



EDITORIAL



Liebe Leserin,
lieber Leser,

DER 01.07.2023 EIN SCHEINRIESE?
Zum 01.07.2023 wurden, durch das Digitale Rentengesetz vorgegeben, wirklich signifikante Veränderungen im Bereich der Beschaffung von Rehaleistungen umgesetzt. Die sogenannten „Vier Verbindlichen Entscheidungen“ wurden uns in vielen Veranstaltungen vorgestellt. Die Verträge wurden angepasst. Die Vergütung wird noch folgen. Eine neue Einrichtungsauswahl-systematik und ein auf Qualitätskennziffern basierendes Public Reporting Portal wurden eingeführt.

Die Angst vor den gesetzlich vorgegebenen Veränderungen war vielerorts groß. Die Veränderungen haben uns auch tatsächlich in den Bereichen Verwaltung, IT, Dokumentation einen nicht unerheblichen Mehraufwand beschert. Bezüglich der Nutzung von Qualitätskennziffern und des Public Reporting Portals, ist der Weg sicherlich noch nicht zu Ende gegangen (hier ist definitiv noch Luft nach oben vorhanden). Aber wir müssen für unsere Häuser konstatieren, dass die Zuweisungssituation auch nach diesen riesigen Veränderungen nach wie vor gut und die daraus resultierende Auslastung aktuell zufriedenstellend ist.

Es ist sehr erfreulich, dass die Veränderungen um das Digitale Rentengesetz BISLANG eher Herrn Tur Tur aus Michael Endes Geschichte gleichen und uns nicht vor riesige unüberwindbare Probleme stellen. Wir bleiben zuversichtlich, dass der Rest der erforderlichen Umstellungen gemeinsam mit unseren Kosten- und Leistungsträgern ebenfalls im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Fristen gelingen wird. (Ich hoffe, Sie haben eben, wie auch ich, drei Mal auf Holz geklopft; falls nicht, holen Sie es unverzüglich nach, bitte!)

Dies voraus geschickt, erschöpft sich auch der „politische Teil“ dieser salü. Nachfolgend informieren wir Sie in gewohnter Weise über Neuerungen, Besonderheiten und Entwicklungen in unseren Kliniken.

Wir wünschen Ihnen eine schöne Weihnachtszeit & viel Freude beim Lesen unserer zwei salüs!

Ihr Rodolfo Baumbach

DIE UNTERSCHIEDLICHKEITEN VON REHABILITATIONS- EINRICHTUNGEN UND IHRE ENTWICKLUNG



I. Frege

Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen stehen oft landschaftlich sehr schön gelegen alleine an einem Standort. Sollte sich doch eine andere Fachabteilung am selben Ort finden, so sind es hauptsächlich Psychosomatische Fachabteilungen.

Entsprechend dem neuen Tool der DRV, dem Publik Reporting (<https://meine-rehabilitation.de>) geht die DRV (stand 11.10.2023) von 263 Standorten mit Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen aus.

Bei der Suche nach einer psychosomatischen Einrichtung ergeben sich 199 Treffer.

Schaut man sich die psychosomatischen Kliniken an, so finden wir diese meist vergesellschaftet mit anderen Indikationen. Neben den Abhängigkeitserkrankungen finden sich sehr oft Kombinationen mit orthopädischen Abteilungen; kardiologischen, beziehungsweise internistischen Abteilungen, Fachabteilungen für Nervenheilkunde,

aber auch für Frauenheilkunde, Onkologie und z.B. HNO.

Während die Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen als möglichen Partner „nur“ psychosomatische Abteilungen haben, haben die psychosomatischen Abteilungen ein buntes Spektrum an Abteilungen am selben Standort, mit denen sie kooperieren können.

Psychosomatische Kliniken sind, wie auch Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen und auch andere Indikationen sehr unterschiedlich und können sehr unterschiedliche Schwerpunkte und Teil-Konzepte haben. Wie auch von der DRV gewünscht, haben sich die Kliniken im Laufe der Zeit immer weiterentwickelt und zum Teil auch spezialisiert. Der Versuch, eine Veränderung der Schwere (in einem Qualitätszirkel der Psychosomatischen Kliniken) der Diagnosen innerhalb der letzten Jahre in Psychosomatischen Kliniken nachzuweisen, scheiterte an der Verschiedenheit der Kliniken für Psychosomatik (eine Klinik hat seinen Schwerpunkt bei Essstörungen, eine andere hat einen Adipositaschwerpunkt, weitere Kliniken haben Schwerpunkte mit Behandlungen für Menschen mit Schizophrenie oder Verhaltensstörungen).

Die uns zurückgemeldete Struktur der Rehabilitand*innen wiederum bezieht

sich auf einen Durchschnitt von allen psychosomatischen Abteilungen. Da ist es unerheblich, ob die Klinik einen Schwerpunkt für Anorexia nervosa hat, oder eher Rehabilitand*innen mit „Burn-out“ behandelt. Rehabilitand*innen mit einer Anorexia nervosa sind eher jünger und Rehabilitand*innen mit einer Burn-out Symptomatik eher schon älter und doch werden sie alle an der gleichen Durchschnittsgruppe verglichen.

Generell erteilt die DRV die Kostenübernahme für eine/n Rehabilitand*in immer Indikations- und Fachabteilungsbezogen. Da jede Indikation und Fachabteilung ein eigenständiges Konzept hat, ist eine Behandlung in zwei Abteilungen zeitgleich nicht offiziell möglich. Eine Umschreibung, z.B. von der Psychosomatik in die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, ist somit nur nach einer erneuten Prüfung der Unterlagen und einem Umschreibungsantrag möglich. Die Erfahrungen sind hier sehr unterschiedlich und auch nicht innerhalb eines Kostenträgers gleich. Allerdings brauchen Umschreibungen viel Zeit und es wird ihnen in der Regel nach unseren Erfahrungen bei manchen Kostenträgern nicht stattgegeben. Bei der Umschreibung in die Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen, wird oft eine Anbindung an die Suchtberatungsstelle vorausgesetzt (was auch sinnvoll ist). Da diese bei

den psychosomatischen Rehabilitanden nicht gegeben ist, wird die Notwendigkeit einer Umschreibung oft nicht gesehen. Eine Chance auf Umschreibung haben nur die Rehabilitanden, wo wir deutlich machen können, dass eine Rückkehr ins Konsumleben zu einer deutlichen Verschlechterung der körperlichen und psychischen Lebenslage führen würde und wo wir eine konkrete Gefährdung sehen.

Die Akzeptanz der Umschreibung der Kostenübernahme für eine andere Indikation ist somit abhängig vom Kostenträger und immer mit zusätzlichem Aufwand verbunden.

Als Ärzt*innen und Therapeut*innen sind wir bemüht, den/ die Rehabilitand*in möglichst gut zu rehabilitieren, weshalb die Möglichkeiten des Standortes sicherlich ausgeschöpft werden. Das Know-how der anderen Indikation wird, soweit es sinnvoll ist und geht, genutzt. Allerdings erlauben die Reha-Therapiestandards (RTS) und die Vorgaben der Rentenversicherungen bezüglich der Leistungsdauer, -menge und -verteilung während einer Rehabilitation wenig Spielraum.

Um im Publik Reporting eine positive Wertung zu erzielen, müssen die „Reha-Therapiestandards“ und die „Therapeutische Versorgung“ möglichst den Vorgaben entsprechen.

Dazu gehört auch das Einhalten von Therapiezeiten. Während in der Fachklinik für Abhängigkeits-erkrankungen Therapiezeiten bis zu längstens 26 Wochen (seit 01.07.2023 22 Wochen) genehmigt werden, sind es in der Psychosomatik 5 Wochen.

Dieses resultiert auch aus der Entwicklung der Fachkliniken.

Ein bisschen was aus der Historie:

Zunächst einmal haben die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen und die Klinik für Psychosomatik verschiedene Entwicklungen gemacht, um bis zu dem Punkt zu gelangen, wo wir heute stehen.

Entwicklung der Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen

In der Antike und im Mittelalter wurde Alkohol kritiklos als heilendes und linderndes Medikament im medizinischen Sinne verwandt. In der Frühen Neuzeit dann wurde "unmäßiger" Alkoholkonsum moralisch verwerflich. Im 18. Jahrhundert wurde der Alkoholkonsum zwischen Usus (dem rechten, mäßigen Gebrauch) und dem Abusus (dem unmäßigen Missbrauch) unterschieden. Mit Strafen sollte das Trinken unterlassen werden, was nicht gelang. In



der Schulmedizin des 18. Jahrhunderts stieß das Krankheitsmodell des Vieltrinkens zunächst überwiegend auf Ablehnung. Die Idee einer Erkrankung entthob den Erkrankten von seiner Verantwortung, war die Meinung der Mediziner und die Ätiologie war unklar. Als Beweis wurde angeführt, dass nicht alle Alkoholkonsumenten Suchtkrank wurden. In den 1840 Jahren begannen sich Gruppen als Trinkerelbsthilfe zu formieren, da sie spürten, dass das Trinken „wie ein Zwang war“.

In Europa breitete sich der Protestantismus aus und in der Zeit der Aufklärung wurde der Mensch als ein autonomes und selbstkontrollierendes Individuum wahrgenommen. Der Alkoholkonsum, der zunächst als „Laster“ begriffen wurde, wurde im Laufe der Jahrhunderte zu einem „unwillkürlichen Leiden“ und somit zu einer „Krankheit“ umdefiniert. („Der Trinker hat in der Regel nicht mehr gesündigt als der Schwindsüchtige“).

Bis sich aber die Schulmedizin der Suchtkranken annahm, hatten sich schon die Kirchen, Wohlfahrtsverbände und „Trinkerelbsthilfe“ der Menschen mit Alkoholproblemen angenommen. Die Motivationen waren in erster Linie religiös und in zweiter Linie sozial bzw. sozialpolitisch.

Nachdem 1968 das Bundessozialgericht, die Sucht als Krankheit anerkannte, wurde diese behandelbar und durch die Finanzierung der Krankenkassen auch für alle zugänglich. Eigene Suchtkliniken entstanden. 1978 wurde eine Einigung erzielt zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung, die fortan die Kosten für eine Entwöhnungsbehandlung übernehmen sollten. Erst zunehmend wurde die therapeutische (Arbeits-)Gemeinschaft durch die heutige Rehabilitation mit Sucht- und Psychotherapie abgelöst. Trotzdem bleibt die strukturierende und kontrollierende Struktur der Suchttherapie erhalten. Die Behandlung in einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen ist immer

noch stark geprägt von Kontrollen und Strukturen, die eingehalten werden müssen. Auch das Pädagogische hat weiterhin seinen Platz in den Einrichtungen, da es sich oft um junge Rehabilitanden handelt oder aber auch um Menschen, die wenig in sozialen Gefügen gelebt haben.

Entwicklung der Klinik für Psychosomatik

Die Psychosomatik hat ihre Wurzeln eigentlich schon in der Antike, wo die Leib-Seele-Frage eine zentrale Frage war. Im Verlauf der Jahrhunderte verlor sich dieser Ansatz, und die Somatik bekam immer mehr Bedeutung. Durch die Anatomie, Pathologie und Mikrobiologie entwickelte sich ein Ansatz in der Medizin, dass man das „krank machende“ entfernen musste. Es gab das Konzept der Pathogenese, also welches die Entstehung von Krankheit beschrieb.

Erst im 20. Jahrhundert wurde erneut deutlich, dass der Körper auch von der Umwelt und der Psyche beeinflusst wird. Die Salutogenese (die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit) wurde geboren und es wurde geschaut, welche Fak-

toren die Gesundheit positiv beeinflussen. Und auch die Psychoanalyse unterstützte die Entwicklung der Psychosomatik mit der Erkenntnis, dass sich seelische Konflikte in körperlichem Leiden widerspiegeln. Dies war ein neuer Aspekt in der zunehmend naturwissenschaftlichen und technisierten Medizin.

Die Psychosomatik stellte sich zunehmend als integrative Fachrichtung dar, was sich auch darin widerspiegelt, dass die niedergelassenen Kolle-

gen im Rahmen ihrer Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin die psychosomatische Grundversorgung erlernen müssen.

Die Entscheidung zur Einrichtung eines Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin traf der 92. Deutsche Ärztetag in Köln im Jahr 1992. Im Mai 2003 erfolgte auf dem Ärztetag eine Umbenennung des Fachgebietes in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Heute beinhaltet der psychosomatische Rehabilitationsbereich circa 16.000 Betten.

Das spezifische an der psychosomatischen Rehabilitation ist weniger die klassische psychosomatische Indikation, sondern vielmehr das breite, therapeutische Angebot, das sich auf die ganzheitliche und funktionsorientierte (ICF) Behandlung stützt. Somit geht es um ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept, wo psychotherapeutische Maßnahmen ihren besonderen Stellenwert haben. In medizinischen Kontexten werden für funktionelle Körperbeschwerden Häufigkeiten zwischen 20% und 50% in Hausarztpraxen und zwischen 25% und 66% in spezielleren klinischen Kontexten (z. B. Rheuma- oder Schmerz- oder gynäkologische Ambulanz) genannt. Gerade weil die Psy-



chosomatik nicht nach einer einzigen Ursache für eine Erkrankung sucht, sondern den ganzen Menschen und die Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele betrachtet, kann die psychosomatische Rehabilitation sehr wirkungsvoll sein.

Die Hauptmethodik dabei ist die Psychotherapie, so dass eben den psychosomatischen Störungen im engeren Sinn auch andere psychische Störungen wie Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen qualifiziert behandelt werden. Das bedeutet aber auch, dass die Psychosomatik sich aus der Somatik (Körpermedizin) entwickelt hat. Die Menschen gehen davon aus, dass sie „krank“ sind und viele haben schon Zeiten der Schonung, der Regression und der körperlichen Inaktivität erlebt. „Dem Wortsinn nach ist medizinische Rehabilitation das „Wiederfähigmachen“.

Während die Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen schon eine lange geschichtliche Entwicklung mit viel Stigmatisierung, Verboten und moralischen Forderungen hinter sich hat, ist das Fachgebiet der Psychosomatik noch eine junge Disziplin, die sich aus Krankheitsverläufen entwickelt hat, wo die körperlichen Korrelate, die Beschwerden nicht ausreichend erklären. Diese verschiedenen Entwicklungen machen sich in den Haltungen der Therapeut*innen bemerkbar und prägen somit die Behandlung, wie auch das Miteinander in den Kliniken. Bezogen auf Unterschiede in den Rehabilitandengruppen, kann man sagen: Der Rehabilitanden aus der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen ist im Schnitt 43 Jahre alt, zu 78 % männlich und zu 40 % in Beziehung leben. 27 % sind arbeitslos und nur bei 29 % besteht eine Beschäftigung. Bei Aufnahme sind 54 % arbeitsunfähig und 16 % über sechs Monate arbeitsunfähig. Die psychosomatische Rehabilitandin ist im Schnitt 52 Jahre alt, 62 % sind weiblichen Geschlechts und 64 % leben in einer Beziehung. 5 % sind arbeitslos und bei 72 % besteht ein Beschäftigungsverhältnis. 58 % sind bei Aufnahme arbeitsunfähig und 46 % über sechs Monate krankgeschrieben.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es eine Schnittmenge bei den Rehabilitanden gibt, die in beiden Kliniken profitieren können. Allerdings sollte man den Mindset, also die innere Haltung, nicht unterschätzen, die auch mit darüber entscheidet, ob die Rehabilitation erfolgreich wird.



Möglicherweise wundern Sie sich beim Lesen dieser Ausgabe, dass sie keine Friedrichsdorfer Beiträge enthält. Dies ist tatsächlich so und liegt nicht daran, dass es aus Friedrichsdorf nichts zu berichten gäbe. Das Gegenteil ist der Fall. Unsere Zeit in Friedrichsdorf neigt sich dem Ende. Der Bau in Bad Nauheim schreitet gut voran. Die amtlichen Konzessionierungsverfahren sowie die Anerkennung und Abnahme durch die zuständigen Stellen sind initiiert.

Irgendwann nach den Sommerferien 2024 werden in Friedrichsdorf Busse vorfahren, unsere Rehabilitanden abholen und nach Bad Nauheim fahren, damit diese ihre Rehabilitationsmaßnahmen dort nahtlos und unmittelbar fortsetzen können.

Das hier im Hintergrund zu sehende Gebäude welches den Rehabilitanden und unseren Mitarbeitenden bis zuletzt hervorragende Therapie- und Arbeitsbedingungen geboten hat, wird dann seine Mission im Sinne der salus klinik erfüllt haben.

In diesem Zusammenhang werden wir oft gefragt, was aus dem Gebäude wird. Wir sind sehr froh, dass sich ein Investor gefunden hat, der die jetzigen Klinik-Gebäude einer neuen (alten) Verwendung wieder zuführen wird. Ganz im Sinne aktueller Nachhaltigkeitsaspekte werden die Gebäude nach modernen und ökologischen Richtlinien und Aspekten renoviert und wenn man es so will, „recycelt“. Dabei sollen in den oberen Etagen Wohnraum und in dem Erdgeschoss Geschäftsflächen entstehen. Wir wünschen allen Beteiligten gutes Gelingen und freuen uns, dass die uns so vertraute Immobilie in diesem Sinne fortbesteht und dem Leben und den Menschen der Stadt Friedrichsdorf weiterhin dienen wird.

Wir werden unsere therapeutische Arbeit in Bad Nauheim fortsetzen. Das was uns dort erwartet, können Sie der Sonderausgabe entnehmen, die wir diesen großen Veränderungen gewidmet haben ...

CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN VON ANGEHÖRIGENSEMINAREN IN EINER DROGENKLINIK



EIN BERICHT AUS DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL



H. Enke

Die negativen Auswirkungen einer Sucht auf Angehörige und nahe Bezugspersonen sind unumstritten. Oftmals leiden Angehörige unter psychischen und psychosomatischen Beschwerden, fühlen sich isoliert und sind mit Schuld- und Schamgefühlen, Stigmatisierungängsten, Zukunftsängsten, Hilflosigkeit sowie Enttäuschung und Vertrauensverlust konfrontiert. Ihre Anliegen und Bedürfnisse geraten oft in den Hintergrund, wenn es um die Suchtproblematik und der Hilfe für die Betroffenen geht. In ihrer „Doppelrolle“ als betroffene Angehörige und zugleich als Unterstützende im Genesungsprozess stehen sie vor einer komplexen Herausforderung. Dennoch ist nicht jede Form der Unterstützung hilfreich oder angebracht. Teilweise können die Bemühungen der Angehörigen die eigenständigen Fortschritte der Betroffenen hemmen und sie selbst erkranken in ihrer „Doppelrolle“.

In diesem Zusammenhang erweisen sich Angehörigenseminare in Suchtkliniken als äußerst wertvolle Ressource, um notwendige Unterstützung, Verständnis und Informationen anzubieten. Diese Seminare fördern den Austausch von persönlichen Erfahrungen und Fachwissen, stärken die Gemeinschaft und bieten bewährte Strategien zur Stressbewältigung, Selbstfürsorge und Stärkung der eigenen Handlungsfähigkeit. Bisher waren regelmäßige Angehörigenseminare eher ein Therapieangebot im Bereich der Alkoholabhängigkeit oder in größeren Kliniken. Wir haben dieses Angebot nun auch bei uns als Drogenklinik fest implementiert.

Ein entscheidender Erfolgsfaktor liegt in der Bereitschaft der Teilnehmenden, sich auf Psychoedukation einzulassen und Informationen aufzunehmen. Die Interventionen in den Seminaren vermitteln dem Teilnehmenden Wissen über die Entstehungsbedingungen, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten der Suchterkrankung. Dabei steht in unserem Angehörigenseminar nicht nur das schlichte Vermitteln von Fakten im Vordergrund,

sondern vielmehr das tiefere Verständnis für die individuelle Situation aller Beteiligten – sowie ein konstruktiver Austausch. Durch diese Prozesse, die auf divergentem Denken und zielfokussiertem Wissenstransfer basieren, lassen sich konkurrierende Handlungstendenzen erkennen und überwinden. Das Ziel der Angehörigenseminare besteht darin, die aktive Teilnahme aller Betroffenen zu fördern und die Energie für die Verwirklichung persönlicher Ziele im Genesungsprozess zu intensivieren. Durch eine stärkere Fokussierung auf eigene Bedürfnisse sowie die Steigerung der Selbstwirksamkeit kann eine Entlastung von unerreichbaren Zielen in der „Doppelrolle“ erreicht werden.

Allerdings sind bei der Durchführung von Angehörigenseminaren Herausforderungen wie begrenzte Zeitressourcen, individuelle Bedenken und Gruppendynamik zu berücksichtigen. Eine kritische Reflexion der ersten Seminare erfolgte über eine anonymisierte, schriftliche Befragung der Teilnehmenden, um zukünftige Angehörigenseminare kontinuierlich zu optimieren. Alle Teilnehmenden empfehlen das Seminar an andere Betroffene weiter. Die Teilnehmenden benannten als häufigste Seminarziele „Ich möchte wissen wie ich helfen kann“, „Ich möchte Informationen über die Suchterkrankung bekommen“, „Ich möchte meine Erfahrungen mit anderen austau-

Seminar die gesunde Wechselwirkung adaptiver Prozesse unterstützen konnte. Die Therapeuten/innen gewannen wertvolle Einblicke in die spezifischen Bedürfnisse und Sorgen der Teilnehmenden. Diese Erkenntnisse können die therapeutische Herangehensweise an die Betroffenen verbessern und ein tiefes Verständnis für familiäre Dynamiken und den sozialen Kontext der Betroffenen schaffen.



Hierbei erfolgt eine Anpassung der individuellen Bedürfnisse und Ziele an die jeweiligen Rahmenbedingungen der Teilnehmenden.

Es ist von Bedeutung, diese Prozesse in den Angehörigenseminaren sorgfältig zu koordinieren und zu vermitteln. So finden telefonische Vorgespräche mit den Angehörigen statt, um fehlgeleitete Erwartungshaltungen zu vermeiden und Ängste oder Sorgen abzubauen.

„Die Teilnehmenden beurteilten die Zielerreichung im Durchschnitt mit 2 (Schulnotensystem) und die Seminarinhalte mit 1,7.“

Auf Grundlage des positiven Feedbacks der Teilnehmenden werden wir weiterhin regelmäßig Angehörigenseminare anbieten. In der Rückschau auf die ersten Angehörigenseminare in unserer Klinik in Castrop-Rauxel wird deutlich, dass die Teilnehmenden oft in einem assimilativen Prozess stecken und das

SELBSTHILFGRUPPEN CONVENTION DER NARCOTIC ANONYMOUS



**EIN ERFAHRUNGSBERICHT
AUS CASTROP-RAUXEL**

Mitte dieses Jahres durfte ich mit einigen Rehabilitand*innen der salus klinik die 37. DCNA in Bochum besuchen. DIE DCNA ist eine Veranstaltung der Narcotics Anonymous (NA). Die NA an sich sind eine Selbsthilfegruppe für Suchterkrankte illegaler Substanzen, vergleichbar mit den Anonymen Alkoholikern. Ziel des Wochenendes war es, Menschen einen Eindruck zu vermitteln, worum es bei den NAs geht und um die Chance zu nutzen, Zeit miteinander zu verbringen, Kontakte zu knüpfen und sich über Persönliches sowie das Thema Sucht auszutauschen. Es wirkte für mich wie ein Ereignis, bei dem Menschen aller Schichten und Ethnizitäten zusammenkommen konnten und sich liebevoll und mit Respekt begegneten. An den 3 Tagen gab es mehrere Angebote, wobei wir von der salus klinik die Convention am Freitagabend und am Samstag besuchten. Die Sonne strahlte und die Stimmung war gut und herzlich. Es wurde eine frische Linsensuppe angeboten, belegte Brötchen und verschiedenste, natürlich alkoholfreie Erfrischungsgetränke. Gestärkt durch Speis und Trank besuchten wir dann die erste Veranstaltung. Diese dreht sich primär um 2 Menschen, einen Mann und eine Frau, die sich und ihre Geschichte sowie ihre Verbindung mit der NA in einer Plenum-Runde vorstellten. Der Saal war gut gefüllt und nachdem ich mir einen Platz gesucht hatte und bevor die Veranstaltung los-

ging, verwickelte mich ein netter Herr neben mir schnell in ein Gespräch und hieß mich bei den NAs willkommen. Ich weiß noch wie er davon schwärmte, wie sehr die NAs sein Leben positiv bereicherten, wie er das erste Mal dort war und wie gerne er seitdem an den Veranstaltungen und Gruppentreffen teilnimmt. Er berichtete mir davon, wie wichtig er es findet Menschen einen Raum zu schaffen, an dem sie sie selbst sein können und dürfen sowie sich mit anderen Suchterkrankten austauschen können. Als die Veranstaltung dann losging, gab es zunächst einen Vorredner, der die NAs noch einmal mit ihren Regeln, Überzeugungen und die Abläufe der Selbsthilfegruppe vorstellte. Die Stimmung war gut und locker, es wurde gelacht und es fühlte sich sehr familiär an. Ich glaube, das ist eine Stärke der NAs, weshalb Menschen sich dort miteinander verbunden fühlen. Nach dem Vorredner berichtete zunächst ein Mann über seine Vergangenheit, die z.T. Rechtsextrem geprägt war, wie er sich einer rechtsextremen Gruppe anschloss, um seinem Vater zu gefallen und wie ihn die NAs dabei halfen, einen neuen Lebensabschnitt zu beginnen. Danach berichtete eine junge Frau von ihrer gewaltgeprägten Kindheit, den vielen Psychiatrieaufenthalten und wie sie durch einen Besuch bei einer Gruppensitzung der NAs wieder etwas fand, an das sie glauben konnte, ja sogar etwas, wofür sie wei-



terleben wollte. Sie wollte sich eigentlich das Leben kurze Zeit später nehmen, konnte sich jedoch noch einmal durch ihre Therapeutin motivieren lassen zu einem Treffen der NAs zu gehen, was ihr am Ende das Leben rettete. Es war eine sehr emotional packende Veranstaltung, jede*r war berührt von den Geschichten und irgendwo konnte sich auch jede*r in den Geschichten wiederfinden. Ab und an hörte ich ein Schluchzen oder sah eine Träne kullern, wobei auch ich emotional sehr berührt war. Nach den 2 Vorstellungen gab es tobenden Applaus und alle im Saal erhoben sich und formten einen Kreis am Rande des Saales, sodass alle Arm in Arm miteinander verhaft verbunden waren. Als Gruppe vereint, wurde dann das Dankbarkeitsgebet der NAs gesprochen. Anschließend wurde erneut Applaudiert und die Leute verließen langsam den Saal. Im Anschluss gab es in der Aula einen Clean Countdown. Hier versammelten sich alle Anwesenden am Rande des Saales und eine Dame auf der Bühne am anderen Ende zählte von 25 Jahren bis 1 Tag runter. Je nachdem, wie lange jemand Abstinenz war, ging diese*r in die Mitte des Raumes, wenn seine/ihre Abstinenzzeit genannt wurde und ließ sich von den anderen feiern, bzw. wurde herzlich umarmt und in den Kreis der in der Mitte stehenden aufgenommen. Fast alle Rehabilitand*innen trauten sich und gingen auch in die Mitte der



Aula. Ein wirklich schöner Moment. Einige strahlten förmlich und genossen den Moment in die Mitte zu laufen und sich selbst zu feiern und von den anderen feiern zu lassen. Im Anschluss und zu guter Letzt gab es eine Clean-Disko. Ich war begeistert. Auch die Erfahrung zu sammeln, wie angenehm es ist nüchtern zu tanzen, v.a. wenn es alle anderen auch tun. Ich fand es war wie in einer richtigen Disco und die Stimmung war gut und ausgelassen. Auch den Rehabilitand*innen der salus klinik gefielen die Veranstaltung sowie das damit verbundene Angebot der Selbsthilfegruppe. Aus meiner Perspektive eine gelungene Veranstaltung und sehr zu empfehlen für jede*n, der/die sich für die NAs, warum auch immer, interessiert und sich mit anderen Menschen austauschen möchte.

T. Hesse

IN EIGENER SACHE



Im Sinne der Nachhaltigkeit bieten wir Ihnen an, die salü nicht in Papierform zu erhalten, sondern per EMail. Bitte senden Sie uns hierzu Ihre Mailanschrift und die Anschrift, an welche die salü bisher versendet wurde.

So können wir Sie aus dem Versand-Verteiler nehmen und Ihnen die salü per Mail zusenden.

Alternativ können Sie sich die salü auch gerne 2 x im Jahr (Mitte Juni und Ende Dezember) von unserer Homepage runterladen: www.salus-kliniken.de/salue-salus-kliniken/
Auch in diesem Fall bitten wir um eine kurze Rückmeldung, damit wir Sie aus dem Versand-Verteiler löschen können.

Bei Fragen diesbezüglich sowie Abmeldung aus dem Verteiler wenden Sie sich bitte an:

Julia Figuli
j.figuli@salus-huerth.de
Tel. 02233-8081-904

Sandra Fisch
s.fisch@salus-huerth.de
Tel. 02233-8081-823

REHASCAN

DIE NEUE DIAGNOSTIKSOFTWARE FÜR SUCHT UND PSYCHOSOMATIK WENN FORSCHUNG, PRAXIS UND TECHNIK ZUSAMMENWIRKEN

EIN BERICHT AUS DER SALUS KLINIK LINDOW



R. Schöneck



J. Lindenmeyer



H. Daniel

Wir haben in Lindow seit Juli 2023 die neue Diagnostiksoftware RehaScan¹ im Einsatz, die wir gemeinsam mit der Firma Navacom entwickelt haben. Alle Patient*innen der Sucht und der Psychosomatik füllen zu Therapiebeginn und Therapieende jeweils ein Fragebogenset am PC, Tablet oder Handy aus. Die Ergebnisse stehen den Bezugstherapeut*innen unmittelbar zur Befundung und individuellen Therapieplanung zur Verfügung. Außerdem werden automatisch Textbausteine für den Entlassbericht generiert. RehaScan läuft webbasiert, sodass keinerlei Installation bzw. Wartung auf den Klinikservern erforderlich ist.

DIE WISSENSCHAFT

Alle reden von individualisierter, bedarfsgerechter Behandlung. Aber welche Patientenmerkmale sind hierfür wirklich entscheidend, da haben Behandler*innen ganz unterschiedliche Vorstellungen. Vor über 14 Jahren haben wir zusammen mit 6 weiteren Suchtkliniken an einem großen Forschungsprojekt „RMK- Rehabilitations-Management-Kategorien“² der Charité Berlin unter Leitung von Prof. Müller-Farnow mitgewirkt. In 2 Erhebungen an insgesamt über 1.500 Alkoholpatient*innen konnten von ursprünglich 20 Fragebogen und etwa 60 Patientenmerkmalen mithilfe aufwändiger statistischer Verfahren ganze 8 Fragebogenskalen und 2 Patientenmerkmale herausgefiltert werden. Diese konnten wiederum statistisch zu den 4 Kategorien: Substanzbezogene Beeinträchtigung, psychische Beeinträchtigung, psychische Ressourcen und soziale Beeinträchtigung, zusammengefasst werden, deren Ausprägung jeweils valide Hinweise für die im Einzelfall indizierte Behandlungsdauer und Behandlungsschwerpunkte gaben. Die damals für das Forschungsprojekt entwickelte Software zur Auswertung der Patientendaten haben die beteiligten Kliniken seither unter dem Namen „RMK-Software“ im klinischen Alltag weiter genutzt.

Wir haben nunmehr den damaligen Ansatz auch auf andere Substanzen (Drogen und Medikamente), pathologisches Glücksspiel und Psychosomatikpatient*innen übertragen. Optional können zusätzlich die Nikotinabhängigkeit und die Partnerschaftszufriedenheit erhoben werden (vgl. Abbildung 1). Die neue Diagnostiksoftware RehaScan erfasst über 19 Fragebogen relevante Problembereiche und bestehende Ressourcen. Es wurde außerdem die Möglichkeit geschaffen, dass die Fragebogenergebnisse der Patient*innen nicht einfach für die Therapieplanung übernommen werden, sondern wie in der Medizin üblich zunächst auf dem Hintergrund der klinischen Ein-

Abb. 1 Die 19 Fragebogen von RehaScan

- Screening: Anzahl von Entzugsbehandlungen, Ausprägung von substanzbezogenen Problemen mit Alkohol (AUDIT), Medikamente (KMM) und Drogen (DUDIT) sowie verhaltensbezogenen Probleme mit Glücksspiel (KFG)
- Psychische Beeinträchtigung: Symptom-Checkliste90 (SCL-90), Beck-Depressions-Inventar II (BDI II) und State-Trait Angst Inventar (STAI)
- Psychische Ressourcen: Selbstwirksamkeit (SWE), Aktives Coping, Lebenszufriedenheit (FLZ)
- Soziale Beeinträchtigung: Soziale Unterstützung (FSOZU), arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)
- Rückfallgefährdung: Alkohol (AASE), Medikamente (MASE), Drogen (DASE), Glücksspiel (GASE)
- Nikotinabhängigkeit: Fagerström (FNT)
- Partnerschaftsqualität: Partnerschaftsfragebogen (PFB)

schätzung durch die Behandler*innen befundet werden, bevor sich daraus konkrete Therapieschritte ableiten lassen. Schließlich bildet die Software die Veränderung zwischen Eingangs- und Ausgangsdiagnostik zur Bewertung des Therapieerfolgs ab.

DIE PRAXIS

Die Bezugstherapeut*innen legen neue Patient*innen in RehaScan an und entscheiden z.B. anhand der Zuweisungsdiagnose durch wenige Klicks, welche Fragebogen ihre Patient*innen ausfüllen sollen. Die Patient*innen können diese dann sowohl auf PC's in den Diagnostikräumen der Klinik als auch nach Versendung eines entsprechenden Links auf ihrem eigenen Tablet oder



Smartphone ausfüllen. Die Navigation durch die Fragebogen erfolgt via eines Klicks auf „Weiter“ (vgl. Abbildung 2). Falls Patient*innen die Eingabe unterbrechen, sind alle bis dahin beantworteten Fragen gespeichert. Wenn die Eingabe fortgesetzt wird, können Patient*innen dort weitermachen, wo sie zuletzt aufgehört hatten. Es ist

dabei nicht möglich eine Frage auszulassen, gleichermaßen können bereits beantwortete Fragen im Programm korrigiert werden.

Unmittelbar im Anschluss an die Durchführung erhalten die Bezugstherapeut*innen einen Übersichtsbogen (vgl. Abbildung 3). Hier finden sie einerseits die exakten Ergebnisse aller Fragebogenskalen als auch in Form von Smileys einen Hinweis, in wieweit sich hinsichtlich der vier Therapie-Reha-Bedarfsdimensionen (Substanzbezogene Beeinträchtigung, Psychische Belastung, Psychische Ressourcen und Soziale Beeinträchtigung) in der Selbsteinschätzung der Patient*innen ein besonderer Behandlungsbedarf abweichend vom Standardprogramm der Klinik ergibt.

😊 bedeutet eine „eher geringe Beeinträchtigung“

😞 bedeutet eine „durchschnittliche Beeinträchtigung“

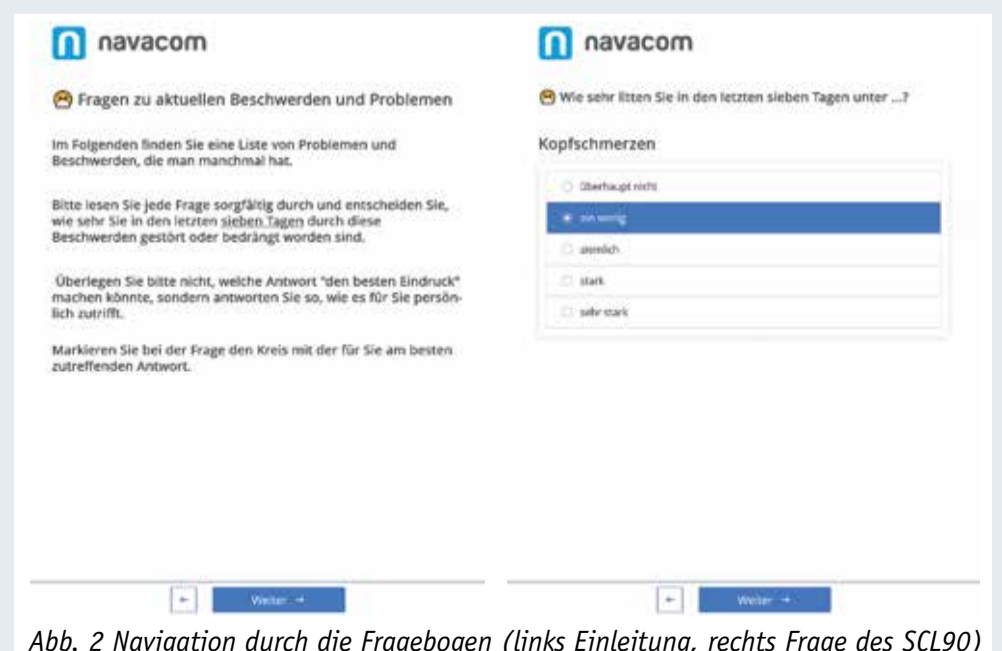


Abb. 2 Navigation durch die Fragebogen (links Einleitung, rechts Frage des SCL90)

- ☹☹ bedeutet eine „starke Beeinträchtigung“
- ☹☹☹ bedeutet eine „maximale Beeinträchtigung“

Die Bezugstherapeut*innen werden außerdem gebeten, die Selbsteinschätzung der Patient*innen auf dem Hintergrund ihres klinischen Eindrucks zu bewerten und schließlich entsprechende Behandlungsoptionen mit auszuwählen:

- ✓ wenn sie der Selbsteinschätzung der/s Patient*in zustimmen
- 😊 wenn sie die Situation der/s Patient*in günstiger einschätzen
- ☹ wenn sie die Situation der/s Patient*in ungünstiger einschätzen

Der Übersichtsbogen dient häufig als Grundlage für die Supervision und insbesondere für das sog. Auswertungsgespräch, in dem den Patient*innen die Ergebnisse der Eingangsdiagnose und die daraus abgeleiteten Behandlungsempfehlungen mitgeteilt werden (z.B. erweiterte Einzeltherapie, Verkürzung bzw. Verlängerung der Behandlung, Teilnahme an Bewerbungstraining, Ansetzen von Drogenkontrollen).

Neben den deskriptiven Ergebnissen der Fragebogen bedarf es zudem einer klinischen Befundung. Die Befundung dient dazu, die diagnostischen Ergebnisse psychotherapeutisch zu interpretieren. RehaScan erstellt zu diesem Zweck einen Diagnostiktext (vgl. Abb. 4). Zur Unterstützung der Befundung bekommen die Bezugstherapeut*innen pro Beeinträchtigung bzw. Ergebnis in den Zusatzfragebogen jeweils verschiedene therapeutische Bewertungen angeboten (vgl. Abb. 4, fettgedruckte Text-

Es ergaben sich in der Selbsteinschätzung des Patienten Hinweise auf eine besonders starke **PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG**: Klinisch relevante depressive Verstimmung (BDI), hohe psychische Belastung (SCL-90) und allgemeine Ängstlichkeit (STAI). **Dies entsprach unserem klinischen Eindruck. Die von dem Patienten angegebene psychische Beeinträchtigung war aus unserer Sicht allerdings eher dem Entzug geschuldet und stellte keinen Hinweis für das Vorliegen einer eigenständigen psychischen Störung dar. Die angegebene psychische Beeinträchtigung entsprach allerdings nicht unserem klinischen Eindruck und war aus unserer Sicht eher Ausdruck des appellativen Interaktionsverhaltens des Patienten.** Gleichzeitig ergaben sich in der Selbsteinschätzung des Patienten Hinweise auf mittelgradig ausgeprägte **PSYCHISCHE RESSOURCEN**: Geringe Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), wenig aktives Coping und sehr geringe Lebenszufriedenheit (FLZ). **Dies entsprach unserem klinischen Eindruck. Die Fragebogenergebnisse entsprachen allerdings nicht dem nach unserem Eindruck durchaus bestehenden behandlungsrelevanten Defizit an psychischen Ressourcen und waren aus unserer Sicht eher Ausdruck von sozialer Erwünschtheit, Wunschdenken, unrealistischer Selbsteinschätzung des Patienten.** (...)

Abb. 4 Beispiel eines Diagnostiktext eines Patienten in der Psychosomatik vor der Befundung

stellen). Die Bezugstherapeut*innen bearbeiten den Text so, dass nur die zutreffenden Einschätzungen stehen bleiben. Die befundeten Diagnostikergebnisse sind Teil des Reha-Abschlussberichtes und damit ein wichtiges Qualitätsmerkmal und können in die elektronische Patient*innenakte übertragen werden. Analog zur Eingangsdiagnostik erfolgt mit RehaScan am Therapieende eine Ausgangsdiagnostik zur Bewertung des Therapieerfolgs. Die Ergebnisse aller änderungssensitiven Fragebogen sowie das Ausmaß der Veränderung gegenüber der Eingangsdiagnostik werden erneut in einem Übersichtsbogen als Grundlage für das therapeutische Abschlussgespräch zusammengefasst.

Außerdem erstellen sich wieder automatisch Diagnostiktexte für den Abschlussbericht, die dort von den Bezugstherapeut*innen wieder befundet werden.

DIE TECHNIK

RehaScan wird in Gänze über einen gängigen Webbrowser gesteuert. Das bedeutet einerseits, dass RehaScan von jedem PC oder Handy aufgerufen werden kann. Diagnoseergebnisse können beispielhaft auf einem PC im Büro eines Therapierenden angefordert werden und zentralisiert an anderem Ort zur klinikinternen Weiterverwendung heruntergeladen werden. Das bedeutet, dass die Fragebogen per Email oder per SMS aus RehaScan heraus bereits vor dem Be-

ginn der Behandlung an Patient*innen verschickt werden können. Dies versetzt Kliniken in die Lage, bereits vor der Anreise relevante Informationen der Patient*innen zu erhalten, was eine noch schnellere Behandlungsplanung zum Zeitpunkt der Aufnahme möglich macht. Patient*innen können die Eingabe jederzeit unterbrechen und an einem beliebigen anderen Gerät – nach Maßgabe der Klinik – nahtlos und ohne Verlust von Daten fortsetzen.

Aufgrund der Webbasierung von RehaScan muss auf den jeweiligen PCs nichts installiert oder in sonstiger Form gewartet werden. Sollte ein Zugriff per Handy gewünscht sein, ist auch hier die Nutzung wartungsfrei. Es muss keine App aktualisiert werden. Ein Webbrowser genügt.

Selbstverständlich liegt ein einschlägiges Datenschutzgutachten vor. Die Daten der Patienten sind zur zusätzlichen Sicherheit im Sinne der Datensparsamkeit pseudonymisiert. Es ist zudem sichergestellt, dass die Daten aus der Cloud nicht außerhalb der Klinik heruntergeladen werden können.

Die hinter RehaScan liegende Technik nennt sich „Low-Code“. Im Unterschied zu klassischen Programmen basiert dieses Vorgehen nicht auf vielen tausenden Zeilen geschriebenen Computer-Codes. Vielmehr muss man sich Low-Code als digitalen Baukasten vorstellen. Wie man aus Lego-Bausteinen komplexe Gebilde bauen kann, können auch diese digitalen Bausteine vielfältige Abläufe abbilden. Einer der großen Vorteile liegt dabei in der Flexibilität der Lösung. RehaScan wäre mit klassischer Programmierung mit vertretbarem Aufwand wohl nicht realisierbar gewesen. Hier wurde nah an der Forschung gearbeitet, viele Details des Diagnostik-Moduls wurden während der Erstellung des Systems intensiv beleuchtet und mehrfach angepasst – ein sicherer Weg zum Fehlschlag bei klassischer Programmierung. Low Code bot hier die notwendige Anpassungsfähigkeit und führte zum Erfolg. Mit diesen Eigenschaften empfiehlt sich Low-Code natürlich auch für andere klinischen Digitalisierungs-Aufgaben.

Pat Nr. 655123 Fall-Nr. 1428912 Alter: 34 SUCHT

Ergebnisse der Eingangsdiagnostik 27.09.2023

Substanzbezogene Einschränkung Alkohol					Th-Einschätzung			Indikationsentscheidung
	Range	Cut-off	Pat.-Wert	Icon	☹	✓	☹☹	
AUDIT	0-40	>14	12	~				Precontemplation: Titanic <input type="checkbox"/> , Abwehrmechanismen <input type="checkbox"/> , Bergsteiger <input type="checkbox"/> , Eisenbahnmodell <input type="checkbox"/>
AASE	0-80	>27	20	☹☹				Wiederholer: Klavierspieler <input type="checkbox"/> , Rückfallprävention <input type="checkbox"/> , Selbsthilfgruppenbesuch <input type="checkbox"/> , Nachsorge <input type="checkbox"/>
Entzug A		>1	0					
Zusatzfragebogen					Th-Einschätzung			Indikationsentscheidung
	Range	Cut-off	Pat.-Wert	Icon	☹	✓	☹☹	
DUDIT	0-44	>2	22	☹☹				Drogenkontrollen <input type="checkbox"/>
DASE	0-80	>27	0	😊				
FNT	0-10	>2	3	😊☹☹				Raucherentwöhnung <input type="checkbox"/> , Nikotinpflaster <input type="checkbox"/>
KFG	0-60	>25	40	☹☹				Spielergruppe <input type="checkbox"/> , Geldmanagement <input type="checkbox"/>
GASE	0-80	>27	-	-				Abklärung Medikamente <input type="checkbox"/> , Medikamentenkontrollen <input type="checkbox"/>
KMM	0-12	>0	5	☹☹				
MASE	0-80	>27	-	-				
Psychische Beeinträchtigung					Th-Einschätzung			Indikationsentscheidung
	Range	Cut-off	Pat. Wert	Icon	☹	✓	☹☹	
BDI	0-63	≥ 14	24	☹☹				Komorbiditätsdiagnostik <input type="checkbox"/>
SCL-90 T-Wert	21-80	≥ 60	67	☹☹				Zusammenhang: A→K <input type="checkbox"/> , K→A <input type="checkbox"/> , A+K <input type="checkbox"/>
STAI T-Wert	23-102	≥ 60	63	☹☹				Einzeltherapie KVT <input type="checkbox"/> , Exposition <input type="checkbox"/> , Ambulante Psychotherapie <input type="checkbox"/>
Psychische Ressourcen					Th-Einschätzung			Indikationsentscheidung
	Range	Cut-off	Pat. Wert	Icon	☹	✓	☹☹	
SWE T-Wert	10-71	≤ 50	58	😊☹				Aktivitätentraining <input type="checkbox"/>
Aktives Coping	1-4	< 3.0	3	☹☹				Entspannungstraining <input type="checkbox"/>
FLZ	0-10	≤ 5	3	☹☹				Genustraining <input type="checkbox"/>
								Ambulante Psychotherapie <input type="checkbox"/>
Soziale Beeinträchtigung					Th-Einschätzung			Indikationsentscheidung
	Range	Cut-off	Pat. Wert	Icon	☹	✓	☹☹	
AVEM-off.-Bew.	6-30	< 22	18	☹				Stress am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> , Bewerbungstraining <input type="checkbox"/> , Arbeitstherapie <input type="checkbox"/> , Praktikum <input type="checkbox"/>
AVEM-Erfolg.	6-30	< 21	11	☹				Adaption <input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit	ja/nein	Ja	☹					Alltagsplanung <input type="checkbox"/>
FSOZU-Prakt.	1-5	< 4.0	2,8	☹				
FSOZU-Emot.	1-5	< 4.1	2,4	☹				

Abb. 3 Übersichtsbogen Ergebnisse Abschlussdiagnostik

Literaturhinweise

- 1) Website RehaScan: www.reha-scan.de
- 2) Spyra, K., Köhn, S., Ammelburg, N., Schmidt, C., Missel, P., & Lindemeyer, J. (2011). *Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) – Entwicklungsprozess und ausgewählte Ergebnisse am Beispiel der Suchtrehabilitation, Rehabilitation, 50, 298-307.*

ERGOTHERAPIE

IN DER SALUS KLINIK FRIEDBERG



EINE REISE ZUR KREATIVITÄT UND GENESUNG

Im Januar dieses Jahres begab ich mich auf den Weg zur salus klinik Friedberg, um mich in einem Bewerbungsgespräch vorzustellen. Die schönen Bäume und die umliegenden Felder ließen erahnen, wie idyllisch die Klinik gelegen ist und wie schön es sein muss, in einer solchen Umgebung zu arbeiten. Ich selbst bin seit 10 Jahren im Bereich der Sucht als Ergotherapeutin tätig und war auf der Suche nach einer neuen Herausforderung. Seit Juli 2023 bin ich nun Mitarbeiterin in der salus klinik Friedberg. In diesem Artikel werde ich Sie mitnehmen in die Anfänge der Ergotherapie in der Klinik und meinen Erfahrungen in den ersten Wochen.

EINE INSPIRIERENDE UMGEBUNG

Die Lage der Klinik, der Charme der vielen kleinen Gebäude und die Aussicht, mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren, motivierten mich, den Arbeitsplatz zu wechseln. Nach Jahren des Pendelns mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nach Frankfurt, war die Vorstellung, in dieser Umgebung tätig zu sein, einfach verlockend. Doch es gab noch einen weiteren Aspekt, der mich reizte: In der Klinik hatte es bisher keine Ergotherapie gegeben, und ich sah darin eine Möglichkeit, Pionierarbeit zu leisten. Die Herausforderungen des Neuanfangs Meine Arbeit begann damit, den Arbeitstherapiebereich "Klientenbüro" zu übernehmen und gleichzeitig die Ergotherapie von Grund auf zu entwickeln. Da die Räumlichkeiten begrenzt waren, stand mir nur der Mehrzweckraum an den Gewächshäusern zur Verfügung, der auch als Besprechungsort für die Arbeitstherapie "Gärtnerei" diente. Dieser Raum konnte nicht abgeschlossen werden und schien zunächst nicht optimal für meine Zwecke zu sein. Doch mir kam der Gedanke, dass dieser Raum ein Symbol für die Situation vieler unserer Rehabilitand*innen darstellt. Sie hatten oft auch keine optimalen Bedingungen in ihrem Leben, aber wir wollen ihnen trotzdem die Zuversicht vermitteln, dass das Leben gelingen kann und Abstinenz von Suchtmittel möglich ist und dass viele kleine Schritte in die richtige Richtung zum Ziel führen.

KREATIVITÄT UND GESTALTUNG

Zunächst benötigte ich eine entsprechende Ausstattung und so mussten abschließbare Schränke, Stehhocker

und Stühle mit Rollen bestellt werden. Ich versuchte, das farbliche Konzept des bestehenden Mobiliars aus der Gärtnerei aufzugreifen. Meine Kollegin aus der Arbeitstherapie gab mir die Freiheit, den Raum kreativ zu gestalten, und so kam mir die Idee, die Metallschränke mit verschiedenen Blättern zu bekleben, um das Thema Natur, das uns in der Klinik überall umgibt, aufzunehmen. In der zweiten Woche entschied ich, welche kreativen Materialien ich den Rehabilitand*innen zur Verfügung stellen wollte. Es war eine Entscheidung, die ich aus dem Bauch heraus traf, da es keine Erfahrungswerte gab und ich bisher hauptsächlich mit Alkoholsucht in einer Tagesreha gearbeitet hatte. Ich entschied mich

DIE HERAUSFORDERUNG DER AKZEPTANZ

Es war für mich überraschend, dass manche Rehabilitand*innen anfangs einen regelrechten Widerstand zeigten, wenn die Bezugstherapeut*in sie für die indikative Ergotherapie vorschlug. Die Vorstellung, zur „Basteltante“ gehen zu müssen, schien einige von ihnen abzuschrecken. Aber die Freude der anderen Rehabilitand*innen über das kreative Angebot oder auch die Neugier und die Überzeugungskraft von Mitarbeiter*innen sorgten dafür, dass ich nach einigen Wochen mit einer indikativen Gruppe mit ausreichender Teilnehmeranzahl starten konnte. Der Sommer brachte zudem

viele Rehabilitand*innen Paracord-Armbänder herstellen, etwas, das sie aus der JVA kannten. Dieses Material war schon zuvor in der Klinik bestellt worden und ich hatte es bereits beim Aufräumen entdeckt. So konnte ich den Rehabilitand*innen spontan diese Möglichkeit bieten und selbst dazulernen, wie man solche Bänder herstellt. In den kommenden Wochen gestaltete sich das Arbeiten in mit der Indikativgruppe sehr angenehm. Die Rehabilitand*innen nahmen den Termin in ihrem Wochenplan gerne wahr und sprachen mich immer wieder auf dem Gelände darauf an. Viele nutzten die Therapie, um ganz individuelle Werkstücke herzustellen. In der offenen, freiwilligen Kreativgruppe allerdings, saß ich anfangs allein und wartete vergeblich auf Teilnehmer. An diesem Nachmittag hatten die Rehabilitand*innen Zeit für persönliche Freizeitgestaltung, und ich stand in harter Konkurrenz mit einem Mittagschlafchen oder einem Schwimmbadbesuch. Doch bereits in der folgenden Woche kamen neugierige und interessierte Rehabilitand*innen. Es bereitete große Freude, sie bei ihren krea-



dafür, zunächst verschiedene Angebote aus dem Breichen Holz, Pappe/ Papier, Malen, sowie Korbflechten bereitzuhalten, um den Rehabilitand*innen viel Raum für Kreativität zu geben und um selbst Erfahrungen zu sammeln, was besonders beliebt ist. Parallel zu den Bestellungen überlegten der Klinikdirektor Herr Muhl und ich, wie die Ergotherapie in das kompakte bestehende Programm integriert werden könnte. Wir entschieden uns, die Ergotherapie zweimal pro Woche als indikative Gruppe stattfinden zu lassen und wöchentlich eine offene Kreativgruppe mit begrenzter Teilnehmerzahl anzubieten.

eine besondere Freude, da das große Rolltor des Raumes tagsüber offen stand und das Arbeiten und Kreativsein sich wie unter freiem Himmel anfühlte und selbst bei sehr heißem Wetter sehr angenehm war.

KREATIVE ÜBERRASCHUNGEN UND ERSTE ERFAHRUNGEN

In den ersten Stunden mit der indikativen Gruppe wurde mir klar, dass die Dinge manchmal anders verlaufen als geplant. Statt ausführlich zu schauen, was ich in meinem Schrank an Materialien hatte, wollten

tiven Projekten zu begleiten und über ihr Geschick zu staunen. Während des Arbeitens ergaben sich manchmal Gelegenheiten, persönliche Geschichten zu teilen, wie zum Beispiel Erinnerungen aus der Kindheit, Erlebnisse aus dem Gefängnis oder auch Wünsche für die Zukunft. Wir mussten uns auch immer wieder mit dem "inneren Kritiker" auseinandersetzen, der teilweise gar keine gute Meinung über das Entstandene hatte.

EINE GEMEINSAME REISE

Die Tatsache, dass ich den Raum mit meiner Kollegin aus der Gärtnerei teilte, erwies sich als äußerst vorteilhaft. Als das Arbeitstherapie-Team der Gärtnerei den Lavendel auf dem Gelände kürzte, entschieden wir uns spontan, die Lavendelblüten zu trocknen und die Idee eines Rehabilitanden aufzugreifen, Lavendelsäckchen herzustellen. Diese fanden rasch großen Anklang und verbreiteten zeitweise den Duft der Provence in den Räumlichkeiten.

Die Ergotherapie in der salus klinik befindet sich auf einem vielversprechenden Weg, obwohl die ersten Wochen nicht ohne Herausforderungen waren. Mein Ziel für unsere Rehabilitand*innen ist es, das Kreativsein in der Ergotherapie kennenzulernen und dies nicht nur einmalig in der Klinik auszuprobieren, sondern als Ressource nachhaltig in ihren Alltag zu integrieren. Es gibt unzähligen Möglichkeiten kreativen Schaffens und das muss nicht immer ein großes Projekt sein. Das Hinzufügen einer persönlichen Note zu den Dingen in unserer Umgebung bereichert unser Leben und verleiht ihm Farbe. Kreatives Arbeiten schafft nicht nur Zufriedenheit, sondern auch Entspannung und macht glücklich.

Insgesamt habe ich die ersten Monate meiner Arbeit in der Salus-Klinik als inspirierende Reise erlebt. Die Rehabilitand*innen haben mir gezeigt, dass Motivation zur Veränderung vorhanden ist, auch wenn es anfänglich Vorbehalte gegenüber der Ergotherapie gab. Die Möglichkeit, gemeinsam kreativ zu sein, hat nicht nur ihre Fähigkeiten gefördert, sondern einen weiteren Raum für Gespräche über persönliche Erfahrungen und Wünsche geschaffen. Die Ergotherapie in der salus klinik hat sich zu einem Ort der kreativen Begegnung entwickelt, an dem die Rehabilitand*innen nicht nur ihre Fähigkeiten entdecken, sondern auch Vertrauen in ihre eigenen Ressourcen gewinnen. Ich freue mich auf die Fortsetzung dieser Reise und darauf, die positive Wirkung der Ergotherapie in der Zukunft noch weiter zu fördern und zu erforschen. Es ist eine Reise, die nicht nur die Rehabilitand*innen, sondern auch mich persönlich bereichert und mich daran erinnert, wie wertvoll Kreativität und Selbstausdruck für die Genesung und das Wohlbefinden sein können.

D. Plaß

KLEINER AUSBLICK FÜR 2024

Die Erwerbsbiographien unserer Rehabilitand*innen sind in der Regel von häufigen Brüchen, langen Zeiten von Arbeitslosigkeit oder dem gänzlichen Fehlen eines Berufsabschlusses geprägt. Die Aufgabe der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, ihnen die Teilhabe am Arbeitsmarkt wieder zu ermöglichen, ist eine große Herausforderung. Vor allem da nicht wenige unserer Rehabilitand*innen aufgrund fehlender Erfahrungen im schulischen oder beruflichen Bereich oft wenig realistische Vorstellungen über ihre eigene Leistungsfähigkeit oder die Anforderungen im Berufsleben haben. Deshalb bildeten die Arbeitstherapie und die flankierenden Maßnahmen des Sozialdiensts oder der Bezugstherapie schon immer einen Schwerpunkt in unserem Entwöhnungskonzept, den wir auch zukünftig stärken wollen.

C. Muhl



BERUFSORIENTIERUNG UND BEWERBERTRAINING

Das Konzept unserer Sondergruppe „Berufsorientierung und Bewerbertraining“ soll zukünftig erweitert und weniger standardisiert als vielmehr nach den unterschiedlichen Bedürfnissen und Voraussetzungen seiner Teilnehmer*innen strukturiert werden. Dazu ist vorgesehen, die beiden Teile „Berufsorientierung“ und „Bewerbertraining“ zu trennen und modularisiert anzubieten. Im Rahmen des Moduls „Berufsorientierung“ würde es z. B. für Rehabilitand*innen, die noch nie einer Arbeit nachgegangen sind, darum gehen neben dem Herausbilden von beruflichen Interessen auch persönliche Stärken und Fähigkeiten in Beziehung zu Anforderungen realer Berufe zu stellen, um eine hohe Passung zwischen beidem zu erreichen und die Motivation zur Aufnahme einer solchen Tätigkeit zu erhöhen. Für Rehabilitand*innen mit einem noch vorhandenen Arbeitsplatz könnte es in einem anderen Modul um den Umgang mit individuellen Belastungsfaktoren und Rückfallrisiken im Zusammenhang mit der Arbeit gehen. Ebenfalls sollen die Teilnehmer*innen über die verschiedenen Hilfen zur beruflichen Teilhabe aufgeklärt werden und entsprechende Kontakte während der Behandlung aufgebaut werden.

RENOVIERUNG DER ADAPTIONSZIMMER

Unsere Adaption ist ebenfalls seit langem ein fester Bestandteil unseres Reha-Konzepts und ergänzt die Entwöhnungsbehandlung um Aspekte der selbstständigen Lebensführung und einer dauerhaften Belastungsproben unter realen Arbeitsbedingungen. Da die Zimmer aber noch aus der „Gründerzeit“ stammen, ist eine umfassende Renovierung unumgänglich geworden. Diese wird Anfang des nächsten Jahres umgesetzt. Dann werden sowohl die Zimmer als auch die angeschlossenen Bäder einen neuen "look" erhalten. Auch wenn es in den vergangenen Jahren wenig Kritik von Seiten der Rehabilitand*innen in Bezug auf die Ausstattung gab, werden die neugemachten Räume dadurch deutlich an Attraktivität gewinnen.



Bilder aus der Adaption der salus klinik Hürth, an dessen Design sich die salus klinik Friedberg anschließen wird.



I. Frege

2009 wurde ein Gebäude mit den Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik eröffnet. Mit getrennten Konzepten wurden in der ersten Etage Psychosomatik-Rehabilitand*innen behandelt und in den beiden oberen Etagen Rehabilitand*innen der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen.

Wegen der immer wiederkehrenden Konflikte zwischen den Rehabilitand*innen-Gruppen wurde im Mai 2018 eine eigene Klinik für Psychosomatik am Standort eröffnet.

Bedingt durch die strukturellen Vorgaben konnten die Rehabilitand*innen der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen doppelt bis dreimal solange an der Rehabilitation teilnehmen. Dies führte dazu, dass die Rehabilitand*innen der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen sich gut im Gebäude und in der Umgebung auskannten und heimisch fühlten. Durch die anfänglich eher restriktiven Ausgeh- und weiterhin bestehenden Besuchsregeln und den langen Behandlungszeiten der Abteilung für Abhängigkeitserkrankte bildet sich eine Lebensgemeinschaft auf Zeit, wo sich die Rehabilitand*innen gegenseitig bei ihrem Therapieprozess unterstützen und auch ihre Freizeit gemeinsam gestalten. Psychosomatik-Rehabilitand*innen fanden nur schwer Zugang zu den Rehabilitand*innen-Gruppen der Abhängigkeitserkrankungen. Wenn z.B. Volleyball in der Turnhalle gespielt wurde, trauten sie sich nicht mitzuspielen und schafften es auch körperlich nicht. Andere Spiele (z.B. Tischtennis) wurden durch Überstimmen der Rehabilitanden der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen überstimmt. Da die Psychosomatikrehabilitanden älter und nicht soviel Wert auf Sport legten, spielte kaum einer abends mit. Und sollte die Integration (z.B. der Rehabilitanden mit Verhaltenssexessen) gelungen sein und sie integriert waren, war die Reha-Zeit beendet und sie mussten das Haus wieder verlassen.

Auch durften Rehabilitanden der Psychosomatik schon immer das Gelände außerhalb der Therapiezeiten verlassen, so dass sie dann abends oft in kleineren Gruppen vom Gelände gingen.

Bedingt durch die Länge der Behandlung erleben Rehabilitand*innen der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen ihren Klinikaufenthalt als einen Lebensabschnitt und die Klinik als ein Stückchen Zuhause. Die Rehabilitand*innen der Klinik für Psychosomatik können sich wohl fühlen und sehr von der

DIE GESCHICHTE EINER HASSLIEBE



EIN BERICHT AUS DER SALUS KLINIK HÜRTH



Rehabilitation profitieren, aber in der Regel bleibt es für sie ein Rehabilitationsaufenthalt, eine Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld. Vielleicht auch sowas wie eine Erholungskur oder Urlaub. Sie nutzen die Zeit für sich, aber sie bauen nicht eine so intensive Beziehung zur Klinik auf. Während man von Rehabilitand*innen der Klinik für Abhängigkeit hört, dass sie ein neues Leben beginnen und neu anfangen, sehen Rehabilitand*innen der Psychosomatik eher eine Veränderung in ihrem Leben. Sie bezeichnen es nicht als „neu“ sondern als „verändert“. Rehabilitand*innen der Klinik für Abhängigkeit können Ihren Erfolg an den Tagen ablesen, die sie abstinent gelebt haben und erfahrungsgemäß bessert sich die Lebenssituation in der Abstinenz. Ein Rehabilitand mit einer Depression hat es da schon schwerer festzustellen, ob er einen Verhaltensrückfall hatte.

Ein anderes Übungsfeld war der Zigarettenretterdienst. Während in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen die Rehabilitand*innen überwiegend rauchten, fanden sich unter den Psychosomatik-Rehabilitand*innen überwiegend Nicht-Raucher, die an den Reinigungsaktionen, wo die Gruppen im rollierenden System das Gelände reinigen sollten, nicht teilnehmen wollten.

Für uns Therapeuten bedeutete es, dass wir auch das, was das Haus und die Hausordnung betrafen Unterschiede machen mussten. Warum sollte ein/e Rehabilitand/in der Psychosomatik nicht ein Deodorant mit Treibgas nutzen? Oder ist es therapieschädigendes Verhalten, wenn in der Adventszeit Mohnstollen gegessen wird? Darf alkoholfreie Fassbrause getrunken werden?

Es gab Diskussionen, da gefordert wurde, dass bei den Psychosomatik-

Rehabilitand*innen ebenso engmaschig Abstinenzkontrollen durchgeführt werden sollten und das das Verlassen des Geländes außerhalb der Therapiezeiten reglementiert werden sollte, wie es zu der Zeit noch in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen üblich war. Das Lottospielen während der Rehabilitation in der Psychosomatik sollte verboten sein, Spiele wie Schach, Backgammon, Würfelspiele und Kartenspiele waren verboten, sowie das Laufen durch das Haus mit Saftflaschen, die wie Weinflaschen aussahen (Es gibt einen Hofladen in der Nähe).

Bedingt durch die verschiedenen Erkrankungen fühlten sich die Rehabilitand*innen der Psychosomatik oft nicht wohl in der Gemeinschaft der Rehabilitand*innen der Abhängigkeitserkrankungen. Die Sprache, die direkte Ansprache und die Themen (z.B. Konsumgespräche am Raucherpunkt) schreckten die Rehabilitand*innen der Psychosomatik ab und führten auch zu Ängsten und Bedrohungserleben. Ins-

besondere Frauen mit PTBS empfanden die Klinik nicht als den Schutzraum, den sie sich gewünscht hätten. Durch die nächtlich durchgeführten Abstinenzkontrollen der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen fühlten sie sich, trotz der Zusicherung, dass nachts niemand in die Zimmer der Psychosomatikrehabilitand*innen geht, verunsichert und angespannt. Die Strukturvorgaben, die Kontrollen und die andere Themenwelt machten sich in der Atmosphäre deutlich. Besucher beschreiben, dass die Atmosphäre in den Kliniken unterschiedlich ist. Übrigens gilt dies auch für andere Indikationen. So entscheiden sich Rehabilitand*innen, die eine Rehabilitation zur Tumornachsorge machen sollten, gegen eine spezialisierte Klinik, da sie die Atmosphäre dort nicht aushielten.

Das Atmosphärische macht sich auch im Speisesaal bemerkbar. In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen stehen die Rehabilitanden schon an, bevor die Türen geöffnet werden. In der Psychosomatischen Abteilung ist der Andrang deutlich später und die Schlangen sind im Verhältnis nie so lang, wie in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen. Und sieht man sich die Essenstabletts an, so geht in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen deutlich mehr zurück, als in der Psychosomatik. Dabei wird in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, dass wirklich gute, bürgerliche Essen deutlich mehr gewertschätzt als in der Psychosomatik, wo der Anteil an vegetarischem Essen und spezifischer Kost (z.B. Laktoseintoleranz, Weizenunverträglichkeit etc.) deutlich höher liegt.

Es kam zu verschiedenen Abbrüchen der Rehabilitation in der Abteilung für Psychosomatik, weil Rehabilitand*innen der Psychosomatik sich vom suchtkranken Partner erholen wollten (Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld) und nun wieder mit der „Sucht“ konfrontiert wurden.

In der Bettenplanung gab es regelmäßige Absagen, weil Psychosomatik-

ACHTUNG! GLÜCKSSPIEL!

Veränderungen im Bereich der Verhaltenssexesse

Im Moment verschlüsseln wir die Erkrankungen nach dem ICD 10 und die Verhaltenssexesse sind mit F 63.0 abgebildet. In der neuen ICD 11, werden das pathologische Glücksspiel und der pathologische Medienkonsum unter Abhängigkeitserkrankungen codiert werden. Dies bedeutet, dass die Kostenübernahmen für pathologisches Glücksspiel und pathologischer Medienkonsum demnächst nur für die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen ausgestellt wird und somit der Rehabilitanden in der Klinik für Suchterkrankungen behandelt wird, auch wenn es keine stoffgebundene Sucht gibt.

Schon jetzt merken wir in der Psychosomatik, dass die Kostenzuweisungen mit Erstdiagnose „depressive Störung“ und Zweitdiagnose „pathologisches Glücksspiel“ oder „pathologischer Medienkonsum“ wieder zunimmt. Inwieweit sich neue Strukturen für Menschen mit pathologischem Mediengebrauch etablieren werden, wird die Zukunft zeigen. Das pathologische Kaufen und die Pornographie-Nutzungsstörung werden weiterhin nicht als Abhängigkeitserkrankung gesehen und verbleiben somit in der Klinik für Psychosomatik.

Rehabilitand*innen nicht in einem Haus mit Suchtrehabilitand*innen leben wollten.

Ein Großteil dieser Probleme hat sich mit der räumlichen Trennung und dem Bau einer eigenen Klinik erledigt. Das Gelände ist groß genug, dass sich die verschiedenen Rehabilitand*innengruppen auch im Freizeitbereich aus dem Weg gehen können.

Im Sportbereich, außerhalb der Therapiezeiten, kommt es immer mal wieder zu Durchmischungen der Indikationen, allerdings nur bei den jüngeren Rehabilitand*innen.

Die Hausordnung gilt für alle, wobei Diskussionen immer wieder geführt werden müssen (z.B. dürfen Mützen im Gebäude getragen werden?). Auch wird die Hausordnung z.B. bzgl. der Kleiderordnung in den Häusern unterschiedlich ausgelegt. In der Klinik für Psychosomatik greifen wir weniger pädagogisch ein, vielleicht auch, weil die Rehabilitand*innen im Schnitt 10 Jahre älter sind. Im Verlauf der Jahre hat sich vieles verändert und zwar in beiden Abteilungen. So hat sich z.B. die Nutzung der Handys sehr verändert.

Immer wieder kommt es in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen zu Gerüchten, dass in der Psychosomatik konsumiert wird. Diesen Gerüchten gehen wir nach und sehr selten erweisen sie sich als wahr. (Rehabilitanden werden oft beobachtet, wie sie alkoholfreies Bier trinken und man sieht es dem Bier nicht an, ob es alkoholfrei ist oder nicht)

Auch, dass Psychosomatikrehabilitand*innen Physiotherapie und Massagen erhalten, führt immer wieder zu Diskussionen und Begehrlichkeiten, zu denen wir aber nichts können, weil die Vorgaben, bzw. der Personalschlüssel so von der DRV vorgegeben ist.

Für die Fachtherapeuten, die übergreifend arbeiten, so wie für die Medizinische Station sind die verschiedenen Kliniken und ihre Strukturen oft eine Herausforderung. Während die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen sehr auf das Einhalten von Regeln achtet und Regelverstöße als therapieschädigendes Verhalten sieht, geht es in der Psychosomatik oft darum auch mal „Fünfe grade sein“ zu lassen. Dieses im Kontakt mit den Rehabilitanden zu vermitteln ist nicht einfach und fordert ein gutes Fingerspitzengefühl und das Wissen, zu welcher Klinik der Rehabilitand gehört, welche Erkrankung vorliegt.

Positive Auswirkungen:

Entgegen dem Eindruck, welcher durch die oberen Schilderungen eventuell vermittelt wurde, sind die Konsequenzen nicht nur negativer Natur. Durch die Größe der Kliniken profitieren wir alle von dem großen, fachtherapeutischen Angebot in der Bewegungstherapie und

in der Ergotherapie. Der Versuch, die Gruppen zu durchmischen, scheiterte in der Bewegungstherapie daran, dass die Psychosomatik-Rehabilitand*innen körperlich nicht so leistungsstark, wie die Rehabilitand*innen der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen.

Im produktorientierten Arbeiten war es in der Psychosomatik wichtig, Werkstücke herzustellen, an denen die Leistungsfähigkeit eingeschätzt werden kann und die innerhalb der genehmigten Therapiezeit hergestellt werden konnten. So hat sich z.B. das Töpfern nicht bewährt, da durch die Trocknungsphasen und dem Brennen die Fertigungszeit in unserem Haus zu lange dauerten und zeitgleich zu lange Leerlaufphasen entstanden.

In der gemischten Supervision der Therapeut*innen fiel auf, dass der/die Therapeut*in der Sucht nach drei Wochen meinte: „Na ja, der/die Rehabilitand*in kommt gerade an; wogegen der/die Psychosomatik-Therapeut*in schon den Entlassstatus und die sozialmedizinische Beurteilung mit dem/der Rehabilitanden/in besprechen muss.“

Positiv ist auch, dass die Ressourcen besser ausgenutzt sind. Die Küche und die Räumlichkeiten der Fachtherapien

pen sind, ist es für den/die einzelne/n Rehabilitanden*in sehr hilfreich.

Bei personellen Engpässen kann eine Abteilung die andere unterstützen. Diese positiven Synergieeffekte beziehen sich auf alle Standorte, wo mehr als eine Indikation vorgehalten wird. Also auch z.B. zwischen Psychosomatik und Orthopädie.

Auch die Auseinandersetzung mit der Hausordnung und den Regeln haben Veränderungen in den Abteilungen mit sich gebracht. So wurde das „Ausgehverbot“ der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen sehr schnell gekippt und die Kleiderordnung gelockert. Auch in der Psychosomatik gilt die null Promille Grenze, aber die Rehabilitanden dürfen alkoholfreies Bier trinken. Auch bezüglich des nächtlichen Rauchens gibt es verschiedenen Regeln.

Während in der Psychosomatik auch nachts geraucht werden darf, ist dies in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen nur mit besonderer Genehmigung möglich.

Die negativen Auswirkungen sind im Allgemeinen gut zu minimieren. So können über eine räumliche Trennung viele Konflikte entschärft und abgebaut werden. Über Kommunikation kann

habilitation, trotz Einschränkungen, die Teilhabe im Beruf sowie in der Familie und Gesellschaft wahrzunehmen, sollte die höchste Priorität haben. Ansonsten hat sich eine gute Koexistenz zwischen den Kliniken gebildet.

Fazit

Da, wo es möglich ist, sollten die Synergieeffekte an einem Standort genutzt werden. Die positiven Auswirkungen überwiegen gegenüber den negativen. Die Wirtschaftlichkeit, das gemeinsame Nutzen von personellen und räumlichen Ressourcen und das Teilen des Know-hows führt auch zu einer verbesserten Nachhaltigkeit. Rehabilitand*innen verschiedener Indikationen können voneinander lernen, wenn Räume der Begegnung geschaffen werden (z.B. beim Sport), aber jede/r seinen eigenen Therapiebereich hat. Es ist die Kommunikation, die Barrieren abbaut, dass Unbekannte, bekannt werden lässt und ein größeres Verständnis füreinander fördert.

Soeren Kierkegaard sagte: „Das Vergleichen ist das Ende des Glücks und der Anfang der Unzufriedenheit.“ In allen unseren Kliniken kann man gut Therapie machen, wenn man sich einlässt und bereit ist, sich auf sich selbst zu konzentrieren. Das Schauen auf Andere



sind durch die zwei Kliniken besser ausgelastet. Mehr Langzeitbeschäftigungen in Vollzeit konnten beim Personal geschaffen werden und somit das Personal gebunden werden. Unter den Rehabilitand*innen gibt es Vereinzelte, denen die Teilnahme an Indikationsgruppen in der anderen Klinik ermöglicht wird. Da dies spezielle Grup-

auch eine Integration geschaffen werden, doch muss man sich als Therapeut*in fragen, ob dies unser Reha-Auftrag ist, oder ob wir nicht durch die räumliche Trennung eine friedliche Koexistenz schaffen können, in der die Betroffenen befähigt werden, mit ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen. Das Ziel der Re-

und das Erwarten, dass diese sich ändern, werden uns in unserer eigenen Entwicklung nicht weiterbringen. Die Welt aber wird sich verändern, wenn ich einen anderen Blickwinkel einnehme.

GEMISCHTES AUS DEN SALUS KLINIKEN...



MIT DEM FAHRRAD ZUR ARBEIT FAHREN,

am Wochenende auf zwei Rädern die Natur erkunden oder das Bike mit in den Urlaub nehmen – ab 2024 sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der salus kliniken ihr Traumrad im Rahmen einer Gehaltsumwandlung leasen können. Durch die Finanzierung aus dem Bruttogehalt reduzieren sich Steuerbelastung und Sozialabgaben, was das Dienstbike im Vergleich zum Direktkauf attraktiv macht.

Ein weiteres Plus: Die salus kliniken übernehmen die Kosten für Versicherungen und Serviceleistungen, um stets sicheres Radfahren zu gewährleisten. Genutzt werden kann das Leasingrad sowohl für den Weg zur Arbeit als auch in der Freizeit – von den Mitarbeitern selbst, aber auch von ihren Familienangehörigen. Durch den Umstieg vom Auto auf das Dienstrad wird zudem die eigene Gesundheit und eine nachhaltige Mobilität gefördert und gleichzeitig ein persönlicher Beitrag zum Umweltschutz geleistet.

Pro Mitarbeiter können bis zu zwei Fahrräder geleast werden. Ausgewählt werden kann aus allen Fahrradtypen inklusive

Kinder- und Lastenrädern. Ausgenommen sind lediglich S-Pedelecs. Die Auswahl des Traumrads erfolgt bei über 6.000 stationären Händlern und Onlinehändlern.

Die Antragstellung gestaltet sich denkbar einfach und erfolgt digital mittels Arbeitgebercode über ein Mitarbeiterportal. Nach Genehmigung durch den Arbeitgeber kann das gewünschte Rad beim Händler abgeholt werden, sobald es verfügbar ist.

Und dann heißt es - **Auf die Sättel, fertig, los!**

ERFAHRUNGSUSTAUSCH DER PFLEGEDIENSTLEITUNGEN

Im Frühsommer dieses Jahres lud die Geschäftsführung alle Pflegedienstleitungen der salus Kliniken zu einem Erfahrungsaustausch in die idyllische gelegene salus klinik Lindow ein. Das zweitägige Treffen startete am 9. Mai mit einer herzlichen Begrüßung durch Frau Dagmar Schöneck [PDL Lindow] und einer ausführlichen Führung durch die Klinik sowie über das weitreichende Klinikgelände. Dies war ein gelungener Start, um in den folgenden zwei Tagen miteinander ins Gespräch zu kommen.

Der Austausch der Pflegedienstleitungen war rege und umfasste Themen rund um Arbeitsorganisation sowie die Gestaltung der Pflegeprozesse und die Einbindung der Pflege in den gesamten Behandlungsprozess. Während des Austauschs wurde schnell deutlich, dass die einzelnen salus Standorte strukturell wie inhaltlich unterschiedlich aufgebaut sind und jeder Standort durchaus eigene Schwerpunkte setzt. Gerade diese Diversität machte den Austausch der Teilnehmer*innen untereinander wertvoll und vielseitig. Die Teilnehmer*innen konnten durch die Beiträge ihrer Kolleg*innen der anderen salus Standorte die ein oder andere Idee und Inspiration mitnehmen.

Nach zwei Tagen des intensiven und hilfreichen Austausches war in allen der Wunsch geweckt, das frisch entstandene Netzwerk auch weiterhin nutzen zu wollen.

Ein großer Dank gilt der Geschäftsführung für die Einladung zu diesem gelungenen Austausch, Frau Igelmund für die hervorragende Organisation und der Klinikleitung und Pflegedienstleitung aus Lindow für die herzliche Gastfreundschaft.

Bild: v.l.n.r.

*salus klinik Hürth: Lilly Scherer, PDL,
und Sebastian Wagner, stellv. PDL ;
salus klinik Lindow: Dagmar Schöneck, PDL;
salus klinik Friedrichsdorf: Sanver Yalciner, PDL;
salus klinik Castrop-Rauxel: Esther Nock*



IMPRESSUM

Redaktion:

salus klinik GmbH
Sudetenstraße 67
50354 Hürth
Tel. 02233 8081-823
Fax 02233 8081-885



Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe:

R. Baumbach, H. Daniel, H. Enke, I. Frege,
T. Hesse, S. Igelmund, J. Lindenmeyer,
C. Muhl, L. Scherer, R. Schöneck,

Bilder:

Privat, shutterstock.com,
thinkstock.de, Unsplash

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

Wagner Media, www.wagnermedia.de