



# BEIM RÜCKFALL IST MAN SELTEN ALLEIN – ABER WIE DAMIT UMGEHEN?!

Die Fachtagung der ARWED 2023 im Trialog und ihre  
Ergebnisse

Rückfälle gehören zur Suchterkrankung dazu! Mit dieser Aussage fängt das Dilemma schon an. Denn bereits die Sprache verrät, dass die Realität von Rückfällen beim Weg aus der Sucht kaum anders, denn als Stigma gesehen wird. Sind die Hoffnungen und Erwartungen – zum Beispiel von Angehörigen - an das Hilfesystem zu groß? Und wie erleben die von einer Suchterkrankung Betroffenen Hilfe? Und die Profis? Vom Rückfall geht immer noch das größte Risiko für Behandlungsabbrüche aus. Auch trägt das Stigma, das mit Rückfällen verbunden wird, nicht selten dazu bei, dass der Einstieg in das Suchthilfesystem erst gar nicht gelingt. Zeit, miteinander zu reden! Zum dritten Mal fand die trialogische Fachtagung der ARWED e.V. in Kooperation mit den Koordinationsstellen Sucht der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe vom 16. bis 17. Juni 2023 statt. Eltern und Angehörige, Suchterfahrene und Profis kommen auf den trialogischen Tagungen auf der Grundlage der trialogischen Methode zu Themen der Prävention und Suchthilfe in den Austausch. Dieses Jahr erkundeten die Teilnehmenden, welche Haltungen und daraus abgeleiteten praktischen Handlungsweisen Verbesserungen im Umgang mit dem Rückfall erbringen können. Und auch, welche systematischen Grundbedingungen Verbesserungen erschweren.

## Inhalt

Im Trialog Suchtpolitik und -hilfe gestalten.....	2
Was ist nötig, um den Umgang mit Rückfällen zu verbessern? .....	2
Tagungsergebnis: der trialogische Konsens.....	3
Haltungen:.....	3
Handlungsweisen: .....	4
Forderungen an das Suchthilfesystem:.....	5
Impressionen aus den Impulsen und Praxisbeispielen .....	6
Trialogische Sichtweisen auf das Thema.....	6
Wegweiser – Erkenntnisse aus den Best Practice Beispielen .....	10
Ansichtssachen.....	16
Stimmen von Referenten, beteiligten Eltern und Fachleuten .....	16
Tagungsdokumentation.....	16

## Im Dialog Suchtpolitik und -hilfe gestalten

Impulse für die Entwicklung und Weiterentwicklung der Suchtpolitik und der Suchthilfe gehen im besten Fall von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten gemeinsam aus. Das gelingt nur, wenn auch konträre Haltungen, unterschiedliche Konzepte und Emotionen im Diskurs miteinander ausgehalten und ausgehandelt werden können. Die dialogischen Workshops auf dem Fachtag haben gezeigt, dass dieser Verständigungsprozess notwendigen Veränderungen und Verbesserungen vorausgehen muss. Die Fakten sprechen dafür: Die Suchthilfe erreicht nur etwa 10 Prozent der konsumierenden Menschen, und Rückfälle – oder Vorfälle – sind Normalität, die jedoch eine hohe Gefahr für Stigmatisierung beinhalten. Die Frage ist also nicht, wie Rückfälle verhindert werden können, sondern wie sich der Umgang mit ihnen verändern muss.

## Was ist nötig, um den Umgang mit Rückfällen zu verbessern?

### Neue Antworten gesucht

Eine Auswahl der Themen, welche die Teilnehmenden auf der Tagung zum Umgang mit dem Rückfall bewegten, zeigt die unterschiedlichen Perspektiven auf einen Vorfall, der als dramatisch oder auch als (beinahe) notwendiger Bestandteil eines schwierigen Prozesses gesehen werden kann:

- Wie kann ich als Mutter meinem Sohn helfen, wenn er rückfällig wird? Und wie kann ich möglichst vermeiden, dass er rückfällig wird? Wie kann man ihn so unterstützen, dass möglichst ein Rückfall nicht mehr erfolgt? Heißt es immer wieder Entgiftung und wieder Therapie - oder gibt es nach dem ersten Mal eine Alternative?
- Wie kann man mit der Angst vor dem Rückfall umgehen? Wie kann man die Dramatik evtl. rausnehmen, welche

Der Dialog ist eine Form der Beteiligungskultur in der Psychiatrie. Vorgehensweise, Inhalt und Nutzen des Dialogs wurden in der „Hamburger Erklärung“ beim XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 beschrieben: Der Dialog hilft Fehleinschätzungen von Krankheitsursachen und deren Behandlung zu vermeiden. Im Dialog gehen Psychiatrieerfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige als Experten in eigener Sache aufeinander zu, um voneinander auf Augenhöhe zu lernen. Sie verstehen sich als Lernende, die ihre Perspektive, um die der jeweils anderen erweitern - im Denken wie im Handeln. Gemeinsam treffen sie Absprachen zur Behandlung und Begleitung der Erkrankung.

Wir sind überzeugt: nur im Dialog können wir die volle Bedeutung der Suchtkrankheit verstehen und zielgenauere sowie nachhaltigere Hilfeergebnisse erreichen.

Unterstützung kann ich bekommen? Wie kann ich mich im Vorfeld schon vor Enttäuschungen wappnen?

- Was ich gerne hätte, wäre ein Notfallplan, damit ich nicht in Panik gerate, sondern einen Plan habe, an den ich mich halten kann. Wenn meine Schwiegermutter einen Herzinfarkt bekommt, dann habe ich auch einen solchen Plan – da weiß ich, wen ich anrufen kann, an wen ich mich wenden kann. Das hätte ich gerne für meinen Sohn auch. Das würde mir die Angst nehmen vor diesem Rückfall.
- Beim Rückfall brauchen wir Betroffenen am meisten Unterstützung. Wir brauchen Trost, und jemanden der Mut macht, sowohl vom Hilfesystem als auch von unseren Angehörigen. Denn jede/r scheitert in seinem Leben irgendwann; fällt, im besten Fall steht er/sie wieder auf – und macht weiter. Warum gehen wir mit dem Rückfall anders um und warum schmeißt das Hilfesystem in den meisten Fällen jemanden, der einen Rückfall hatte, aus dem System?
- Ich spreche stellvertretend für unser Wohnheim und ich frage, wie andere Einrichtungen welche Verstärker verwenden? Verstärker heißt: Was ist förderlich, um die Abstinenz zu erhöhen? Welche Ressourcen können dem Menschen nutzen? Wie kann man diese fördern, aktivieren, herausfinden?

## Tagungsergebnis: der dialogische Konsens

Vom besseren Umgang mit dem Rückfall

---

### **Haltungen:**

- Die Rückfallvermeidung ist eines der Hauptziele der Unterstützung, Begleitung und Behandlung, wenn der/die Konsumierende das Abstinenzziel hat. Das ist jedoch ein Ziel, welches Abweichungen aushalten muss.
- Der Rückfall ist nicht das Ende, der Abbruch der Therapie nicht das Scheitern, sondern der Rückfall ist eine Durchgangsstation auf dem Weg; ein Integral des Krankheitsverlaufs und - im guten Sinne - des Heilungsprozesses.
- Der Rückfall ist eine Erfahrungs-Ressource, die dem/der Betroffenen helfen kann, sich selbst – seine/ihre inneren Nöte und seine/ihre Grenzen - besser kennenzulernen. Er zeigt auf, ob gewählte Strategien tragfähig sind und neu Erprobtes hilfreich auf dem eigenen Weg ist. Dies sollte den Profis bewusst sein und ihre Arbeit beeinflussen.
- Rückfälle können zeigen, dass Verkrustetes aufbricht. Es kann im guten Umgang damit möglich werden, auf Themen zuzugehen, die durch den Konsum lange versteckt waren, um die die Sucht eine Schutzmauer gebildet hat.

- Nicht nur Abstinenz ist ein legitimes Ziel. Eine zieloffene Suchthilfe nimmt Konsumkompetenz, harm reduction etc. als Ziele ernst und begleitet und unterstützt die Konsument/innen auf dem Weg dorthin.

### **Handlungsweisen:**

- Der Rückfall wird nicht negativ bewertet.
- Suchtprofis helfen Rückfälle zu erklären: den rückfällig Gewordenen, aber auch den „Mitbetroffenen“, z.B. den Angehörigen.
- Der Rückfall ist ein guter Zeitpunkt für Zuwendung, aber nicht um den Preis der Überbetonung des Scheiterns. Das zeigt sich zum Beispiel durch die Verwendung des Begriffs „Vorfall“ statt „Rückfall“. Betont werden die abstinenten bzw. stabilen Zeiten und die Erkenntnisse und Gefühle, die der/ die Betroffene als für sich aufschlussreich und hilfreich aus dem Vorfall mitnimmt.
- Entlassungen aus einer Therapie sind das letzte Mittel nur dann, wenn ein/e Patient/in, ein/e Bewohner/in bewusst in Kauf nimmt, dass andere Bewohner/innen der Einrichtung Schaden nehmen.
- Beim Rückfall wird eine differenzierte Bewertung des Rückfalls gemeinsam mit dem/der Betroffenen durchgeführt und individuell gehandelt. Rückfall ist nicht gleich Rückfall: Nicht jeder Konsum ist ein Rückfall im Sinne eines totalen Absturzes, sondern eventuell nur ein Konsum. Rückfälle können kurz sein („Vorfall“) oder länger andauern. Sie können mehr oder weniger gesundheitliche und soziale Konsequenzen für den Betroffenen nach sich ziehen. Deshalb wird jeder Rückfall individuell im Gesamtzusammenhang des Verlaufs und der Situation eines/einer Betroffenen bewertet und darauf Reaktionen und Unterstützungsangebote abgestimmt.
- Es wird versucht, bei Rückfällen Lösungen zu finden, die nicht zum Abbruch der Maßnahme führen, z.B. die Kooperation mit einer Klinik, bei der beim Rückfall der/die Patient/in eine Entgiftung machen und dann wieder zurück kommen kann.
- Die Beratungs- - Behandlungsbeziehung wird von Seiten der Profis Unterstützungssuchenden aktiv und nahbar gestaltet; die Mitarbeitenden sind nicht nur als „Profis“ sondern auch als Mensch für die Hilfesuchenden erkennbar: sie legen beispielsweise offen, ob sie Konsumerfahrung haben, welches Handwerkszeug sie realistisch zur Unterstützung anbieten können und dass sie keine Patentlösungen haben.
- Es wird eine Sprache verwendet, die Konsum nicht per se pathologisiert und die an einer Sucht Erkrankte Person annimmt, anstatt ihr Verhalten zu stigmatisieren.
- Es findet eine Zusammenarbeit mit Erfahrungskundigen statt, die noch einmal anders auf Augenhöhe mit Betroffenen kommunizieren als nicht von Sucht betroffene Professionelle.

- Professionelle reflektieren sich selbst, um unterbewusst ablaufende Aus- und Abgrenzungsmechanismen durch den Rückfall zum/r Klient/in transparent zu machen: Was macht der Rückfall mit mir und meinen Gefühlen? Wie beeinflusst er die Beziehung zum/r Klient/in? Was macht der Rückfall mit uns als professionelles Team und Einrichtung?

### **Forderungen an das Suchthilfesystem:**

- Rückfälle und Abbrüche bedeuten für Angehörige oft viel Leid (z.B. enttäuschte Hoffnung, Gefühle der Ohnmacht und Ausweglosigkeit) und auch praktische Mitbetroffenheit: Einbeziehung und rechtzeitige Information von Angehörigen verhindert oder mildert zumindest das Leid. Hierfür sind Prozesse für einen Informationsfluss, dialogische Absprachen/ Vereinbarungen verbindlich einzurichten und allen Beteiligten transparent zu machen.
- Dass sich Suchthilfe nur auf die Konsumierenden aus- und einrichtet, muss der Vergangenheit angehören. Eine Verankerung des Anspruchs auf Unterstützung des Angehörigensystems ist unabhängig von den von Sucht Betroffenen in der Sozialgesetzgebung zu verankern.
- Das Warten auf Entgiftung und Therapieplätze macht den Rückfall deutlich wahrscheinlicher. Die eher ablehnende und verzögerte Bearbeitung von Anträgen bei den Kostenträgern und der Mangel an Plätzen für Behandlung, Therapie und Wohnen bringt erhebliche negative Folgen für die Betroffenen und das Familiensystem und trägt dazu bei, dass Behandlungen und Therapien ineffektiv sind. Das sogenannte „Nahtlosverfahren“ (unterbrechungsfreier Übergang von der Entgiftung in den qualifizierten Entzug und in die Rehabilitation) wird von der Deutschen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft explizit empfohlen (siehe auch: gemeinsame Erklärung „Handlungsverbesserungen für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker“, 2017), findet aber in Realität zu selten statt. Dem ist umgehend Abhilfe zu schaffen. Indem Versorgungskapazitäten und -prozesse für das Nahtlosverfahren verbindlich vorgehalten und finanziert werden, so wie bei anderen chronischen Erkrankungen (z.B. bei Herzinfarkt und Schlaganfall) auch.
- Anpassung der Kriterien für Kostenübernahme durch die Kostenträger an den State of the Art: eine individuelle Bewertung von Rückfällen durch die Behandler/innen zulassen. Kriterien wie „rückfällig geworden“, „mangelnder Abstinenzwillen“, Anzahl der bereits durchgeführten Behandlungen und Rehabilitationen, Vorgabe von zeitlichen Abständen zwischen Rehabilitationen dürfen nicht per se zu Verweigerungen von Kostenübernahmen für Behandlung und Rehabilitation führen.

## Impressionen aus den Impulsen und Praxisbeispielen

---

Für das Thema des diesjährigen Dialogs stellte der **Poetry-Slammer Stef** mit dem eindrücklichen Vortrag „**Das Date**“ den gemeinsamen emotionalen Bezug der Teilnehmenden zum Thema her. Für die Links zu Text und Video des Vortrags, siehe die Tagungsdokumentation auf Seite 16.

### **Dialogische Sichtweisen auf das Thema**

#### **Impuls aus Sicht des Suchthilfesystems, Dr. Dirk Gastauer: Abstinenz – Rückfall – Konsumkompetenz: Perspektiven im Wandel**

Dr. Dirk Gastauer ist Geschäftsführer des Therapieverbundes Ludwigsmühle in Landau in Rheinland-Pfalz. Er ist erfahren in Sozialpädagogik, Sozialpolitik und der Medienpädagogik. Beim Therapieverbund hat er 2019 den Suchthilfepodcast "Freiheit ohne Druck" ins Leben gerufen. Als Geschäftsführer des Therapieverbundes verantwortet er alle Hilfen von der Prävention bis zur Adaption, Therapie, Nachsorge. Außerdem ist er als Paar- und Familientherapeut, wissenschaftlicher Autor und in vielen Gremien aktiv, u.a. als stellv. Vorsitzender des fdr+ Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.

*„Die negativen Bilder über Menschen, die illegale Drogen nehmen, haben wir alle vor Augen – mal mehr, mal weniger bewusst. Wie sich Stigmatisierung konkret auswirkt, erlebt aber nur der Teil der Gesellschaft, der stigmatisiert wird.“*

Für Dr. Dirk Gastauer ist ein Schlüssel zum besseren Umgang mit der Sucht und dem Rückfall Konsumkompetenz. Er stellt dazu insbesondere das Konzept „SCHRAEG“ vor (**S**icherheit, **C**oaching & **C**oping, **H**ilfe, **R**isiko, **A**chtsamkeit, **E**ducation, **G**renzen). Eine hohe Konsumkompetenz der Bevölkerung sollte flankiert sein durch Unterstützung, die den Menschen so zur Seite gestellt wird - ausfinanziert, ohne Vorbedingungen und jederzeit -, dass sie, wenn ein problematischer Konsum entsteht, so gut wie möglich sozial integriert bleiben. Ihnen müssen mögliche Anlaufstellen für Hilfen bekannt sein und sie müssen diese ohne Stigmatisierung und Sanktionen suchen und auch annehmen können. Keiner darf warten, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist. Hierzu bedarf es breit angelegter, vielfältiger Bildungskonzepte, insbesondere auch für Multiplikator/innen; gesellschaftliche Debatten auf Basis wissenschaftlicher Untersuchungen statt auf Basis ideologischer Sichtweisen sowie eine Politik, die zwischen Schutz und Selbstbestimmung abwägt.

#### **Aspekte der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmenden:**

Angehörige: *Bitte die Situation der Kinder schwerstabhängiger Eltern in den Blick nehmen.*

Betroffene: *Wir müssen auf neue Wege kommen und z.B. akzeptieren, dass es Selbstmedikation mit Drogen in einem funktionierenden Leben geben kann.*



Stimme aus einer Klinik: *Im Vortrag hieß es, Rückfall sei nicht gleich Rückfall. Bei uns gilt: Rückfall ist Rückfall – und im Zweifelsfall wird ein/e Patient/in dann auch entlassen.*

## **Impuls aus Sicht der Betroffenen, Jörg Böckem: Fortschritte – Erfahrungen mit Rückfällen und dem Suchthilfesystem**

Jörg Böckem ist Journalist und Autor verschiedener Bücher. Er schilderte aus der Sicht als Betroffener seine Erfahrungen zum Thema Rückfall und las u.a. aus seinem autobiografischen Buch „Lass mich die Nacht überleben“ und dem Aufklärungsbuch „High Sein“.

*„Die Art und Weise, wie wir über die Dinge reden, bildet die Wirklichkeit nicht nur ab, sondern sie prägt die Wirklichkeit!“*

Jörg Böckem berichtet, dass er als Heroinabhängiger Rückfälle selbst und in seinem Umfeld erlebt hat. Er habe das „komplette Programm“ durchlebt: Er war in drei stationären Einrichtungen, hatte ambulante Therapien, war in qualifizierten Entgiftungen; war substituiert, hatte Überdosen und war im Gefängnis.

Bei seinen ersten Therapieerfahrungen in den 80ern war Kaffee rationiert, die Sportzeiten rationiert, weil man sich ja auch mit Sport „zu“ machen könnte. Beziehungen waren verboten; es war alles sehr stark reglementiert. Und es galt auch noch: Rückfall ist Therapieabbruch. In den späteren Jahren war der Umgang damit deutlich akzeptierender und auch liberaler, wurde dadurch aus seiner Sicht wesentlich konstruktiver.

Für Jörg Böckem ist Sprache sehr wichtig. Aus seiner Sicht baut der Begriff „Suchthilfe“ Hürden auf, weil er pathologisiert. Es brauche aber Angebote für alle Menschen, die sich mit dem Konsum in irgendeiner Weise unwohl fühlen. Die meisten davon seien gar nicht süchtig, müssen sich aber auch angesprochen fühlen, wenn sie Unterstützung suchen. Problematisch ist für ihn der Begriff „Rückfall“ zum einen, weil er das Ereignis negativ stigmatisiert. Zum anderen, weil es sich so anhört, als sei es ein Ereignis ohne eigene bewusste Einflussnahme. Das Wort suggeriere: Ich bin gestürzt, ich bin gestolpert und gefallen, mir ist etwas widerfahren, mir ist etwas geschehen. Nein! Ein Rückfall heißt: Ich treffe eine Entscheidung. Und wenn man über Rückfälle rede, dann müsse man auch darüber reden, warum der/ diejenige diese Entscheidung getroffen hat. Jörg Böckem berichtet, er sei bei seinen Rückfällen nicht gestolpert. Er habe sich aus Gründen, die für ihn in dem Moment richtig und wichtig und zwingend waren, entschieden, sich wieder eine Substanz zu kaufen. Er mag diesen Eindruck von Passivität nicht, wenn über abhängig konsumierende Menschen geredet wird, dass ihnen ihre Selbstständigkeit abgesprochen wird. Jeder Mensch habe subjektiv, wenn er etwas tut, einen Grund. Und wir müssten erstmal bereit sein, diesen Grund anzugucken.

Weiterhin stellt Jörg Böckem zur Diskussion, dass der Begriff Rückfall sehr weit gefasst werden sollte. Er findet dazu die Idee des „Verhaltensrückfalls“ bedenkenswert: Man sei nicht nur rückfällig, wenn man eine Substanz konsumiert, sondern auch, wenn man in Verhaltensstrukturen zurückfällt.

Für Jörg Böckem sollte zudem Prävention zum Ziel haben, junge Menschen zu befähigen, Entscheidungen zu treffen, die ihr Leben nicht beschädigen. Und das kann auch eine verantwortungsbewusste Konsumententscheidung sein.

### **Aspekte der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmenden:**

*Angehörige: Bei allem Verständnis für die Aussage, dass Suchtkranke zu wenig Lob bekommen, wenn sie es (phasenweise) schaffen, auf das Suchtmittel zu verzichten – wo bleiben da die Angehörigen, Eltern, die das miterleben müssen? Die können irgendwann nicht mehr loben.*

*Jörg Böckem: Wir können keinen retten, keinen bewahren. Das Wichtigste für Eltern ist, auf sich selbst zu achten. Allerdings werden Eltern meist damit allein gelassen. Ich habe mich gefreut, wenn ich Hilfe bekam, wenn die Kontakte nicht abbrachen, aber ich habe niemanden gebraucht, der die Verantwortung für mich übernimmt.*

### **Dr. Christiane Erbel, ARWED e.V.: Bruchstellen – Was es für Eltern bedeutet, wenn die Hilfe für unsere Kinder abbricht**

Dr. Christiane Erbel ist betroffene Mutter und 1. Vorsitzende der ARWED e.V. Einer der Schwerpunkte ihres Engagements in der Selbsthilfe ist, dass auch Eltern/ Erziehende/ das Familiensystem von suchtgefährdeten bzw. süchtigen Kinder passende Unterstützung bekommen wie die Betroffenen selbst.

*„Beim Abbruch von Maßnahmen durch einen Rückfall stehen unsere Kinder häufig wieder vor unserer Tür – ohne Vorankündigung und Absprachen. Und wir werden mit der Krise völlig allein gelassen. Die Einrichtungen, aus denen unsere Kinder kommen, fühlen sich nicht mehr zuständig.“*

Dr. Christiane Erbel nimmt vor allem die Auswirkungen in den Blick, die Rückfälle für Eltern bedeuten. Sie sieht genau auf die Situationen, die durch Lücken und Brüche im Suchthilfesystem entstehen und für Eltern besonders belastend sind. Sie appelliert an das Suchthilfesystem, deshalb nicht nur die Betroffenen, sondern das gesamte Familiensystem bei einer Suchterkrankung zu unterstützen und gemeinsam – möglichst im Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen - Lösungen zu suchen und zu vereinbaren; im Sinne des in der Psychiatrie bekannten Behandlungsansatzes des „Offenen Dialogs“.



Eltern gehen schon mit dem „Rückfall“ um, wenn ihre Kinder noch gar nicht im Suchthilfesystem angekommen sind. Rückfälle entstehen, weil Eltern Abstinenz von ihren Kindern einfordern, die Kinder dies auch versprechen, aber diese Versprechen nicht halten. Ein Grundgefühl des Misstrauens hält in den Familien Einzug. Das nicht Einhalten von Versprechen ist besonders schwierig für Eltern, wenn verbindlichere Vereinbarungen über die Konsequenzen des erneuten Konsums getroffen wurden. Meist tun den Eltern die Konsequenzen mehr weh als den betroffenen Kindern. Aus ihrer elterlichen Verantwortung heraus versuchen Eltern bei zunehmend problematischem Konsum auch Hilfe für ihr Kind zu organisieren. Wenn aber die Folgen nach außen hin noch nicht „so schlimm“ sind, ist weder der/ die Betroffene motiviert etwas zu ändern, noch ist die Schule, der Ausbildungsbetrieb oder das Hilfesystem bereit ohne einen erkennbaren Veränderungswillen des/der Betroffenen etwas zu unternehmen. Ohne Unterstützung von außen für Eltern und Familien eskaliert die Situation: ein Zuhause, das ein Stressfaktor, anstatt eine Ressource der Regeneration ist; ohnmächtig zuschauen müssen bzw. die Folgen aushalten; schwere Krisen durchleben müssen (z.B. Durchführen des „Rauschmisses“ oder Veranlassung von Zwangseinweisung) – all das macht Eltern und die ganze Familie selbst krank. Eine Wartezeit auf einen Behandlungsplatz ist ebenfalls für die Familie eine Zerreisprobe: eine Mischung zwischen Hoffen (Es ist Licht am Ende des Tunnels zu sehen) und Bangen (Schaffen der/ die Betroffene die Wartezeit ohne Rückfall zu überstehen?). Abbrüche von Maßnahmen und Rückfälle bringen für die Eltern und die Familie das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht zurück. Sie untergraben die mühsam errungene Stabilität. Das gilt besonders dann, wenn die Familie gewollt oder ungewollt in das Chaos involviert ist, das mit den Abbrüchen und Rückfällen einher gehen kann.

### **Aspekte der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmenden:**

Mutter: *Unser Auftrag als Eltern ist unsere Kinder in die Verselbstständigung zu führen, sodass sie sich selbst versorgen und eine Familie gründen können. Unsere süchtigen Kinder kommen dort aber nicht an und damit ist und bleibt unser Auftrag nicht abgeschlossen. Das lässt uns verzweifeln.*

Christiane Erbel: *Nicht nur die Betroffenen, die immer im Mittelpunkt der Suchtversorgung stehen, auch das Angehörigensystem ist im Leid. Der systemische Behandlungs- und Unterstützungsansatz ist aber in der Suchthilfe finanziell nicht verankert. Beratungsstellen und Kliniken bieten zwar teilweise Angehörigenberatung an, aber wir Eltern empfinden sie nicht immer als hilfreich. Es fehlt im professionellen System, zumindest für uns Eltern, Knowhow, welche Unterstützung wir brauchen und was uns hilft.*

Dirk Gastauer: *Der familientherapeutische Ansatz ist im deutschen Sozialhilfesystem so nicht vorhanden. Man ist Selbstzahler. Ich bin selbst als Familientherapeut tätig. Ich habe einige Fälle, in denen die Angehörigen einen unglaublichen Leidensdruck haben. Oft hilft es den Angehörigen,*

*wenn wenigstens ein Problemverständnis von den Professionellen entwickelt wird, dass man Verständnis für die familiäre Situation entwickelt und zeigt. Für den familientherapeutischen Ansatz fehlt die Mandantschaft innerhalb des Sozialgesetzes.*

## **Wegweiser – Erkenntnisse aus den Best Practice Beispielen**

### **Dr. Sabine Broich- OLK, LVR Klinik Düren: Rückfälle, Erfahrungen aus der klinischen Praxis**

Dr. Sabine Broich-Olk ist Psychiaterin in der LVR-Klinik in Düren. Sie arbeitet in der Suchtfachambulanz und arbeitet tagtäglich mit Suchtkranken.

*„Menschen, die suchtkrank sind, haben in der Regel eine deutlich herabgesetzte Frustrationstoleranz. Dem ist in der Behandlung Rechnung zu tragen. Es ist aber auch wichtig, Langeweile zu ertragen, die Zeit zu nutzen, über Dinge nachzudenken.“*

In ihrem Vortrag gab Sabine Broich-Olk einen Überblick über die Arbeitsweise der Klinik zum einen bezogen auf die Voraussetzungen, ob jemand in die stationäre Behandlung aufgenommen wird und zum anderen, welche Kriterien es gibt, ob jemand bleiben kann, muss, soll oder darf.

Die Anfragen auf Entgiftungsbehandlungen übersteigen (teilweise) die vorhandene Kapazität der LVR-Klinik Düren. Deshalb wird der/ die Hilfesuchende nur sofort aufgenommen, wenn seelische und physische Gefahren abzuwenden sind. Bei den Aufnahmegesuchen, bei denen eine ambulante engmaschigere Behandlung ausreichend erscheint, wird diese empfohlen bzw. diese auf eine Warteliste genommen. Faktoren, die dabei bewertet werden, sind: gedrückte Stimmung, lebensmüde Gedanken, deutliche (suchttypische) Ambivalenz, Krankheitseinsicht, Behandlungseinsicht, körperliche Verfassung (Hep C, HIV, Leberzirrhose etc.), Intoxikation, bisheriger Behandlungsverlauf (gleich oder jetzt verändert), psychische Komorbiditäten (drogeninduzierte Psychose, Borderline etc.).

Auch für Frau Dr. Broich-Olk gehört der Rückfall dazu. Wenn ein Rückfall offen gemacht wird und ein/eine Patient/in das schnell kommuniziert, könne man damit arbeiten. Manche konsumieren heimlich, verkaufen Suchtmittel auch auf der Station – diese können nicht bleiben, denn sie schaden den anderen Patient/innen. Ansonsten werden bei Rückfällen folgende Aspekte vom Behandlungs-Team bewertet und bezüglich der Möglichkeit auf Fortsetzung individuell betrachtet: Besteht Bereitschaft die eigene Verantwortung zu sehen? Besteht Einsicht in die Krankheit/ die Behandlungsnotwendigkeit? Diese Kriterien werden herangezogen, weil nach ihrer Auffassung die (An)Erkennung der Krankheit und die Übernahme von Verantwortung an der Gesundung zu arbeiten/ sich eine neue Perspektive zu schaffen durch den/die Patient/in die Voraussetzung dafür ist, dass Behandlungsangebote Wirkung entfalten können. Patient/innen, denen bei einem Rückfall

keiner dieser Einsichten möglich ist, werden entlassen. Behandlungsabbrüche werden nicht nur durch die Klinik veranlasst, sondern auch durch die Patient/innen selbst.

Frau Broich-Olk beschreibt herausfordernde Situationen aus ärztlicher Sicht, in denen behandlungsbedürftige und -willige Patient/innen wegen Mangel an stationären Behandlungskapazitäten nicht aufgenommen werden können. Ausreichende freie Kapazitäten, zu jeder Zeit, wären aus ihrer Sicht natürlich sehr wünschenswert, ebenso wie die Flexibilisierung der Behandlungsdauer von Entgiftungen bzw. beim qualifizierten Entzug. Dadurch könnte der individuelle Behandlungsbedarf der Patient/innen besser berücksichtigt werden. Die stationäre Behandlungsrealität wird allerdings häufig von vielen Rahmenbedingungen, u.a. auch der Kostenperspektive, beeinflusst, die Einzelfallentscheidungen erschweren können.

### **Aspekte der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmenden:**

Vor allem das Thema (notwendige) Langeweile während der Therapie provozierte teils kontroverse Positionen und Erfahrungen

Mutter: *Ich habe bei meinem Sohn verschiedene Erfahrungen gemacht. Und immer wieder erlebt, dass Langeweile ein massives Problem darstellt, weshalb viele abbrechen.*

Sabine Broich-Olk: *Impulsivität und immer neue Reize zu brauchen, spielt bei einer Suchterkrankung eine große Rolle. Menschen, die suchtkrank sind, haben in der Regel eine deutlich herabgesetzte Frustrationstoleranz. Selbst wenn wir ein Programm vorhalten, ist es nicht genug. Aber es ist wichtig, dass Zeit zum Nachdenken da ist, Langeweile auch zu ertragen, die Zeit zu nutzen über Dinge nachzudenken.*

Betroffener: *Ich sehe das auch so. Ich hatte in der Klinik in Bonn in der Woche ein Rahmenprogramm, das war schon sehr umfangreich, drei bis vier Punkte am Tag. Ich wollte mehr machen, hatte das Gefühl, ich muss beschäftigt werden. Dann wurde ich ausgebremst – und habe das hinterfragt. Und habe dann einen Gedankenprozess entwickelt, der mich in einen Selbstantrieb gebracht hat. Ich habe angefangen zu schreiben, zu lesen. Ich habe fünf Entzüge gemacht innerhalb von einem Jahr, nach einem Suizidversuch und einer schweren Depression nach einem langen, harten Konsum. Musste auf Therapieplatz warten, was unmöglich war. Zwischen den Entzügen war der Konsum sogar stärker, aber meine Gedanken sind besser geworden. Klingt paradox, war's aber nicht.*

Es wurde in die Diskussion auch eine mögliche Grenzerfahrung für die Behandler/innen durch den Rückfall eingebracht. Das Personal müsse sich beim Umgang mit dem Rückfall manchmal auch selbst schützen:

Teilnehmerin aus einer Einrichtung: *Ein Mensch in seinem Rückfall ist nicht immer Herr seiner Sinne. Manche sind harmlos, aber es gibt auch solche, die konsumieren und es wird hochgradig*

*gefährlich. Ich spreche hier teils von regelrechtem Psychoterror. Auch für uns als Mitarbeiter/innen geht dann nur noch der Weg in die Klinik, weil die rechtlich gesehen mehr machen dürfen. PsychKG ist das letzte, was man ergreifen möchte, weil es menschenunwürdig ist. Also: Ordnungsamt – Polizei – Arzt vom Dienst – dann wird ein erwachsener Mensch gegen seinen Willen in eine Klinik gebracht, weil er sich oder andere gefährdet und nicht einsichtig ist.*

## **Markus Melis und Achim Roland, Auxilium, Hamm: Drogennachsorge in der Jugendhilfe. Die Arbeit mit jungen Drogenabhängigen und die Idee vom „Rückfall“ als Teil des Hilfeprozesses**

Zu Gast sind die beiden Sozialarbeiter Markus Melis, Einrichtungsleitung und Achim Roland, Diplom Sozialarbeiter und Teamleitung des Verselbständigungsbereichs, auch zuständig für den Präventionsbereich. Beide beziehen ihren Vortrag auf den Wohnbereich des Auxilium für jugendliche ehemalige Drogenabhängige zwischen 15 und 25 Jahren mit ca. 43 Bewohner/innen in drei Phasen, die sie vorstellen.

*„Im 4. Schritt nach einem Rückfall muss jede/r Bewohner/in durch seine Therapiegruppe. Sie müssen sich in der Gruppe erklären, weil sie für ziemlich viel Aufregung gesorgt haben.“*

Das Credo der Einrichtung Auxilium ist: „Unsere Angebote richten sich nach den Bedürfnissen der Menschen. Nicht umgekehrt!“

Der Durchlauf der jungen Bewohner/innen während ihres Aufenthalts im Wohnheim erfolgt im Auxilium in Phasen: Phase 1 Intensivangebot (Betreuungsschlüssel 1:1,42), 16 Plätze; Phase 1+ Intensivangebot (Betreuungsschlüssel 1:1), 7 Plätze; Phase 2 Regelangebot (Betreuungsschlüssel: 1:2), 12 Plätze; Phase 3 Verselbständigung (Betreuungsschlüssel 1:3,85), 8 Plätze.

Es wird mit dem Rückfall gearbeitet, in dem an der Rückfallprophylaxe gearbeitet wird: Aufbau eines Substanzfreien Lebensstils (Soziale Kontakte), Stabilisierung der Beziehung zu Angehörigen, Freizeitaktivitäten, Regelung der Tagesstruktur (u. a. durch berufliche Perspektive, Identifikation und Vermeidung von Risikosituationen (Warnlampen-Modell), Entwicklung von alternativen Handlungsstrategien bei kritischen Situationen (Unterbrechung von Automatismen: z.B. Pro-/Contra-Listen, Notfallkoffer, Selbstverbalisation, kognitive Umstrukturierung).

Kommt es zu einem Rückfall, wird zunächst vom zuständigen therapeutischen Team der Rückfall nach Kriterien bewertet: Art, Menge, Dauer des Konsums, Ort (in der Einrichtung, während der Freizeit, auf der Heimreise), sozialer Kontext (Alleine, mit Mitbewohnern/innen, mit Freunden), Zeitpunkt während der Behandlung, Nachweisquelle (selbst Gespräch nach Rückfall gesucht oder nach Verdachtstest). Der/die Betroffene bewertet seinen/ihren Rückfall ebenfalls nach einem standardisierten „Rückfall-Reflektionsbogen“ und es wird durch die zuständigen Therapeut/innen und dem Bezugsmitarbeitenden ein Gespräch mit ihm/ihr geführt. Weiterhin findet ein Gespräch

mit dem/der Betroffenen, den Mitbewohner/innen und den Therapeut/innen in der zugehörigen Therapiegruppe statt

Im Anschluss wird der Rückfall im Team besprochen. Dort wird eine Einordnung des Rückfalls vorgenommen, Änderung im therapeutischen und pädagogischen Vorgehen besprochen, sowie gegebenenfalls Reaktionen in Bezug auf den/die rückfällige/n Klient/in/en überlegt. Es wird nicht der Rückfall sanktioniert, sondern immer das Verhalten gegenüber der Gruppe.

Der Kostenträger wird bei jedem Rückfall umgehend informiert und in die Aufarbeitung des Rückfalls einbezogen.

### **Aspekte der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmenden:**

Vor allem zum 4. Schritt – Outing in der Therapiegruppe - beim Umgang mit Rückfällen, gab es erheblichen Diskussionsbedarf. Geklärt wurde zwar, dass ein Rauswurf nur dann erfolgt, wenn Drogen in die Einrichtung mitgebracht und/oder konsumiert werden. Wozu nach den Regeln der Einrichtung auch Alkohol zählt. Einzig Nikotinkonsum werde nicht sanktioniert. Aber auch die Auflage, sich den Fragen und Emotionen in der jeweiligen Bezugsgruppe aussetzen zu müssen, wurde kontrovers diskutiert:

*Betroffener: Gilt der Zwang zum Gruppengespräch auch in der Phase 3 der Verselbständigung? Ich habe eine jahrelange Geschichte mit engen, aufgezwungenen gruppenspezifischen Formen. Ich habe teils als Trainer dort später selber gearbeitet und gewisse Dinge und Prozesse anders gemacht. Und ich mache die Erfahrung, dass mit einer Freiwilligkeit, mit Motivieren es auch zur Konfrontation kommt, aber aus einem tiefsten Inneren heraus und nicht als Zwang, weil sonst mein Sicherheitsort weg ist. Ich glaube, dass man über Freiwilligkeit mehr Nachhaltigkeit erreicht.*

*Markus Melis: Sie sollen lernen, sich mit ihrem Tun auseinanderzusetzen und mit den Wirkungen ihres Tuns auf andere. Das ist wichtig auch für die anderen, die sonst dazu verdammt wären, es schweigend zu ertragen, wenn einer in ihrer Gruppe rückfällig geworden ist, und die ansonsten nicht wissen, wo sie damit hinsollen. Unsere Bewohner sind eher nicht gewohnt, miteinander zu reden. Auch wenn wir das ständig anregen, an vielen Orten, in den Therapiegruppen. Ich erlebe das nicht als so konfrontativ. Und die Rückmeldungen, die sie bekommen, sind oft wirklich Klasse, nicht ein Tribunal. Vor 35 Jahren war es viel krasser, mit heißem Stuhl etc. Und genau so ist es bei uns nicht.*

Als Ansatz für eine Verbesserung des Vorgehens in der Einrichtung wurde die Einbeziehung der Eltern beim Rückfall von allen Teilnehmenden gemeinsam betont, die bisher fehlt. Auch für Eltern ist es wichtig, die Bedeutsamkeit des Rückfalls einschätzen zu können. Vor allem sind sie als Mitbetroffene einzubeziehen, wenn die Maßnahme abgebrochen werden muss, da sie meist von den Folgen stark mitbetroffen sind: Wiederaufnahme zuhause? Sorge und Angst: „Wie geht es für



mein Kind weiter?"; ggf. entstehende finanzielle Folgen und Regelungsbedarf gegenüber Behörden etc..

Als wichtig wurde von den Teilnehmenden das direkte Einbeziehen von Berufsausbildung und Schule gesehen, weil die Einbindung dort ein wichtiger Baustein der Rückfallprophylaxe ist: Beitrag zum Aufbau einer Lebensperspektive, Bekämpfung von Einsamkeit und Langweile.

### **Anke Duarte, Caritas Suchthilfezentrum Schwelm: Rückfall – (k)ein Thema in der Sucht- und Drogenberatungsstelle?**

Anke Duarte arbeitet seit 32 Jahren in der Beratungsstelle der Caritas. Sie verweist auf die Unterschiede in der Konstruktion von Beratungsstellen. Als Grund für ihre möglicherweise leicht irritierende Überschrift erklärt sie: Eigentlich ist Rückfall selbstverständlich und insofern *kein* Thema in der Beratungsstelle. Ein Paradox, denn dadurch sei es eigentlich *immer* ein Thema.

*Corona war schlimm für unsere Arbeit, hat uns aber etwas gelehrt: dass nämlich Telefon, Video-Call, Instagram, Chatten, super Möglichkeiten sind, Beziehungen zu halten. Manche würden das als Hinterherlaufen werten, ich finde, das ist beziehungserhaltend. Es hilft sehr dabei, dass sich Situationen bis hin zum Rückfall für die Betroffenen nicht zuspitzen.“*

In ihrem Vortrag beschreibt sie, wie ihre Beratungsstelle arbeitet und verweist (immer wieder) darauf, dass es Unterschiede gibt unter den Beratungsstellen. Was sich auch in Gesprächen mit Eltern oft zeige. Außerdem habe sich im Laufe der letzten Jahrzehnte vieles geändert.

Sie erläutert zunächst die Haltung ihrer Beratungsstelle, die betont, dass Rückfälle keine Willensschwäche, Gleichgültigkeit oder unabwendbare Katastrophe sind, sondern eine Chance der Neuorientierung: Es hat so nicht gereicht, wie es bisher verlaufen ist, es muss sich etwas ändern. Sie sehen den Rückfall als Entwicklungschance; oft auch als ein Versuch der Selbstheilung. Ihre Aufgabe als Beratungsstelle sei es Rückfälle zu erklären – den rückfällig Gewordenen und auch den Angehörigen. Ihnen ist bewusst, dass der Weg aus der Sucht Zeit braucht, sehr individuell ist und Rückfall nicht gleich Rückfall ist. Das zeigt sich auch an der Sprache: Rückfall / Vorfall / „nur“ ein Konsum. Angesichts dieser für sie selbstverständlichen Haltung sei sie manchmal erstaunt zu erfahren, was Betroffene in anderen Beratungsstellen erleben. Sie betont auch die Unterschiede in den (rechtlichen und finanziellen) Aufträgen von Beratungsstellen im Vergleich zu Entgiftungsstellen. Die Beratungsstelle arbeitet „beziehungsorientiert“, dazu gehören auch Hausbesuche.

Die Beratungsstelle arbeitet nach dem Rückfallmodell von Marlatt/Gordon (Relapse Prevention Model, RPM), weil es die Auswirkungen des Rückfalls auf die Dynamik des Geschehens auf dem Weg durch die Sucht einzuordnen hilft. Außerdem zeigt es auf, dass bei Krisen vor allem an der Zuschreibung der Bewältigung des Rückfalls durch den Betroffenen zu arbeiten ist: Nach dem



Modell stärkt es die Selbstwirksamkeit des/der Betroffene/n, wenn er/sie wahrnehmen kann, dass er/sie den Rückfall erfolgreich bewältigt hat - und reduziert damit das Rückfallrisiko.

### **Aspekte der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmenden:**

Insgesamt gab es eine große Zustimmung zur Haltung der Beratungsstelle: Wohlwollend und kritisch sei sie; kein laissez faire, aber mit tiefem Verständnis. Allein das Rückfallmodell in Kreisform zeige die Flexibilität des Modells auf die Dynamik des Rückfalls. Kritisiert wird, dass bei dem Modell als Ziel allein die Abstinenz benannt wird.

Betroffene: *Das Ziel von Betroffenen, die Hilfe suchen, kann auch „safer use“/ „harm reduction“ etc. sein, wenn sie die Abstinenz als Ziel nicht wollen oder für sie nicht erreichbar erscheint.*

Anke Duarte: *Das Vorgehen nach dem Modell funktioniert nicht immer genau so. Ein Klient z.B. kam über die Jugendgerichtshilfe zu uns: Er hatte keinerlei Bedürfnis nach Veränderung, wohl aber die Mutter. Wir konnten mit dem Jungen individuell arbeiten und auch die Auflagen integrieren, die die Jugendgerichtshilfe vorgibt. Es hat „funktioniert“, er ist wiedergekommen; heute ist er 22. Er war in Therapie und auch rückfällig geworden – aber es gab eine Unterstützung für die Mutter die ganze Zeit, seit sie ihn kennen, seit fünf Jahren. Dafür sei es wichtig, in die Beziehung zu kommen. „Wenn das nicht funktioniert, haben wir keine Chance“.*

In der Diskussion wurde immer wieder deutlich, dass Eltern mit ihren Anliegen oft am Anfang nicht ernst genommen werden in den Beratungsstellen.

Anke Duarte: *Es kann sein, dass wenn die Berater/innen die erste Aufregung der Eltern (Drogenfunde) nicht teilen, es bei den Eltern zu Irritationen kommt. 10 Prozent der Kinder, die über die Eltern avisiert werden, kommen in der Beratung an; und die dort ankommen, sind auch wirklich die Fälle, die einen problematischen Konsum haben. Wir wissen aber am Anfang nicht, ob die Jugendlichen in diesen Kreislauf geraten werden. Und ich finde es auch nicht richtig, wenn man da schon pathologisiert.*

Die Teilnehmenden halten es im Konsens für wichtig, dass es ein aktives Angebot an Eltern geben sollte, weitere Termine zu vereinbaren, verbindlich und konkret, um dem Gefühl der Eltern entgegenzuwirken, dass sie alleingelassen werden.

Dass die Beratungsstelle von Frau Duarte (auch) aufsuchend arbeitet, scheint eher die Ausnahme zu sein, wie sich im weiteren Verlauf der Diskussion zeigt. In der Diskussion wurde auch zusammengetragen, welche Einflussfaktoren diese Unterschiede bewirken: Unterschiede in den Trägerschaften, Unterschiede bei den Mitarbeitenden, Unterschiede in den Finanzierungen (Abhängigkeit der Beratungsstellen von der kommunalen Finanzierung und damit von der Finanzkraft der Kommune).

## Ansichtssachen

Stimmen von Referenten, beteiligten Eltern und Fachleuten

---

### ***Eine Stimme von Betroffenen***

*„Profis müssen nahbar sein und erkennen lassen: Hier sitzt ein Mensch vor mir mit seinen Lebenserfahrungen und keine Maschine. Das kann ein Schlüsselerlebnis sein, ob jemand sich dann einlässt auf den schwierigen Prozess. So wie bei mir.“*

### ***Eine Stimme von Profis***

*„Es wäre schön, wenn sich das Angebot nicht an den finanziellen Ressourcen orientiert, sondern an den Bedarfen.“*

### ***Eine Stimme von Angehörigen***

*„Es gibt ja verschiedene Angehörigengruppen. Unser drogenabhängiger Sohn hatte zwei jüngere Geschwister. Auch das ist eine besondere Perspektive. Das macht mir deutlich, dass wir bei der Angehörigenarbeit den Fokus noch deutlich weiter öffnen müssen als bislang.“*

### ***Eine Stimme der Moderatoren***

*„Auch dieses Jahr war ich wieder von der hier praktizierten trialogischen Methode beeindruckt: ein offener, transparenter und fruchtbarer fachlicher Austausch und Konsensbildung auf Augenhöhe zur Verbesserung der Suchthilfe!“*

## Tagungsdokumentation

---

Die Beiträge der Referent/innen zur Tagung sowie den Text und den Video-Mitschnitt zum Vortrag des Poetry-Slammers Stef: „Das Date“ finden Sie hier: [Trialogischer Fachtag ARWED 2023](#)