfürsorge betreiben müssen, dass sie auch mal merken
355 ‚Ok heute sollte ich ein bisschen früher nach Hause, heute ist nicht Fernsehen gut,
356 sondern mal Sport oder 'n Spaziergang oder schönes Essen oder so'. Da, also das
357 können sie nicht. Selbstfürsorge betreiben ist so eins der größten Defizite auch mit,
358 weil sie es auch verlernt haben.

359

360 I: Mhm (bejahend).

361

362 B: Gerade wenn man so Freizeitausgleich bespricht, dann muss man sich oft
363 anhören ‚Wenn ich den ganzen Tag auf'm Bau steh, dann kann ich doch abends kein
364 Sport mehr machen.‘

365

366 I: Ja.

367

368 B: Und das ist schwer zu vermitteln. Also (..). Das ist, ja. (.) Entweder sagen sie von
369 Anfang an ‚Ja ich geh immer pumpen‘ (lächelt) Oder. Ja. Also so'ne gesunde
370 Selbstfürsorge, 'n gesundes Gefühl für die Grenzen des Körpers und/ Ja.

371

372 I: Also geht das auf jeden Fall über die Arbeit so um Geld legal zu verdienen, darüber
373 geht es hinaus. Das ist eigentlich gar nicht unbedingt der Punkt, sondern der Punkt
374 ist zu wissen, wofür man morgens aufsteht //und auch // wieder 'n besseres
375 Selbstwertgefühl zu bekommen da durch.

376
377 B: //Ja.// Würde ich schon sagen und (..) das ist schon glaube ich speziell diese
378 Zielgruppe die wir hier haben, weil einfach viele aus dem kriminellen Umfeld
379 kommen, die sagen zum Beispiel ‚Für 1.800 Euro im Monat gehe ich nicht arbeiten.‘
380 Die kennen halt nur die Summen, die wissen wie man schnell Geld verdient und das
381 ist dann so, so dieser Hintergrundfaktor. Und, ähm, (..) die sehen oft nicht die Nähe
382 von einer nicht legalen Tätigkeit zur Rückfälligkeit.

383
384 I: Mhm (bejahend).

385
386 B: Also die (..) sagen ‚Ja ne, ich werd mir doch nicht den Arsch aufreißen und für so
387 wenig Geld‘ Aber klar //es ist natürlich //

388
389 I: //Das macht man sonst an einem Tag. Ja.//

390
391 B: Genau. Und es ist/ Ja aber von der, von dem haltgebenden Faktor ist es weniger
392 der finanzielle Aspekt, weil ja. Also ob sie jetzt (.) Harz IV bekommen oder 'nen Job
393 mit 1.100 Euro kommt auf's Gleiche raus. Und, ähm, es ist eher ‚Ich hab 'nen Sinn für
394 was ich aufstehe, ich bin wieder Teil der Gesellschaft. Ich bin was wert.‘

395
396 I: Mhm (bejahend). (..) Wie würdest du denn sonst die soziale Situation von den
397 Klienten einschätzen? Also (..) wie sind sie eingebunden außerhalb der Arbeit auch?

398
399 B: Also (..) (seufzt) (..) Mhm. Wenig Clean-Kontakte. Wenig, die wirklich unterstützen,
400 dass clean, KOMPLETTES clean sein Sinn hat (.). Ähm, Beziehungen haben sie fast
401 alle irgendwie meistens zu problematischen Partnerinnen, also entweder, dass die in
402 irgend'ner Weise auch 'n Konsumproblem haben, aber auch, dass sie, ähm (..), oft
403 immer so instabil sind oder so. Also die haben oft so mega konfliktbehaftete
404 Beziehungen und (...) ja. Also mein Eindruck ist, dass so die Frauen, die lange mit
405 'nem Suchtkranken zusammen sind, sind entweder (unverständlich wegen lächelnd)

406 instabil oder dependent von der Persönlichkeitsstruktur. Also dass sie so ihr
407 Helfersyndrom ausleben. Es gibt ein paar. Also jetzt zum Beispiel der eine, den ich
408 erwähnt habe, der so ganz überheblich gesagt hat ‚Ich bau keinen Rückfall‘. Der hat
409 familiäre Unterstützung und der ist an die Kirche angebunden. Was er jetzt wieder
410 angefangen hat in der Cleanzeit und hat ganz viele Leute, die ihn jedes Mal, wenn
411 sie ihn sehen wirklich dafür die Füße küssen, dass er so sauber ist und so clean ist.
412 Und kriegt permanent ‚ne positive Verstärkung und da wird auch immer ganz, ganz
413 deutlich, was das für ein wichtiger Faktor ist. Und (..) wir machen mit den Patienten
414 immer in Gruppen ist einmal so ein Modul, das heißt das Soziale Atom, wo wir
415 gucken, ‚welche Menschen stehen mir nah und sind die Menschen die mir nahe
416 stehen wirklich hilfreich?‘ Und da kommt ganz oft raus. ‚Ok es gibt Menschen die mir
417 Nahe stehen, aber zum Beispiel meine Freundin stresst mich so, dass ich immer
418 wieder rausgehe und saufe (..)‘. Also ‚n stützendes soziale Umfeld ist eigentlich die
419 Basis, aber haben die meisten nicht. Kennen die auch nicht und einfach ja und
420 darum werden dann auch viele oft rückfällig, weil sie sagen ‚Meine vertrautesten
421 Personen stehen vorm Drob‘ (...) Ja.

422

423 I: Ja das glaube ich leider, ja.

424

425 B: Das ist ein sehr enger Zusammenhalt bei allen Konflikten, sehr familiär und
426 gerade, ich mein je früher sie anfangen dort rumzustehen und so. (..) Also pff.
427 Welche die du auch kennst, ohne jetzt irgendwie Namen zu nennen. (seufzt) Eine die
428 auch länger bei uns war, ähm, mit zwei Kindern die bei der Schwester leben und so
429 die einfach sagte, sie ist in ‚nem, wenn sie in ‚nen normalen Sportverein geht, sie
430 weiß nicht was sie mit den Leuten reden soll, sie weiß nicht, was sie da anfangen
431 soll. Und denn immer wieder so den Reiz dort sucht.

432

433 I: Ja. Ja das ist natürlich auch das, was die Leute über Jahre hin gelernt habe und,
434 ähm, auch im Drob ist zu beobachten, dass die Umgehensweise miteinander ja eine
435 ganz andere ist, als, ähm, gesellschaftlich gut integrierte Leute an den Tag legen.
436 Und, ähm, wie geht man das in der Therapie an? Dass man da versucht/ Ja. Wie
437 wird denen beigebracht wieder cleane Kontakte zu knüpfen? Das stelle ich mir
438 unheimlich schwierig vor.

439

440 B: Also es fängt ja bei so Kleinigkeiten an, dass wir zum Beispiel beim Mittagessen,
441 wenn wir die begleiten, denen einfach mal freundlich sagen, wie sie sich am Tisch
442 hinsetzen. Oder dass man so aufeinander wartet, oder dass man auch wenn man
443 einen Teller aufgegessen hat, dass wir die dann VERSUCHEN, das ist natürlich
444 schwer, wenn wir da allein dreißig Leute begleiten, versuchen, erst mal in so einem
445 Smalltalk zu, dass sie nicht aufessen, Teller weg und in ihr Zimmer rennen. Oder
446 direkt zur Zigarette.

447

448 I: Mhm. Ja.

449

450 B: Also so, erst mal so ein Kontakt zu so normalen gesellschaftlichen Normen. Und
451 dann ist es ja so, dass sie am Ende der Therapie und in der Adaptionsphase müssen
452 die ein Praktikum machen. (..) Und da haben wir Kooperationen mit zwei
453 Bildungsträgern. GRONE Netzwerk und SBB. Und da haben sie so ein bisschen
454 Kontakt nochmal zu anderen Menschen, wobei die zum Teil sagen, ja das sind dann
455 die die kein Deutsch können, oder schon über sechzig sind und so. Wir versuchen
456 die nach außen zu drängen. Also wenn jetzt jemand so sagt ‚Ok ich möchte ein
457 Fitness-Studio besuchen‘ dann klar nicht am Anfang, die müssen ein paar Monate
458 hier sein, dass wir das auch den zutrauen. (..) Ähm. Die halt bei allem, was so nach
459 Außenaktivitäten ist zu verstärken und dann machen wir auch am Wochenende mal
460 Freizeitaktivitäten mit denen, dass sie mal lernen, was machen denn normale
461 Menschen in ihrer Freizeit. Und es wird immer/ Also die machen auch
462 Freizeitkompetenztraining. Das heißt zu gucken, wie kann man denn sein
463 Wochenende gestalten, wo kann man hingehen (...) ähm. Einige können das, die
464 haben immer so, noch ein paar cleane Kontakte, aber (..) jemand, der so am Drob
465 sozialisiert ist, der braucht eigentlich so fast jemanden/ Also wenn er eine Person hat
466 zum andocken, dann geht es, aber (..) so von Null auf Hundert den im Sportverein zu
467 integrieren funktioniert nicht.

468

469 I: Mhm (bejahend).

470

471 B: Müssen wir halt eher gucken. Ok was macht dir wirklich Spaß, worauf hast du
472 Lust, soll ich da mal mitkommen, sollen wir uns das zusammen angucken? Oder man
473 geht man zusammen mit denen zusammen durch die Stadt und guckt mal Geschäfte

474 oder irgendwas, also was so normale Menschen machen. Aber ja. (...) Oder ich
475 mach denen mal 'ne Rückmeldung zu ihrem Kleidungsstil oder so.

476

477 I: (lächelnd) Ja.

478

479 B: Ne, das ist, die laufen hier teilweise rum dass du denkst, ok wo stehen sie denn
480 jetzt gerade? Am Steindamm oder so? Dann muss man wahnsinnig vorsichtig sein,
481 weil sie ja ganz schnell verletzt und gekränkt sind. Und. Dann haben wir hier
482 festgestellt, auch die vom Drob, die haben so'n noch so'n 90er Stil, also die sind
483 wirklich so hängengeblieben in so'ner Welt so. Mit so bunten Wuschelhaargummis
484 und hier so die/ Also das ist echt, ne. Das man daran manchmal so sieht, ok die
485 haben einfach total viel verpasst von der Welt. Durch Haft, durch Drob.

486

487 I:Mhm (bejahend). Ja.

488

489 B: (..) Und wir machen das auch oft so, das therapeutische Modell, also das wir dann
490 auch mal sagen ,OK am Wochenende haben wir dort und dorthin einen Ausflug
491 gemacht, oder das haben wir gemacht'. Oder das man denen auch so über/ Also klar
492 das ist halt/ Also das man nix so, man kann das schon so umschiffen, dass man nix
493 Persönliches da von sich preisgibt. Aber das man sagt, ,Ok wenn ich jetzt in 'nen
494 neuen Sportverein komme, bin ich auch erst mal unsicher. Und dann mach ich aber
495 mit und weiß ok wir machen alle gerne Basketball und dann geht es'.

496

497 I: Ja.

498

499 B: Und (..) Sportspass ist immer 'ne gute Alternative, weil's halt nicht so teuer ist.
500 Und, ähm, es gibt ja von, ich weiß gar nicht, Therapiehilfe oder so, so Play Clean.
501 Also so'n Sportvereien, Sportangebot für ehemals Süchtige. Wo manche aber auch
502 sagen ,Ne ich will aber gar nix mehr mit den Leuten zu tun haben.' (..) Ja.

503

504 I: Also Angst davor haben, sich //gegenseitig auch wieder //(..) Gegenseitig
505 anstacheln.

506

507 B://Mhm (bejahend) Ja.// Angst vor welchen, die sie nicht verstehen und Angst vor
508 welchen, die sie wieder runterziehen.

509

510 I: Ja. Das ist ja auch ganz gut nachvollziehbar irgendwie. Ähm. du hattest auch eben
511 von der Adaptionsphase gesprochen. Und, ähm, inwieweit ist/ Wie lange geht die?

512

513 B: Vier Monate. Also sechs Monate Entwöhnung und vier Monate Adaption und
514 danach ist noch die Möglichkeit, dass die einmal wöchentlich zur Nachsorge kommen
515 können. Zum Gespräch.

516

517 I: Ah. Ich hatte das so verstanden, dass die Adaption mittlerweile ausgegliedert
518 wurde, Therapie ein bisschen gekürzt worden ist und das extra beantragt werden
519 muss.

520

521 B: Ja die muss extra beantragt werden. Also Therapie ist Standardzusage für sechs
522 Monate. Und dann MÜSSEN wir danach Adaption beantragen, ist ein anderer
523 Kostensatz, weil man eben ein anderes Leistungsangebot hat, ist aber hier im
524 Nebenhaus.

525

526 I: Achso.

527

528 B: Und ähm (..), wir versuchen in der Regel, dass wir auch die gleichen, oder wir
529 behalten von denen die hier sind die gleichen Bezugstherapeuten. Das man so in der
530 Thematik drin ist. Es gibt aber auch, ähm, im Moment ist die Hälfte unserer
531 Adaptionspatienten von anderen Einrichtungen. Die halt in Hamburg Adaption
532 machen wollen, um sich hier zu integrieren. (..) Ähm. Genau wir müssen eben nach
533 der Entwöhnung auch praktisch einen Abschlussbericht schreiben. Also es werden
534 getrennte Maßnahmen, obwohl die so ineinander überfließen. Wir bereiten in den
535 letzten Wochen der Entwöhnung/Informieren wir uns schon mal über Praktika und
536 stellen so ´nen Plan auf, für die Adaptionsphase.

537

538 I: Und hier ist es aber so Gang und Gebe, dass die Adaption immer anschließt? Oder
539 wird das nur manchen Klienten geraten?

540

541 B: Es wird ALLEN geraten.

542

543 I: Allen geraten.

544

545 B: Ähm. Wirklich wollen tun es ein Drittel und wirklich schaffen dort anzukommen ein
546 Fünftel.

547

548 I: Oh okay. (...)

549

550 B: Ja oder ein Sechstel. Also es ist immer so die, die dann wirklich in der
551 Adaptionphase so ankommen, hier nach der Therapie, da weiß man schon. Also die
552 haben zum Beispiel ein höheres Selbstwirksamkeitserleben, die haben 'ne anderes
553 Verständnis für ihre Suchterkrankung, die sind einfach, ähm, gut so ein ganz, ganz
554 kleiner Bruchteil, die können sich einfach nicht lösen von uns, weil sie noch so hilflos
555 sind, ähm. Aber an sich ist das schon immer, ist auch 'ne ganz andere Arbeit in der
556 Adaption. Also man kann ganz andere Themen aufgreifen, die Gruppen sind anders,
557 es ist (..) Ja weniger (..) / Also eigentlich, vorher war's schon so, ich war ja noch im
558 Projekt Jork auch dabei und so. Das und da war das Adaptionshaus in Harburg und
559 da gab's schon auch viele Rückfälle bei den Adaptanten, oder die waren noch nicht
560 so weit oder kamen mit dieser Eigenverantwortung nicht zurecht und hier habe ich
561 das Gefühl, die die dann wirklich in der Adaption ankommen, die sind auch schon
562 recht stabil. (..) Und ja. Also ich hatte lange nicht mehr den Fall, dass jemand aus der
563 Adaption 'nen Rückfall hatte. Das passiert dann vorher.

564

565 I: Okay. Und, ähm, (..) Verwundert mich jetzt, weil ich hab mir das anders angelesen.
566 Also ähm, nach der Adaption ist dann auch noch 'ne Nachsorge möglich, die dann
567 ambulant läuft und die können sie auch mit euch hier machen?

568

569 B: (nickend zustimmend) Genau.

570

571 I: Okay. Und wie, muss die dann auch nochmal beantragt werden?

572

573 B: Die muss nicht beantragt werden. Also es gibt einmal die Möglichkeit das die sie
574 extern machen in Suchtberatungsstellen, dafür braucht man 'ne Beantragung, da
575 zahlt die DRV so'n Pauschalsatz, oder wir haben so'ne Zuwendungspauschale.

576

577 I: Achso.

578

579 B: Ja. Das wir immer so sagen. Wir müssen pro Jahr mindestens zwölf Leute in der
580 Nachsorge haben, dann wird einfach 'ne Pauschale ausgezahlt, die müssen wir aber
581 nicht extra beantragen.

582

583 I: Okay. Und ähm.

584

585 B: Wie hattest du es dir denn angelesen?

586

587 I: Also ich hab's mir angelesen, dass es halt/ ja das die Therapie eben verkürzt
588 worden ist auf sechs Monate. (.) Und, ähm, ich dachte, dass die Adaption und die
589 Nachsorge sich gleichkommen in den Themenbereichen. Aber ich wusste jetzt nicht/
590 Also ich hatte vor allen Dingen die ambulante Nachsorge von jhj halt nachgeguckt.
591 Und war mir irgendwie so, durch Flyer auch im Kopf. Und, ähm, hatte dann in euerm
592 Konzept gelesen, dass ihr eben diese Adaption auch noch anbietet und dachte, dass
593 das das gleiche wäre vom Angebot her.

594

595 B: Ah. Ja. Ne es gibt nochmal extra Nachsorge-Gruppen oder es gibt auch 'ne
596 ambulante Reha, Therapie. Also da gibt es so feine Abweichungen. Es gibt auch
597 welche die bei uns mit der Adaption fertig sind, dann bei jhj, weil sie da jemanden
598 kennen, die Nachsorge machen, dann dort wieder aufhören, doch wieder zu uns
599 kommen. Also das ist/ Ja. So'n bisschen variabel von den Modellen. Und
600 Therapieverkürzung ist in dem Sinne, dass vor ein paar Jahren 'ne Therapie für zwölf
601 Monate bewilligt wurde. Und dass die immer mehr halt eingestrichen wird, Gelder
602 sparen. Man kann (..) insgesamt, also wir rechnen dann immer mit 'ner insgesamt
603 Therapiedauer von zehn Monaten. Bestehend aus Entwöhnung und Adaption, kann
604 nochmal bis zu zwei Monate, also bis auf zwölf Monate verlängert werden.

605

606 I: Ah okay.

607

608 B: Aber auch das hängt ab, von welchem Kostenträger, wie oft der Patient schon
609 vorher 'ne Therapie gemacht hat, wie man es begründet.

610

611 I: Mhm (bejahend). (...) Okay. Ja und der Kostenträger der Adaption ist auch die
612 Deutsche Rentenversicherung? Weil da dachte ich das wäre, eine
613 Wiedereingliederungsmaßnahme.

614

615 B: Ne. Das ist, ähm, Paragraph zwölf, das wäre sowas wie die Clean WG. Es gibt
616 auch 'ne stationäre Nachsorge, das ist vielleicht das, was verwirrend ist (Lächelnd)

617

618 I: (Lächelnd) Ja.

619

620 B: Und das ist dann tatsächlich 'ne Maßnahme der Eingliederungshilfe. Und die hat
621 so ähnliche Ziele tatsächlich wie die Adaption. Also ich hab jetzt einen Klienten der
622 macht hier keine Adaption, sondern der macht eine stationäre Nachsorge. Ähm. (..) Der inhaltliche Unterschied ist tatsächlich, dass es bei der stationären Nachsorge
623 nochmal darum geht, mehr (...) ähm, Kompetenz in Fähigkeiten des Alltags, wie
624 versorg ich mich Geld, wie regel ich Ämtergänge, wie gehe ich/ wie integriere ich
625 mich im Freizeitverein, sowas ist. Und die Adaption wirklich Schwerpunkt hat, die
626 letzten Schritte, bevor sie wieder in Beruf starten.

627

628 I: Okay.

629

630 B: Also Adaption ist mehr berufsbezogen und 'ne stationäre Nachsorge mehr so
631 soziale Integration.

632

633 I: Ja. Und denkst du es wäre für die Rückfälligkeit eigentlich sinnvoll, dass so'ne
634 Nachsorge immer stattfindet?

635

636 B: Ja also ich glaube bei vielen, ist so lange wie möglich irgendwie eng im
637 Hilfesystem drin sein. Wir haben auch Patienten, die jetzt nach der Adaption noch 'ne
638 stationäre Nachsorge machen, wobei das oft eher den Hintergrund hat, dass sie
639 keine Wohnung gefunden haben. Und das dann natürlich ganz gut ist, dann haben
640

641 sie noch 'ne WG, haben auch noch Betreuung. Ähm. (...) Nachsorge an sich ist 'n
642 ganz, ganz Faktor für 'ne langfristige Abstinenz, egal ob stationär oder teilstationär.
643 Und man muss auch immer so ein bisschen abschätzen (..), die müssen auch mal
644 irgendwann auf eigenen Beinen stehen. Wann ist so der richtige Zeitpunkt?

645

646 I: Mhm (bejahend).

647

648 B: Und manche wollen halt dann ganz schnell in 'ne Nachsorge-WG und die
649 Erfahrung zeigt, je schneller jemand raus will, umso eher wird er rückfällig. Und wenn
650 die so anfangen, sich auf unsere Vorschläge einzulassen und zu sagen ‚Ja mach das
651 doch so, mach das so‘, dann ist das immer ein gutes Zeichen, dass sie auch wirklich
652 was verändern wollen.

653

654 I: Ok. Also wir hatten jetzt die Selbstwirksamkeit und, ähm, 'n Arbeitsplatz und die
655 soziale Situation und eben auch die Nachsorge, als so Einflussfaktoren. Glaubst du,
656 aus deiner Praxis so heraus, ähm (..), ist da noch was großer Bedeutung?

657

658 (...)

659

660 B: Die Dauer der Drogenabhängigkeit im Vorfeld. Also, die Cleanzeiten, die sie schon
661 mal hatten im Leben. (...) Die soziale Verstärkung und, was hier halt ein großes
662 Thema ist, ist die Impulskontrollfähigkeit. (..) Also (seufzt) lernen geduldiger zu
663 werden (..). Finde eins der Hauptthemen, womit man immer wieder berührt wird,
664 langfristige Bedürfnisbefriedigung. Das die (..), oft schon (..) also ich mach mit denen
665 immer mal so Übungen und dann kommt eigentlich raus, die meisten
666 Drogenabhängigen haben schon vor Entwicklung der Drogensucht nicht gelernt,
667 kurzfristige Bedürfnisse aufzuschieben, um langfristig was Besseres zu erreichen.
668 Also dieser //Kinderüberraschungs-Werbung, die gerade läuft//

669

670 I: //Ja, Ja.//

671

672 B: Da gab's auch viele Studien, ein so'n Experiment wo die das getestet haben in
673 'ner Langzeitstudie, wo sie rausgefunden haben, Kinder die (.) schon früh das nicht
674 schaffen nein zu sagen, weil sie langfristig mehr kriegen, werden mit 'ner

675 Wahrscheinlichkeit von, was weiß ich, achtzig Prozent eher Drogenabhängig. Also
676 ganz, ganz gravierende Zahlen.

677

678 I: Okay.

679

680 B: Und, dass wir hier auch unsere Aufgabe darin sehen nicht auf jedes unmittelbare
681 Bedürfnis der Patienten drauf zu reagieren. Also es muss ja immer alles jetzt sofort
682 und warten geht gar nicht. Und das zu unterbrechen ist jeden Tag mit Konflikten
683 verbunden und ist auch ganz stark personenbezogen. Also einer der
684 Hauptteamkonflikte, weil manche das einfach leichter aushalten, den Ärger der
685 Patienten und manche immer denken ‚Ja ich kann ja auch verstehen, wenn der jetzt
686 gerade raus will‘ und so weiter. Aber es ist, ich bin auch so. Also ich bin je nach
687 Stimmung, manchmal hab ich einfach keine Lust mich dem Stress auszusetzen und
688 lass dann, reagiere dann schneller. (..) Es ist aber total wichtig. Also wenn sie dann
689 mal lernen, ‚ok es kann auch bis morgen warten und ich kann das auch hinkriegen‘
690 und dann auch wieder in Kombi mit der Selbstwirksamkeit, ‚Ich glaub auch, dass ich
691 es morgen schaffen kann‘.

692

693 I: Ja.

694

695 B: Ja und diese genau Impulskontrollstörung ‚Ok ich will jetzt ein anderes Gefühl
696 erreichen‘. Also Emotionsregulation ist eigentlich, geht da mit rein in die
697 Impulskontrollfähigkeit.

698

699 I: Glaubst du da spielt auch Traumata eine große Rolle? Also, wie ...

700

701 B: Ich glaub es gibt mehr noch versteckte Traumata über die viele Patienten nicht
702 sprechen, oder was man erst so im Verlauf rausbekommt, dass da ‚ne
703 Traumatisierung stattgefunden hat. Aber klar. Also eigentlich alle, die hier ‚ne
704 Traumafolgestörung haben, haben Drogen benutzt um Bilder zu verdrängen, um
705 Emotionen zu regulieren. Das ist ähm klar. Und wir machen hier schon, also wir sind
706 ja eigentlich hier alles fast approbierte Verhaltenstherapeuten, wir haben alle ‚ne
707 Ausbildung auch noch Traumatherapie mit drin gehabt, eine Kollegin macht jetzt
708 nochmal so ‚ne spezielle EMDR Ausbildung, so ‚ne extra Traumatherapie und (..) wir

709 gucken schon, dass wir in den Einzelgesprächen eigentlich uns viel mehr mit den
710 psychischen Belastungen drum rum auseinandersetzen. Also da ist einfach/ Soweit
711 sich die Patienten drauf einlassen, läuft da halt 'ne klassische Psychotherapie
712 parallel zu dem speziellen Sucht- und Rehaangebot.

713

714 I: Okay. (...) Ähm ich hatte da 'ne Studie gesehen, dass, ähm, stark traumatisierte
715 oder auch, da gingen auch Faktoren, wie jetzt Haftbefahrungen mit rein. Das Leute,
716 die lange Haftbefahrungen hatten, auch eher 'ne Therapie abgebrochen haben.
717 Könnt ihr sowas auch nachvollziehen?

718

719 B: Ja. Also wir haben ja viele aus der Haft und (seufzt) Standardbefahrung, jemand
720 der lange in Haft war, kommt hier her, nahtlos, und hat hier eigentlich Freiheit, aber
721 irgendwie doch nicht, weil wir ja eingeschränkte Ausgangszeiten haben. Wird SEHR
722 schnell rückfällig, bricht auch schnell ab, weil die einfach mit dieser Halb-Freiheit
723 noch nicht umgehen und ich denke irgendwie immer, die sollten nach 'ner Therapie,
724 (lächelnd) ist meine persönliche Meinung, erst mal ein halbes Jahr nochmal schön in
725 die Szene rein, dass sie merken ‚will ich das oder will ich nicht?‘

726

727 I: Mhm (zustimmend).

728

729 B: Mhm. Ja und ob jemand jetzt lange in Haft war oder lange am Drob stand, beiden
730 wird ja halt so'n Stück der selbständigen Lebensbewältigung genommen.

731

732 I: Mhm (bejahend).

733

734 B: Und, ähm, (...) ja. Naja und das sie halt, also gerade die lange in der Haft waren,
735 haben zum Beispiel totale Schwierigkeiten sich auf individuelle Behandlung
736 einzulassen. Also das sind die, die am längsten in Haft waren, machen am meisten
737 die Klappe auf, wenn wir mit 'nem Rückfall bei dem einen anders umgehen als bei
738 dem anderen. Weil die kein Verständnis mehr haben für diese psychischen
739 Prozesse. Also das ist ganz oft schwer an diese Hintergründe ranzukommen. Ja. Da
740 kommt man therapeutisch ganz schwer hin.

741

742 I: Ja das glaub ich. Ja. Ja von mir war's das jetzt an Fragen (..) eigentlich. Hast du
743 noch irgendwas, was dir noch ganz spontan zum Thema Rückfall einfällt? Sprecht ihr
744 eigentlich von Rückfall oder von Vorfall oder?

745
746 B: Wir sprechen von Rückfall und, also diese Rede von Vorfall, ähm, kenne ich noch.
747 Ich habe auch mal in 'ner Alkoholreha gearbeitet und da war das Gang und Gebe. (.)
748 Ist hier nicht unser Sprachgebrauch und (..) ist jetzt. Bin gerade jetzt noch mit einem
749 Ex-Patienten von uns in Kontakt, der jetzt wieder nach langer Cleanzeit im NOX
750 gelandet ist und wo wir jetzt eben da mit allen Händen dran arbeiten, den so schnell
751 wie möglich in 'ne Entgiftung zu bringen, also um halt diese Rückfall ganz schnell zu
752 unterbrechen.

753
754 I: Ja.

755
756 B: Und kennst du wahrscheinlich? (lachend)

757
758 I: Ich hab mich da heute mit jemandem unterhalten (lachend). Also das ist so/ //Muss
759 er ja nicht sein.//

760
761 B: //Wird er wahrscheinlich sein.// Ja und das sind halt einfach solche Fälle, das ist
762 halt dann (.) schade, aber es hat sich auch angebahnt, weil einfach so zwei, drei
763 große Belastungsfaktoren (..) vorhanden waren bei Entlassung und das einfach nicht
764 ausgereicht hat. (..) Ähm. Was fällt mir noch spontan ein? Also es ist (..) glaube ich
765 schon, dass dominanteste Thema auch subtil in der Therapie. Weil es einfach ganz
766 viel beeinflusst, und ich glaube das, was es eben am Schwierigsten macht ist so die
767 verschiedene Haltung, oder die verschiedene Abstinenz-Motivation der Patienten
768 und demzufolge auch der unterschiedliche Umgang mit Rückfällen, ne?

769
770 I: Mhm (bejahend).

771
772 B: Und ja wie gesagt ist halt im Moment da immer wieder dieses Spice-Thema und
773 das ist ganz eklig, also, weil man sie halt nicht zu fassen kriegt und (..) ja.

774
775 I: Das wusste ich vorher gar nicht, dass Spice irgendwie auch so aktuell ist.

776

777 B: Immer wieder. Und es ist halt dann/ Die können die Leute/ Also wenn jemand jetzt
778 zu uns sagt ‚Bei dem hier hab ich gesehen, der hat dann und dann geraucht, da war
779 ich dabei, da leg ich die Hand für ins Feuer‘, dann würden wir den anderen auch
780 entlassen. Aber wenn jemand sagt ‚Ja ich bin mir sicher die und die, die nehmen
781 immer mal was‘, dann kann man darauf nicht reagieren, dann können wir halt die
782 nochmal testen, dann finden wir nix raus und die lachen sich ins Fäustchen und das
783 ist natürlich auch in der Dynamik uns gegenüber schwierig.

784

785 I: Ja das glaube ich. (...) Ist es auch so, dass, ähm, wenn jetzt jemand hier rückfällig
786 geworden ist, nicht auf dem Klinikgelände und es gleich gemeldet hat, dann wird's ja
787 auch in Gruppen besprochen. Ähm was löst das für 'ne Dynamik bei den anderen
788 aus?

789

790 B: Das ist ganz interessant. Also das hängt so davon ab wie der sonst in der Gruppe
791 integriert ist, wie die Gruppe generell zu ihm steht. Der wievielte Rückfall das ist und,
792 ich finde man merkt immer bei so Rückfallbearbeitung, wo ganz wenig Resonanz
793 kommt liegt eigentlich der Verdacht nahe, dass sie schon länger heimlich konsumiert
794 haben und dann irgendwann gedacht haben ‚Ok ich krieg‘ jetzt nur die Kurve indem
795 ich das unterbreche‘ und die dann halt irgendwann einfach rausfahren, von außen
796 anrufen und dann so tun als wäre es ein ganz akuter Konsum. Also man merkt an
797 der Reaktion der anderen, ob da was faul dran ist. Manchmal sind die total
798 mitfühlend und sagen ‚Oh man, das kann ich voll verstehen und komm doch das
799 nächste mal und ich guck jetzt mit nach dir‘. (..) Und manche, der zum Beispiel der
800 so überheblich ist, wenn wir jetzt von einem den zweiten Rückfall besprechen, dann
801 würd er sagen ‚Oh ich kann dazu nix sagen, wer zweimal rückfällig wird ist selber
802 doof‘ .

803

804 I: Okay.

805

806 B: Ja. (..) Das ist, ist ganz, ganz abhängig von der aktuellen Gruppensituation. Also
807 von der Gruppendynamik. Wir haben ja drei verschiedene Bezugsgruppen und, ähm,
808 auch da ist es nochmal ein Unterschied. Also ich hab die Gruppe mit den, äh,
809 Impulskontrollgestörten, die in der Regel auch deutlich dissozialer sind und so. Und

810 da ist oft wenig Empathie untereinander (lächelnd) zu spüren, das kann aber auch
811 mal in andere Gruppen schwappen. 'Ne andere Gruppe hat 'n Thema im Moment als
812 Dauerthema, wir müssen solidarischer untereinander sein, unsere juckt das sowas
813 alles gar nicht. Also das ist (..) ja. Sehr personenbezogen und Grundstimmung.
814 Manchmal total hilfreich, dass die anderen wirklich aktiv Ideen sammeln, wie sie
815 helfen können, manchmal sehr passiv, manchmal sehr fürsorglich oder mitfühlend.

816

817 I: Und kann das auch dazu führen, dass so'ne richtige Rückfallwelle losgetreten
818 wird?

819

820 B: Mhm. Das passiert durch diese heimlichen Rückfälle.

821

822 I: Ahja.

823

824 B: Das dann Rückfallwellen, also nicht wenn einer Rückfall bearbeitet, ist eigentlich
825 eher sowas Schützendes. Weil sich die Leute trotzdem nochmal Gedanken drüber
826 machen. Aber so heimliche Rückfälle, wenn jemand mitkriegt der nimmt was, ‚Ach
827 dann kann ich ja auch was nehmen‘. Dann vertuscht er es und (..) ähm, was hatte ich
828 gerade noch? (...) Ja also das man dann irgendwie rausfindet, es wurde die ganze
829 Zeit heimlich konsumiert und nach und nach fallen alle auf.

830

831 I: Ok.

832

833 B: Und dann ist es manchmal wenn wir so'n Eindruck haben, dann versuchen wir
834 immer durch die Blume zu vermitteln ‚Naja, manchmal kann's ja sein, dass man
835 irgendwie schon so reingerutscht ist und nicht mehr weiß, wie man da raus kommt,
836 auch da gibt es die Möglichkeit, mal einfach das Gelände zu verlassen und uns
837 anzurufen und zu sagen ‚ich bin jetzt akut rückfällig geworden‘ weil dann kann man
838 zumindest noch unterbrechen und offiziell war es dann ja ein aufgemachter Rückfall.
839 also wir versuchen denen dann Brücken zu bauen.

840

841 I: Okay. (..) Ich fand das auf jeden Fall total aufschlussreich.

842

843 B: Ja?

844

845 I: Ja, sehr. Passt auch wirklich gut zu dem, was ich so in der Literatur recherchieren
846 konnte, auch wenn da viele Sachen schon sehr alt waren und, ähm, macht ja
847 irgendwie immer mehr auch deutlich, dass (..) ein Rückfall eben in den Prozess dazu
848 gehört auch. Und auch gerade was du jetzt zum Schluss gesagt hast, dass es ganz
849 wichtig ist es das zu thematisieren und nicht zu verheimlichen und das eher dazu
850 führt/

851

852 B: Mhm (bejahend). Ja es ist ja mit einer der Hauptmechanismen in der Sucht, dass
853 die ein //Verheimlichungsmuster//

854

855 I: //Vertuschen. Ja.//

856

857 B: Vertuschungsmuster haben. Und, ich hab. Ich weiß dass, ich/ Also dann rufen die
858 manchmal an und total schambesetzt und dann sind wir alle so, wirklich so, so
859 Cheerleader-mäßig so ‚Hey und cool dass du anrufst und wie schön‘ und jemand
860 kommt aus dem AKO zurück und ‚Wie schön dass du wieder da bist‘. Also wir
861 versuchen den dann auch ganz viel Bindung zu vermitteln.

862

863 I: Ja.

864

865 B: Und das macht's dann auch für die Patienten leichter.

866

867 I: Ne also passt wirklich gut auch zu dem was ich auf der Arbeit erleb. Ähm. Ja klar
868 auch gerade so bestimmte Verhaltensweisen, die ich auf der Arbeit auch viel
869 beobachte, diese Impulskontrolle. Und alles ganz schnell und stressig und (.) Alles
870 muss sofort und, äh, da hab ich gar nicht so drüber nachgedacht, dass sich das auf
871 den Konsum natürlich auch auswirkt. Ja schon //sehr irgendwie//.

872

873 B: //Ja das ist ja weißt du//. Dann haben sie irgendwie 'ne Kränkung oder Stress und
874 dann müssen sie sofort halt ein anderes Gefühl herstellen.

875

876 I: Mhm (zustimmend).

877

878 B: Und jetzt so der aktuellste Rückfall, der gerade halt jetzt gestern zurückgekommen
879 ist aus dem AKO, der hat (..) Ist immer so WAHNSINNIG in so Selbstmitleid
880 versunken und so so'n Gedanken ‚Ich schaff das niemals‘. Also auch null
881 Selbstwirksamkeitserwartung und der hat dann irgendwann gesagt er hat mit sich
882 dann irgendwie so'n Deal geschlossen mit seiner inneren Stimme ‚Okay jetzt noch
883 einmal und dann ist aber auch gut‘. Also der hat das so als Abschluss benutzt. Ich
884 hoffe dass das funktioniert für ihn. Ähm. (.) Ja.

885

886 I: Ok. Also ich bedanke mich für das Gespräch, es war wirklich sehr aufschlussreich.
887 Vielen Dank.

4. Transkript ambulante Nachsorge *jugend hilft jugend*

1 I: Also ich hab das Interview in drei Teile aufgegliedert, so. Der erste Teil sind eben
2 allgemeine Angaben, dann geht es um das Rückfallverständnis (.), eben wie gesagt,
3 wie Rückfall ausgelegt wird und zum Schluss geht's um Einflussfaktoren auf die
4 Rückfälligkeit (..). Ok, ähm. (..) Ihren Namen, das kann ich auch später noch
5 eintragen. Äh, in welcher Funktion genau sind Sie bei jhj?

6
7 B: Also ich bin, hab mehrere Funktionen. Meine Hauptfunktion ist, ich bin Leiter von
8 dem Fortbildungsinstitut (..) für Drogen und Aids, also HIDA.

9
10 I: Mhm (bejahend).

11
12 B: Und, äh, mein zweiter Job den ich hier mache, ich leite die, das
13 Nachsorgeangebot, bei jugend hilf jugend. Also, ähm, Gruppe und Einzel für Klienten
14 die ja 'ne stationäre Maßnahme beendet haben, oder teilstationäre Maßnahme und
15 machen dann bei mir ambulante Nachsorge (.) Ambulante Nachsorge Reha, Sucht.

16
17 I: Okay, und seit wann machen Sie das? Also speziell jetzt in der Nachsorge?

18
19 B: In der Nachsorge? Also speziell mach ich die Nachsorge jetzt so 25 Jahre und äh
20 war dazwischen eine Pause, Nachsorge dann haben andere Kollegen dann
21 übernommen. Und, äh, jetzt mach ich die wieder seit zwei Jahren. (..) Pause dann
22 fünf Jahre oder sechs Jahre Pause.

23
24 I: (lächelnd) Ja ok. Das ist aber auf jeden Fall eine //lange Zeit schon//.

25
26 B: //Auf jeden Fall lange mit dem Thema zu tun//.

27
28 I: Gut.

29
30 B: Und deswegen, weil ich ja lange dabei war und, äh, hab ich das jetzt wieder
31 übernommen. Weil eben Nachsorge doch was Spezielles ist. Ne, also das ist ein
32 anderes Setting, als (.) äh stationär oder teilstationär Leute, wo man mehr Kontakt

33 mit den Menschen hat. In der Nachsorge ist es ja doch, äh, ein, ja nicht so intensiver
34 Kontakt.

35 I: Ja. Ja. Ähm. Ja die erste Frage wäre ganz allgemein jetzt erst mal, welchen Raum
36 das Thema Rückfälligkeit in der Nachsorge einnimmt.

37

38 B: (..) Also (...) Zeitmäßig, oder?

39

40 I: Ja allgemein/ Zeitmäßig, //Wie oft?//

41

42 B: //Ob's überhaupt 'n Thema ist?//

43

44 I: Ich geh' davon aus, dass es 'n Thema ist. Also in der Therapie ist es ja auf jeden
45 Fall ein Thema so. Und, ähm, in der Nachsorge kann ich, also soll ja eigentlich auch
46 versucht werden die Sachen, die in der Therapie gelernt worden, äh, im Alltag dann
47 anzuwenden. Und deswegen gehe ich davon aus, das der Wunsch abstinent zu
48 bleiben nach wie vor, ähm, in der Nachsorge wahrscheinlich ein Thema sein wird.

49

50 B: Also es ist sofort ein Thema. Es ist ein ganz zentrales Thema, weil natürlich das
51 erste in der Einrichtung, äh, wird sozusagen die Abstinenz von außen ja überprüft. (.)
52 Die Verantwortung, ob jemand, äh, abstinent ist oder nicht, äh, ist ja oft in den
53 Einrichtungen so, dass es über Kontrollen von außen sozusagen wird ja so ein Druck
54 aufgebaut, ne? Und die Person ist nun im ambivalenten Zustand. ‚Konsumiere ich,
55 dann flieg' ich raus oder konsumier ich nicht, dann kann ich bleiben'. (.) Ähm in der
56 Nachsorge ist das sofort das Thema, sie kommen raus und haben das Gefühl ‚Oh,
57 ich darf ja jetzt, es passiert ja NICHTS MEHR'. Ich kann einmal/ Das ist eigentlich
58 immer 'n zentrales, äh, äh, Thema. Und ein Großteil wird auch erst mal rückfällig.

59

60 I: Okay.

61

62 B: Konsumiert. Immer die Frage was ist Rückfall? Jemand ist, äh, heroinabhängig,
63 trinkt dann Alkohol. Ist das Rückfall? (..)

64

65 I: Das wäre auch meine //zweite Frage.//

66

67 B: //Das ist da dann// auch immer ein Thema für die, die sagen ‚Ja, ne ich bin aber
68 jetzt mit harten Drogen rückfällig geworden‘ oder ‚Ich hab nicht gekiffert, sondern ich
69 hab Bier getrunken und das ist für mich kein Rückfall‘, sagen die dann.

70

71 I: Okay.

72

73 B: Und daran üben wir dann auch ob das ein Rückfall sein könnte oder (.) ob es kein
74 Rückfall ist.

75

76 I: Ja.

77

78 B: Das ist dann auch immer 'n Gruppenthema und äh auch ein Einzelthema. Also
79 das nimmt ein großen Raum ein. (unverständlich) Also wir machen das dann generell
80 in Gruppen überhaupt das Thema, was ist Rückfall? Jetzt nicht an der einzelnen
81 Person, sondern, äh, nochmal über den Umgang dann auch mit Rückfall. Also ein
82 ganz wichtiges Thema der Nachsorge ist immer, ähm, (..) das Rückfall nicht auch
83 gleichzeitig Versagen ist. Früher war das ja so du bist rückfällig, ja wieder mal
84 versagt. Äh, gleiche Runde, in Beratungsstelle wieder neu starten. Äh (.) Landet
85 dann im Drob Inn und dann war's das erst mal. Sondern, äh, (.) wir arbeiten mit der
86 Rückfälligkeit. Also da auch, dahin zu kommen, zu sagen, das nicht mehr als
87 Versagen zu sehen, sondern das gehört dazu. Und äh, schön wenn jemand nicht
88 rückfällig wird, aber wenn jemand rückfällig wird, ist es auch in Ordnung.

89

90 I: Und wie sehen die Klienten das? Also haben die auch dieses Rückfallverständnis
91 in dem Sinne, dass sie sagen ‚Ok es gehört dazu, ich hab daraus jetzt gelernt.‘ Oder
92 sehen sie es schon eher noch als eigenes Versagen, wenn das jetzt zum //Thema
93 kommt//?

94

95 B: //Also wenn sie// aus den Einrichtungen kommen ist es immer ganz stark als
96 Versagen, hm. ‚Ich war jetzt so lange clean und jetzt bin ich (.) rückfällig geworden.‘
97 Die nutzen auch immer den Wort rückfällig.

98

99 I: Hm.

100

101 B: Und, äh, und nicht ‚ich hab konsumiert‘. (..) Ein anderer Blick, ein anderes Gefühl,
102 wenn man sagt ‚Ja, ich hab jetzt konsumiert und ich hab Alkohol getrunken‘ heißt ‚Ich
103 bin jetzt rückfällig, jetzt ist wieder alles vorbei, jetzt fang ich wieder von vorne an‘.
104 Und, äh, das, äh, versuchen wir dann in der Gruppe oder mit den Gesprächen
105 dadraüber, ein Gefühl dafür zu bekommen, das wir sagen ‚Nein, es ist, äh, es ist
106 anders. Wir können offen drüber reden, es ist jetzt eben nicht versagt, sondern er hat
107 konsumiert‘. Und das zieht bisher (..) Um nicht nur zu gucken warum, wieso,
108 weshalb, sondern, ‚Was heißt das für mich jetzt weiter? Was passiert jetzt? Was
109 brauch ich?‘ Um vielleicht nicht wieder in die alte Spirale zu kommen. ‚Welche
110 Unterstützungen brauch ich um das hinzubekommen?‘ Und das klappt eigentlich
111 dann ganz gut.

112

113 I: Mhm (zustimmend).

114

115 B: Und so gegen Ende der Nachsorge sind dann viele dabei die dann, dann mit ’nem
116 ganz anderen (unverständlich) haben.

117

118 I: Und Sie haben jetzt gesagt, dass das dann nicht unbedingt nur um die Problem-
119 Droge geht, an sich, sondern allgemeinen auch ein Bier trinken oder so. Das sie
120 vorher die Forderung der Abstinenz ja auf alle möglichen Drogen verteilt war und,
121 ähm, wie wird das thematisiert? Wenn jetzt jemand, der vorher halt primär Heroin
122 konsumiert hat, jetzt ’n Bier getrunken? Wie/ Wird das überhaupt thematisiert? Also
123 erzählen die das? Oder?

124

125 B: Also sie erzählen das und, äh, dann ist eigentlich immer das Thema, ähm. Ja wie
126 ist dann der Umgang mit dem Bier? Also entsteht da ein ähnlicher Umgang wie mit
127 der vorherrschenden vorher Major-Droge, die man da benutzt hat. Äh und, oder
128 entsteht eben/ Ist das jetzt, hm, also ich nenn das jetzt mal ein normaler, sag ich jetzt
129 mal, Gesellschaftstrinker, Genusstrinker, äh, und kann das gut steuern. Oder (..) ist
130 es nicht so?

131

132 I: Mhm (zustimmend).

133

134 B: Und dann merken die Klienten unterschiedlich. Also es gibt welche, die können
135 das gut steuern. Es gibt aber auch Klienten, wo es da sozusagen ein, ein alternativ,
136 äh/ wird dann plötzlich zu 'ner Alternativ-Geschichte. Also die Gefahr dann, wenn
137 jemand vorher mit harten Drogen in der Therapie war, kann es natürlich sein, dass er
138 dann umsteigt auf Alkohol.

139

140 I: Und wird dann Suchtverlagerung auch thematisiert?

141

142 B: Genau, das wird dann thematisiert. Also die merken es dann ja selber, dass sie,
143 ähm, Verhalten dann an den Tag legen, die sich wieder sehr ähnlich sind wie vorher.
144 Das Suchtverhalten. Also Konsumsteigerung, negative Dinge in Kauf nehmen, Arbeit
145 zu verlieren, nicht mehr aufstehen zu können, Kontakte zu verlieren. Also eher, also
146 das Thema ist ja eher, nachher auch in der Nachsorge, nicht mehr nur an der
147 Substanz zu arbeiten, sondern daran zu arbeiten, was, was macht die Substanz
148 eigentlich mit einem? Also was/ Die negativen Folgen. Gilt die (unverständlich) und
149 muss ich klauen gehen, muss ich, äh / Das sind immer viele Themen, die da eher so.
150 Komm mit ihrem Geld klar.

151

152 I: Ja stimmt. Ähm (..) Also wir hatten ja das Rückfallverständnis. Ich hab/ Ich benutzt
153 in der Literatur wird auch immer von Rückfall gesprochen, deswegen spreche ich
154 auch immer von Rückfall und, also unabhängig jetzt von einer Wertung. Ähm, (..) Hm.
155 Ja was denken Sie denn inwieweit das eigene Rückfallverständnis, was
156 Klientinnen und Klienten mitbringen zu Ihnen auch (..) wieweit sich das darauf
157 auswirkt, wenn sie jetzt einen Rückfall haben, wie das weitergeht. Also so'ne Art self-
158 fullfilling-prophecy. Ähm ,Ich hab versagt und ich kann dagegen jetzt gar nichts tun,
159 deswegen konsumiere ich immer weiter und es folgt ein massiver Rückfall'. Also die
160 eigenen Konsumgewohnheiten werden aufgenommen wieder. Ähm. Oder / Also ja
161 wirkt sich das aus, können sie sowas merken? Dass Leute, die eben das eher als
162 eigenes Versagen ansehen auch eher massiv rückfällig werden?

163

164 B: Ja. Ja. Gibt andere die das nicht als Versagen nehmen. Die haben dann eher so
165 die Chance 'nen anderen Umgang damit zu finden. Also relativ schnell / Viele wollen
166 ja auch konsumieren, weil sie sagen ,Also dies, dieses Gefühl zu haben: Oh ich darf

167 nie wieder, ist ein komisches Gefühl.' Und sie sagen ‚Einmal nochmal‘. Oder
168 irgendwie der Wunsch es kontrolliert zu machen ist immer noch da.

169

170 I: Ja.

171

172 B: Und äh, das ist dann ein Thema eben in der Nachsorge weil sie natürlich in der
173 Nachsorge auch konfrontiert werden, äh (..) / Vorher in der Maßnahme wo sie waren
174 sind alle irgendwie gleich. Äh, sozusagen außerhalb der Maßnahme werden sie
175 konfrontiert, dass Leute kontrolliert konsumieren können. (..) Und, äh, damit, mit
176 dieser Konfrontation, äh, das ist dann oft ein ganz starkes Thema. ‚Warum kann ich
177 nicht kontrolliert konsumieren?‘ Kognitiv verständlich, haben sie ja in der Therapie
178 gelernt ‚Aha geht nicht, weil ich bin ja süchtig‘. Ähm, gefühlsmäßig ist es aber gar
179 nicht angekommen. Gefühlsmäßig sehen sie die andere Person kann das. (...) und
180 die Vorstellung ‚Wieso kann ich das jetzt nicht mehr?‘ Ist doch auch kein / also so,
181 das, dass äh / Also gerade so wenn es darum geht so / Bei Heroin ist es nochmal
182 was anderes. Heroin ist so'ne Droge wo dann viele sagen ‚Das weiß ich, das geht
183 nicht mit kontrolliert‘. Aber bei allen anderen Sachen. Bei Koksen, bei THC rauchen
184 oder, äh, ein Bier trinken, ‚Muss man doch können‘. ‚Oder mal ein Alster, muss doch
185 möglich sein‘.

186

187 I: Ja.

188

189 B: Also das sind, das sind die Themen hauptsächlich. Sozusagen dieser Wunsch,
190 äh, das machen zu wollen, äh, die kriegen das auch ganz gut hin dann. Probieren es
191 aus und merken es klappt nicht. Die anderen, die oft sehr streng sind, die sagen ‚Ich
192 darf nicht, ich darf nicht, ich darf nicht‘. Werden dann rückfällig, interpretieren es
193 dann alles auf dieses Versagen. ‚Ich hab davor gehört ich darf nicht, ich darf nicht,
194 ich darf nicht‘ und irgendwann war der Druck so groß, dass sie es dann doch tun. (..) Und
195 dann ist oft die / Dann sind sie auch sehr schnell wieder einzufangen erst mal,
196 holen sich dann schwer Hilfe wieder. Ähm, müssen erst mal wieder abstürzen.

197

198 I: Mhm.

199

200 B: (..) Und sind dann eine Woche wieder voll-Konsum und dann (..) wird wieder.
201 Dann müssen sie wieder 'ne Entgiftung machen also brauch dann auch oft wieder
202 den, äh, den Break, den sie selber nicht mehr setzen können. Also das sind beide.

203
204 I: Ja. Okay. Ähm (...) Ja dass jemand wieder konsumiert ist ja, liegt ja nicht nur an
205 der Substanz an sich, sondern eben aufgrund ganz vieler anderer Einflussfaktoren.
206 Stress oder oder oder. Und, ähm, ich hab durch Auswertung von Studien bin ich jetzt
207 auf ein paar besonders markante, oder auch aus eigener Erfahrung wo ich dachte
208 ‚Ok, äh, da würd ich jetzt sagen das sind irgendwie Dinge, die auf jeden Fall das sehr
209 beeinflussen können‘. Und, genau da würd ich ganz gerne auch Ihre Meinung zu
210 hören. Ähm. Zum einen wäre das, inwieweit sich das Vorhandensein von einem
211 Arbeitsplatz darauf auswirkt, ob Leute rückfällig werden, oder wie sie rückfällig
212 werden. (.) Was da Ihre Meinung zu ist.

213
214 B: Äh, ich glaub in der Literatur steht, dass das ganz wichtig ist. Also das Arbeit, äh,
215 vor Rückfall schützt. Ähm aus meiner Erfahrung (..) kann ich das nicht sagen.

216
217 I: Okay.

218
219 B: Also. Ich hab jetzt gerade auch in der Nachsorge 'ne ganze Menge die keine
220 Arbeit haben. (...) Und ähm, die sind jetzt nicht rückfallgefährdet, äh, also über die
221 Arbeit. Ich denk mir Arbeit kann schon ein haltgebender Faktor sein. Aber umgekehrt
222 kann Arbeit auch so Stress, Stressfaktor sein oder ein Unzufriedenheitsfaktor, dass
223 auch wider bedingt. Also ich denke so einfach ist es nicht. Arbeit, äh, schützt vor
224 Konsum. Sondern es muss andere haltgebende Faktoren geben.

225
226 I: Mhm (zustimmend).

227
228 B: Ähm, (..) Irgendwas, also das was da auch steht eben Selbstwertgefühl oder 'ne
229 entsprechende Lebensqualität, äh, 'ne Sinnhaftigkeit, etwas zu tun zu haben. Was
230 jetzt vielleicht nicht immer nur mit Arbeit verbunden ist.

231

232 I: Nur nicht, aber kann Arbeit nicht auch dazu beitragen, das, ähm, dass das
233 Selbstwertgefühl gesteigert wird, weil man weiß, //wofür man morgens aufsteht,
234 oder.//

235
236 B: Würd ich so sagen, wenn man 'ne geeignete Arbeit hat. Aber das Problem ist ja,
237 das ein Großteil der Klienten, die wir haben, auf dem ersten Arbeitsmarkt relativ
238 große Schwierigkeiten haben. (..) Und, ähm, (..) Ja. Die meisten haben keine Arbeit.
239 Sind entweder in irgendwelchen Maßnahmen oder in Arbeiten, die sie nicht gut
240 finden. Die nicht die Wunscharbeit sind, sondern die sie machen müssen. Und äh,
241 von daher ist es jetzt nicht immer nur haltgebend.

242
243 I: Mhm (zustimmend).

244
245 B: Ja. Wenn es vielleicht 'ne Arbeit wär, die sie wollen, oder die erster Arbeitsmarkt
246 ist, dann vielleicht ja. Aber die meisten die ich, die bei uns in der Nachsorge sind,
247 liegt vielleicht auch daran, wir sind eben auch 'ne Einrichtung, die mit Menschen zu
248 tun hat, die jetzt nicht nur, ähm, die besten Sachen mitbringen. Also viel
249 Hafterfahrung, Prostitutionserfahrung, ähm (..) ja. Obdachlosigkeit. Da sind andere
250 Dinge erst mal wichtig.

251
252 I: Ja klar.

253
254 B: Und das Thema Arbeit ist ein ganz schwieriges Thema.

255
256 I: Mhm (bejahend). (..) Ok. Meine nächste Frage wäre auch darauf bezogen. Ähm, da
257 weiß ich jetzt nicht in wieweit das zutrifft. Ähm, ob's 'ne Kooperation mit Jobcentren
258 gibt? Oder wie eng die Zusammenarbeit da ist, oder wird das gar nicht so fokussiert?
259 Die Wiedereingliederung in Arbeitsmarkt.

260
261 B: Doch ist 'n immer zentrales Thema. Natürlich in der Nachsorge geht's auch
262 darum, zum einen, weil natürlich auch die meisten HARZ IV sind. Und äh, da geht's
263 schon auch darum, es sind ja nun stationäre Maßnahme oder auch teilstationär ist
264 jetzt zu Ende. Das heißt es ist ganz klar, kommt ja auch der Druck vom Arbeitsamt,
265 äh, von den Jobcentren, dass die, ähm, etwas machen sollen. Maßnahme, das

266 unterstützen wir ja auch in der Nachsorge. Sind auch wieder, das ist ein wichtiger
267 Punkt. Also die Integration wieder. Ähm, ob das vor der Rückfälligkeit schützt ist ein
268 anderes Thema nochmal. Aber, ähm, das ist ein zentrales Thema in der Nachsorge.

269

270 I: Okay. Wie würden Sie denn die soziale Situation ihrer Zielgruppe beschreiben?
271 Also wir haben ja jetzt schon gesagt. Klar, die meisten waren harddrogenabhängig,
272 oder sind, äh, obdachlos immer noch, oder waren's lange Zeit. Ähm, wie ist da die
273 soziale Situation, wenn sie aus einer Therapie kommen?

274

275 B: Also letztendlich, äh (..) Die meisten, die ich jetzt in der Nachsorge, oder aus den
276 Erfahrungen in den langen Jahren, ähm, haben keine oder ganz, ganz wenig neue
277 soziale Bindungen geknüpft. Meistens ist es dann / Werden alte familiäre Bindungen
278 wieder aufgenommen, als haltgebendes Element. Und äh, es sind meistens eben
279 auch Verbindungen aus den Therapien. (..) Also wenn vielleicht noch was Positives
280 sind. Oft ja eben auch noch Verbindungen eben aus dem Szeneleben.

281

282 I: Mhm (zustimmend).

283

284 B: Ähm die wenigstens, und das ist dann auch oft ein zentrales Thema in der
285 Nachsorge und das ist eben auch unterstützend in der Rückfallgeschichte, ähm.
286 Wenig neue Beziehungserfahrungen. Es sind immer eigentlich alte
287 Beziehungserfahrungen, die eigentlich die Rückfälligkeit, ja eher fördern als, äh,
288 hemmen.

289

290 I: Mhm (bejahend). Ja ich stell mir das auch sehr schwierig vor, ähm, nach, weiß ich
291 nicht, vielleicht zwanzig oder auch dreißig Jahren auf der offenen Szene irgendwie,
292 wieder cleane Kontakte //aufzuknüpfen, ähm wo sollen die herkommen//?

293

294 B: //Ja wo kommen die her, wo sollen die herkommen?//

295

296 I: Ähm wie wird versucht das in der Nachsorge zu vermitteln oder die Leute dazu zu
297 animieren Sport zu machen und da Leute kennenzulernen?

298

299 B: Ja, das ist wieder ein sehr zentrales Thema und das ist auch eben das Thema,
300 was jetzt sozusagen die Rückfallgefahr verringert. Man muss sich das ja vorstellen.
301 Die haben keine, finden keine neuen Leute, finden keine neuen cleanen Bekannte.
302 Haben aber früher so Zugehörigkeitsgefühl, zum Beispiel auf der Szene oder am
303 Drob Inn gefunden. Oft ist es dann so in der Nachsorge, ja die treffen die dann. Man
304 geht an Hauptbahnhof, zufällig trifft man die da. Man behält sich ein Gefühl von
305 Zuhause, ein Gefühl von Heimat und das ist immer ein zentrales Thema. Und wie
306 kann 'n neues, neue positive Gefühle / und jetzt nicht nur bei Cleanen. Meistens
307 erleben sie ja gar keine cleanen Kontakte, die konsumieren ja auch. Aber es ist dann
308 eben, dass wir auch in der Nachsorge zum Beispiel nicht nur sprechen, sondern
309 auch gewisse Dinge wieder machen. Also irgendwo hin gehen, unter Leute gehen
310 und, äh, Verknüpfungen herstellen über die Gruppe, dass sie vielleicht dann zu zweit
311 zu Sportspaß gehen, oder solche Dinge erst mal aufnehmen. Irgendwo sich / Ja
312 immer versuchen neue Kontakte zu knüpfen, was ganz, ganz schwer ist. Also die
313 meisten, die ich in der Nachsorge hab, tun sich sehr, sehr schwer neue Kontakte zu
314 finden.

315
316 I: Ist auch nachvollziehbar finde ich. (lächelnd) Ich stell mir das auch sehr schwierig
317 vor //muss ich zugeben. Also //

318
319 B: //Ja. Ja. Und das ist das zentrale Thema// Also das wirkt noch mehr auf die
320 Rückfälligkeit, als da / Enttäuschungen, es funktioniert nicht, man geht irgendwo hin,
321 fühlt sich fremd, fühlt sich nicht wohl, fühlt sich als Außenseiter. Und, ähm, dann ist
322 oft ganz schnell wieder, da werden wieder Kontakte geknüpft, die man kennt, die
323 vertraut sind. (..) Und äh die Verbindung oft bei den alten vertrauten Kontakten IST
324 eben der Konsum.

325
326 I: Mhm (bejahend).

327
328 B: Und dann ist, ist der Rückfall auch dann wieder relativ schnell da.

329
330 I: Mhm (zustimmend). (...)

331

332 B: Ich glaub es ist aber auch 'ne Schwierigkeit aus den stationären oder
333 teilstationären Einrichtungen, dass da relativ wenig konkret Wert drauf gelegt wird.
334 Wie können die Leute es schaffen? Deswegen auch nochmal das Thema mit dem
335 Arbeitsplatz. Wenn dieser Arbeitsplatz auch soziale Kontakte beinhaltet, also, dass
336 die Leute darüber etwas Kontakt entwickeln. Dann kann der Arbeitsplatz auch
337 haltgebend sein. Also Steigerung des Selbstwertgefühls und der Lebensqualität.
338 Wenn der Arbeitsplatz, hm, ein Arbeitsplatz ist, äh, dann (..)/ Die Leute abends nach
339 Hause gehen und sitzen alleine mit ihrem Bier, (..) kann es oft noch, äh, ja negativ
340 sein. So wird in dem gleichen Gefühl. Man kommt von der Arbeit, Bierdose
341 aufmachen und dann rein. Belohnung oder Stress auf der Arbeit. Trinken oder
342 Drogen nehmen, weil dann, ja sind das eben diese alten bekannten dysfunktionalen
343 Verhaltensweisen.

344

345 I: Ja. (..) Hm. Nachsorge an sich wurde auch in der Literatur heiß diskutiert, dass
346 das, ähm, eigentlich müsste jeder Patient oder Klient, der 'ne
347 Rehabilitationsmaßnahme gemacht hat, gerade weil es jetzt immer weiter verkürzt
348 wurde, 'ne Nachsorge machen um eben die Dinge, die in der Therapie erlernt
349 wurden oder erlernt werden sollten, ähm, (..) später im Leben auch anwenden und
350 benutzen zu können. Und, äh, Nachsorge hat sich da eben als sehr positive
351 Auswirkung gezeigt.

352

353 B: (...) Hm. Ob ich dem so zustimme?

354

355 I: Ja.

356

357 B: Ja also ich find schon. Also wenn es 'n offenes / Weil es ist ja Nachsorge ist ja
358 eher so, dass die Klienten oder Patienten, äh, ja eigentlich ihr eigenes Verhalten
359 reflektieren (..) sollen. Und äh, das ist ein ganz gutes Setting, also sozusagen das zu
360 reflektieren ‚Was mache ich eigentlich jetzt gerade?‘ Und nicht das jemand anders
361 das sieht und beschreibt, was man gerade macht. Sondern, dass man selber in
362 diesen Zustand kommt und, äh, ich finde das unterstützt sehr stark die
363 Selbststeuerung und die Fähigkeit sich wieder selbst zu steuern, sich wieder selbst
364 beschreiben zu lernen und, äh, ein Feedback in der Gruppe zu bekommen darüber.
365 UND parallel auch so, äh, zu lernen, auch lernen am Modell, wie machen eigentlich

366 andere, wie kommen eigentlich andere mit dem, mit den Problemen die draußen auf
367 einen zukommen, wie gehen die damit um? Also sozusagen (..) beide Elemente
368 sozusagen, die, äh Selbststeuerung, also indem man wie gesagt sein Verhalten
369 reflektiert und dann sagt ‚Aha, was mach ich hier eigentlich? Was passiert eigentlich?
370 Wie verhalte ich mich?‘. Und, äh, das beschreiben zu müssen ist ja dann schon so’n
371 Faktor und das dann abgleichen mit dem ‚Was hab ich eigentlich gelernt? Was
372 müsste ich eigentlich oder wie hätte ich mich verhalten sollen? Mach ich aber
373 trotzdem nicht‘. Einige gehen ganz motiviert raus, haben alle schon, ne ‚Sport hab
374 ich alles geplant, ganz viel Programm. Und dann bin ich zu Hause und dann mach
375 ich nix‘.

376

377 I: Hm. Ja.

378

379 B: Das dann auch so zu reflektieren, zu beschreiben und zu sagen ‚Oh vielleicht
380 auch nicht (unver.)‘. Ähm, dann vielleicht auch dann zu sehen, dass andere vielleicht
381 das gleiche haben. Und, äh, Schwierigkeiten. Aber dann irgend’n, ’ne Idee für sich
382 entwickeln praktisch in dem entwickeln, wie sie das Problem dann angehen. (..) Und
383 das ist eigentlich finde ich ein ganz wichtiger Faktor in der Nachsorge. Gerade aus
384 diesem, doch etwas theoretischerem, diesem geschützterem Rahmen in dem sie
385 vorher waren. Ähm jetzt eben dieses äh, in diesen Zustand zu kommen, wo man
386 ganz schnell das Gefühl hat ‚Mit mir wird etwas gemacht, mit mir passiert etwas. Ich
387 kann gar nicht anders, als wieder zu konsumieren‘. Ähm, daraus lernen sie dann hier
388 ‚Ich kann doch vielleicht noch anders. Es gibt Alternativen, und ich muss aus meinen
389 eingefahrenen dysfunktionalen Gedankengängen und, äh, Handlungsweisen
390 aussteigen und ich, äh bekomme Alternativen an die Hand‘. Wie ich mich dann
391 entscheide ist dann meine Dinger. Ich bekomme Alternativen an die Hand und
392 komme in so’nen ambivalenten Zustand. (.) Weil ich das ja dann umsetzen muss, ich
393 muss mich dann ja entscheiden. Und dann bin ich nicht mehr Opfer, sondern bin ich
394 jemand, der so’n Gefühl hat selbst etwas gestalten zu können. Und das erleb ich
395 schon, dass es sehr stabilisierend ist. Auch, ähm, wenn Sie von Rückfälligkeit, dass
396 also rückfallstabilisierend ist. Je mehr sie in den Zustand kommen der
397 Selbststeuerung ‚Hey ich kann, ich hab Alternativen. Alternative
398 Handlungsmöglichkeiten‘. Und das lernen sie eigentlich erst im, (..) ja in der

399 Nachsorge. Also spüren sie es. Lernen tun sie es vorher schon, aber sie spürn's
400 konkret.

401
402 I: Hm. Sie haben ja jetzt auch immer wie von 'nem Lernprozess gesprochen. Ähm.
403 (..) Ja man sagt ja auch immer so schön, man wächst in 'ne Sucht rein, wächst man
404 auch aus einer Sucht hinaus und gehört da der Rückfall auch einfach dazu um
405 daraus zu lernen?

406
407 B: (...) Jein. Also ich würde jetzt nicht sagen der Rückfall gehört dazu, das würde ja
408 heißen, also, die Person die kein haben, lernen auch nix. Also ich würde sagen es ist
409 sowohl als auch. Also ich hab in meinen Erfahrungen einige gehabt, die haben es
410 wirklich konkret ganz, äh, straight durchgezogen. Gab keinen Rückfall und sind jetzt /
411 Gerade letzte Woche noch mit 'nem Pärchen gesprochen, wo der Mann jetzt seit
412 zehn Jahren nicht konsumiert, sein Leben super auf die Reihe kriegt, mehrere Kinder
413 hat und AUCH mit 'ner süchtigen Frau zusammen ist. Die haben lange Nachsorge
414 gemacht, äh, auch die Frau, hatte einmal einen Rückfall. Das ist ja auch relativ
415 harmlos.

416
417 I: Aber das erlebt man nicht oft, oder?

418
419 B: Das ist nicht oft. Aber ich wollte nur sagen. Also deswegen würd ich jetzt nicht
420 pauschal sagen, dass, äh, Rückfall muss sein, um, also sozusagen, etwas zu lernen.
421 Also für ihn war das klar, er macht das nicht mehr, braucht das nicht mehr, will das
422 auch nicht mehr und ist. Ja hat auch das Rauchen aufgehört, raucht auch nicht mehr.

423
424 I: Sehr konsequent.

425
426 B: Für andere ist das, also ich denk mal. Der Mensch ist eben nicht so'ne triviale
427 Maschine, sondern er ist doch etwas komplexer. Und, ähm, von daher muss ich ja
428 auch 'nen eigenen Umgang damit finden. Und für ein anderen / Sie müssen das auch
429 spüren. Also die spüren wenn ein Rückfall / Also was ich ja vorher gesagt hab. Wenn
430 man im Kopf immer noch das Gefühl hat. Also es gibt ja so zwei Gefühle die da, die
431 irgendwie auch dann Rückfall provozieren. Das ist der eine ‚Ich darf nicht, ich darf
432 nicht‘. Also so dieses, dieses, äh. ‚Ich will zwar, aber ich darf nicht‘. Baut man 'nen

433 inneren Stress auf, der sich irgendwann. Irgendwann gibt's 'nen Grund. (..) Es gibt
434 immer 'nen Grund, warum man dann. Und dann springt man auf diesen Grund auf.
435 Partner verlässt einen, oder irgendwas. Also man hat dann plötzlich einen äußeren
436 Grund, der dann diese Entlastung bringt und vorher hat man gesagt ‚Ich darf nicht,
437 ich darf nicht, ich darf nicht‘. Das ist dieser eine, wo dann auch der Rückfall dazu
438 gehört und wo sich dann vielleicht etwas verändert und sich aus diesem ‚Ich darf
439 nicht‘, sich dann vielleicht ein ‚Ich will nicht mehr‘ entwickelt. Und, äh, die andere, wo
440 Rückfall auch dazu gehört so als Lernfeld, ist für die Personengruppe die kommen
441 und sagen ‚Ich weiß, dass ich nicht konsumieren darf, weil ich bin ja süchtig, aber ich
442 glaub das noch nicht so ganz. (.) Das kann nicht sein. DAS KANN NICHT SEIN‘. Die
443 sagen auch diesen 24-Stunden Tag ‚Ok, jeden Tag, aber ich wird es ausprobieren.
444 Vielleicht jetzt noch nicht, vielleicht nicht die nächsten zwei Monate. Aber dann und
445 dann probier ich das mal aus. Das kann nicht sein, dass ich, äh, mein Leben lang
446 süchtig bin‘. Also da gehört dann eben auch der Rückfall dazu. Da gehört dann auch
447 die Erfahrung dazu wo sie sagen ‚Ja‘. Zuerst kommt dann die Erfahrung ‚Ja stimmt,
448 ich hab jetzt wieder getrunken. Hat ja funktioniert, ich kann ja aufhören‘ (..) dann, hm.
449 Ja toll, aber da kann man dann weiter dran arbeiten und entweder kann die Person
450 wirklich aufhören und, öh, sagt ‚Ja ich hab das ja jetzt ausprobiert, konnte aufhören,
451 gut muss ich nicht mehr weitermachen‘. Die andere macht dann die Erfahrung, dass
452 das mit dem Aufhören nicht so gut ist. Dass sie es doch nicht so gut hinkriegt. Und
453 dann eben merken, ja, und dann eben auch spüren ‚Ja, ich bin doch süchtig‘. (..) Und
454 dann das neu einsortieren. Also von daher gehört natürlich Rückfall dazu und da
455 muss man dann darüber sprechen. Früher hatte man die ja auch / Gab's 'ne mega
456 starke Trennung, das macht man ja heute nicht mehr.

457

458 I: Was für eine starke Trennung?

459

460 B: Na wenn jemand rückfällig ist, irgendwie dann, ne. So zusagen erst mal wieder 'n
461 Beziehungsabbruch. //In der Betreuung oder in der Therapie//.

462

463 I: //Ah ok. Institutionell auch eher.//

464

465 B: Genau institutionelle Geschichte.

466

467 I: Ok.

468

469 B: Also als ich angefangen hab vor dreißig Jahren.

470

471 I: (lächelnd). Ja aber les ich auch immer noch so.

472

473 B: Das gibt es immer noch so?

474

475 I: Also les ich auch noch so, dass das teilweise noch diskutiert wird sogar. Sich
476 natürlich eigentlich nicht bewährt hat.

477

478 B: Genau.

479

480 I: Ähm. Ok was würden Sie denn / Was würde ihnen noch einfallen, was (.) sie noch
481 als starken Einflussfaktor auf Rückfälligkeit bewerten könnten? (..) Würde Ihnen da
482 jetzt irgendwas in Kopf springen, wo Sie sagen ‚Ja also da hab ich auf jeden Fall
483 einen Zusammenhang entdeckt, oder‘.

484

485 B: (..) Also 'n starker Zusammenhang, der immer wieder da ist, ist immer wieder das
486 Thema Beziehung. Also, dass Beziehungen entweder, wenn Beziehungen scheitern,
487 dass da relativ schnell als (..) / Aus der Erfahrung, dass eben Konsum ein schnelles
488 Lösungsmittel ist für Trennungsschmerz, für Bindungsstörungen, also sozusagen,
489 dass das funktioniert. Das zweite ist eben auch / Also es ist ein hoher Faktor. Der
490 (unver.) Faktor ist eben auch beziehungsbindend. Also erlebt man, wenn die
491 Beziehung droht auseinander zu gehen oder Unzufriedenheiten sind, oder
492 Entscheidungen anstehen, eigentlich die Beziehung aufzulösen. Das oft dann,
493 gerade, äh, dass dann auch oft, ja das Paar rückfällig wird. Oder der Partner dann
494 und dann der andere auch. Also das dann eine Verbindung hergestellt wird über das
495 gemeinsame, also, konsumieren. Ist'n starker, also erleb ich als starken
496 Rückfallfaktor. Also Beziehungen (..), die eben (..) / Also mit
497 Beziehungsschwierigkeiten, dass die / Das Klientel mit dem ich es jetzt zu tun hab,
498 da große Schwierigkeiten hat da alternative Handlungs- und Umgehensweisen zu
499 haben.

500

501 I: Mhm (zustimmend).

502

503 B: Das zweite, was jetzt stärker wird ist eben die psychische Belastungen. Also ja.
504 komorbide Störungen, die sozusagen auch die Rückfälligkeit fördern. (..) Also beim
505 Thema Persönlichkeitsstörungen. (...)

506

507 I: Hm. Das war ja vor einigen Jahren noch gar nicht so ein //Thema, oder?//

508

509 B: //Ne. Ne//

510

511 I: Komorbide Störungen, wie ist das, ähm, wie erklären Sie sich das, dass das jetzt
512 so aktuell wird?

513

514 B: Das man jetzt immer mehr Leute bekommt? Das weiß ich jetzt auch nicht. (...)
515 Aber Fakt ist: wir bekommen immer mehr Leute, jetzt auch in die Nachsorge, die
516 sozusagen, eben nicht nur ein Drogenproblem haben, oder ein Suchtproblem,
517 sondern auch noch ein psychisches Problem. Und wenn das nicht beides, äh,
518 BEIDES behandelt wird, äh, entsteht ganz oft die Gefahr, dass dann sozusagen (..) /
519 Wenn man nicht die psychische Problematik im Blick hat, dass dann oft die
520 Rückfälligkeit ist. Und ich hatte jetzt auch viele, ich hatte jetzt auch zwei Patienten,
521 die unter Psychose gelitten haben und man hat es in den Einrichtungen nicht so
522 richtig, in den stationären Einrichtungen nicht so richtig im Blick gehabt. Und äh, jetzt
523 auch so die weitere Betreuung nicht so richtig im Blick gehabt hat und, äh, die
524 Rückfälligkeit hatte eigentlich eher mit der Psychose zu tun.

525

526 I: Mhm. Okay.

527

528 B: (..) Mit Kokain halt rückfällig geworden, aufgrund der Psychose. Und, äh, ich
529 denke das ist dann eben / Also erleb ich dann schon auch oft als Rückfallthema. Und
530 gerade bei der Personengruppe, die eben, ja, mehrfach belastet ist, dass man dann,
531 äh, den Augenmerk auf die psychische Belastung nehmen muss und nicht nur auf
532 die Sucht. (..) Also das wären jetzt so die zentralen Dinge, was immer wieder Thema
533 ist bei der Rückfälligkeit.

534

535 I: Ja. Ja es gibt ja Therapieeinrichtungen, soweit ich das jetzt mitgekriegt hab, auch
536 die speziell für Doppeldiagnosen sind.

537

538 B: Genau.

539

540 I: War das dann vorher nicht erkannt oder ist das oft so? Dass das vorher nicht
541 bekannt ist und deswegen auch keine speziellen Therapien rausgesucht werden
542 oder vielleicht Plätze fehlen, oder?

543

544 B: Also entweder ist es vorher nicht bekannt oder man nimmt die Person auf, aber
545 hat kein richtiges Konzept für Menschen mit Doppeldiagnosen. Und, äh, es gibt
546 einige Einrichtungen TPS oder so. Im UKE gibt es auch psychische Erkrankungen
547 und Sucht, stationäre und Tagesklinik. Asklepios Klinik Nord. Also es gibt schon
548 Einrichtungen, die sowas vorhalten. Aber, ich glaub man guckt vorher nicht so
549 genau. Dann landen die in den Einrichtungen und dann läuft das klassische
550 Programm ab. Und in der Nachsorge, oder wenn die Personen dann wieder
551 entlassen sind. Dann brechen ja oft Dinge wieder auf. Medikamente werden nicht
552 regelmäßig genommen, ähm, oder falsche Medikamente. Die dann eben auch, äh,
553 die Sucht wieder unterstützen oder dann wieder rückfällig werden, aufgrund der
554 Selbstmedikation.

555

556 I: (...) Hm. (...) Und wäre für die Klienten auch eine spezielle Nachsorge eigentlich
557 angeboten?

558

559 B: Ja. 'ne spezielle Nachsorge gibt es schon, aber sozusagen die Kombination Sucht
560 und psychische Erkrankungen nicht so viel. Also ich, äh, präferiere dann immer
561 bisschen unser Modell, dass das dann eben, 'ne Suchtnachsorge
562 schwerpunktmäßig. Und aber diese Menschen, die halt auch 'ne psychische
563 Belastung haben, dass sie dann auch gesondert eine Betreuung annehmen, die sich
564 auch um ihre psychische Belastung kümmern.

565

566 I: Okay. Also dass es parallel läuft.

567

568 B: Das es parallel läuft. Genau. Und da hab ich ganz gute Erfahrungen gemacht mit
569 einigen Klienten. Die das dann auch in Anspruch nehmen. Also die sagen ‚okay‘.
570 Meistens dann ja oft auch schon aus der Einrichtung, aus der stationären Einrichtung
571 sind sie an irgendeine psychiatrische Geschichte angedockt oder, äh, an ‚ner
572 psychiatrischen Tagesklinik. Oder Voraussetzung ist, dass sie clean sind. Und die
573 Nachsorge, die Suchtnachsorge, sorgt eben, oder hat das als Schwerpunkt, und, äh,
574 das befähigt sie dann eben auch an der psychisch, also an dem Programm zum
575 Beispiel von psychiatrischen Tagesklinik oder ambulante Tagesklinik. Also ambulante
576 psychische Gespräche beim Psychiater. Dass sie da, äh, gut betreut werden. Und
577 medikamentös betreut werden. Und, äh, vielleicht auch spezielles Programm
578 bekommen.

579
580 I: Okay. Ähm mir ist noch eine Verständnisfrage eingefallen. Also, ähm, (..) Ja jetzt ist
581 es mir entfallen. (..) Achso ganz am Anfang war das jetzt, da haben sie gesagt, dass
582 Sie in der Nachsorge halt clean sein können, aber nicht müssen. Also, ähm, da wird
583 ja auch / Da wird nichts kontrolliert. Also sie können das auch sagen, sie müssen das
584 aber nicht sagen, und sie müssen auch keine Sanktionen befürchten mehr, oder?
585 Hab ich das richtig verstanden?

586
587 B: Ja es ist halt. Sie bekommen keine Sanktionen. Aber wenn jemand sozusagen
588 nicht mehr rückfällig ist, sondern wenn jemand, sozusagen dauerhaft konsumiert.
589 Dann ist das Nachsorgeangebot ja nicht das Richtige. Sondern dann, äh, würd ich
590 immer mit dem Klienten oder Patienten, ähm (..), die Person vermitteln in ‚ne
591 Beratungsstelle, wo es eigentlich wieder dadrum geht, ja. Entweder zu entgiften,
592 dann wieder in die Nachsorge zu kommen, oder ist die Nachsorge vielleicht noch
593 nicht der richtige Weg. Sondern vielleicht nochmal ‚ne andere Maßnahme, ‚ne
594 stabilisierendere Maßnahme, die hochschwelliger ist. Ähm, also das wäre dann so.
595 Rückfälligkeit ist kein Ausschlusskriterium.

596
597 I: Aha. Okay.

598
599 B: Aber, dauerhafter Konsum.

600
601 I: Klar.

602

603 B: Wäre dann ein Ausschlusskriterium. Weil das Setting hier 'n anderes ist. Wir
604 machen ja keine, äh, Suchtbegleitung. Das ist ja ein anderes Thema.

605

606 I: Ja. Okay.

607

608 B: Würde ja auch der Kostenträger nicht mitspielen. Ist eben f'ne Nachsorge. Geht
609 dann darum. Und in der Nachsorge ist die Rückfälligkeit, die ist da. Gehört da dazu.

610

611 I: Ja. Ok. Gut. Das war es von meiner Seite. Haben Sie noch irgendetwas was Ihnen
612 auf dem Herzen liegt oder brennend einfällt? (Lächelnd)

613

614 B: (Lächelnd) Ne, fällt mir jetzt so nichts ein. Ne.

615

616 I: Gut ok. Dann würd ich mich auf jeden Fall bedanken dafür.