



EDITORIAL



Liebe Leserin,
lieber Leser,

am 01.04.1992 haben wir die erste salus klinik in Friedrichsdorf gegründet. Also feiern die salus kliniken im nächsten Jahr 20-jährigen Geburtstag. Wir sind dankbar für die Entwicklung, die wir bis heute machen durften. Es waren schon einige Mutmacher notwendig, um diesen Weg zu beginnen. Den Einstieg hierzu lieferte Herr Prof. Bönner, der mich als Berater der damaligen Fachklinik Landgraf Friedrich auf mein mögliches Engagement ansprach. In Herrn Eckhardt Till, der 2002 verstorben ist, fand ich einen Partner, der in allen Bereichen erfahren war, von denen ich bis dato keine Ahnung hatte. Hierfür bin ich Herrn Till besonders dankbar. Bevor ich jetzt bereits meine Rede veröffentlichen will, möchte ich mich an dieser Stelle auf das beschränken, was schon vorab erwähnt werden muss. Mit hilfreichen Partnern auf Seiten der Leistungsträger sind nacheinander die salus kliniken in Friedrichsdorf, Friedberg, Lindow, Arnsberg – heute Hürth – und zuletzt in Castrop-Rauxel entstanden. Hierfür bin ich diesen dankbar und wünsche mir für die Zukunft die gleiche vertrauensvolle Zusammenarbeit. Dankbar bin ich auch allen Mitarbeitern, jedem an seiner Stelle, denn ohne sie geht nichts, schon gar nicht in einer guten Qualität. Diesen Dank darf ich auch aussprechen im Namen meiner Mitgesellschafter und Geschäftsführer. Danken möchte ich auch den Banken, die die Kliniken finanzieren und selbstverständlich auch allen an den jeweiligen Bauten beteiligten Architekten und Unternehmen. An allen Standorten hatten wir jeweils kommunale Verantwortungsträger, die uns in allen Genehmigungs- und Antragsverfahren positiv begleitet haben. Dankbar bin ich auch meinen früheren Kollegen, die mir manch wertvollen Hinweis gegeben haben und denen ich mich heute noch freundschaftlich verbunden fühle. Hierzu zähle ich natürlich auch die Vorstandskollegen und den Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht. Schlussendlich gilt mein Dank meiner Frau und meinen Kindern, die die ersten Jahre meiner Selbstständigkeit häufig auf mich verzichten mussten. Meinen Enkelkindern habe ich zwar nicht zu danken, aber ich bin froh, dass es sie gibt. Mit dem Jubiläum könnte das dritte geboren werden. Aber meine Rede wollte ich ja erst nächstes Jahr halten.

Ich wünsche allen Mitarbeitern, Freunden, Partnern, und Weggefährten ein frohes Weihnachtsfest und ein gutes Jahr 2012.

Alfons Domma

In Leitbildern qualitätsgesicherter Betriebe findet man unter den üblichen Worthülsen fast immer auch den Passus, dass die Organisation selbstverständlich danach strebt, Bester der Branche zu sein. Jeder geringere Anspruch hätte ja auch den Geruch von mangelndem Leistungswillen, von Bequemlichkeit oder Kraftlosigkeit. Wer sich im Wettbewerb auf Lorbeeren zu lange ausruht, gerät außer Form und kann anschließend nicht mehr schnell genug laufen. Darum: nur nicht zur Ruhe kommen; wenn ein Ziel erreicht ist, sofort Ausschau halten, ob jemand unter irgendeinem Aspekt noch besser ist („Benchmarking“); alle Reserven mobilisieren; mit weniger Leuten mehr schaffen, aber natürlich mit einem kundenorientierten Lächeln auf den Lippen und gut gelaunt, teamfähig und kooperationsbereit – obwohl auch jeder Einzelne eigentlich das Ziel hat, der Beste zu sein.

Als ich mich im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens unseres Qualitätsmanagements ausdrücklich gegen eine solche Ideologie aussprach und darauf verwies, dass in unserer Qualitätspolitik und unserem Leitbild derartige Formulierungen nicht vorkommen, löste dies leichtes Erstaunen und Nachfragen aus. Ich behaupte: Wenn jeder in der Klinik an seinem Platz bestrebt ist, gut zu arbeiten, dann reicht das, um zu einem sehr guten Gesamtergebnis zu gelangen. Denn der Komparativ „besser“ wertet „gut“ ab, verleitet zum Schielen auf den Nebenmann, zum Konkurrieren und zu latenter Unzufriedenheit im Betrieb. Der Superlativ „am besten“ bleibt immer nur einem vorbehalten, macht alle anderen zu mehr oder weniger krassen Verlierern und verlangt nach messbaren validen Kriterien. Solche klar definierten Kriterien gibt es im Sport, bei Börsenkursen und anderen Formen des Wettbewerbs, in unserem Arbeitsfeld hingegen kaum. Sogar die klar und simpel wirkende Erfolgsquote im Suchtbereich, die sich an der Abstinenz ein oder mehr Jahre nach der Behandlung bemisst, ist selbst unter Hinzuziehung vieler Zusatzvariablen als Kriterium für die Güte einer Behandlung umstritten, jedenfalls nicht einfach zu interpretieren. In der Akutmedizin werden gerne Mortalitätsraten bei Operationen im Krankenhaus, die Häufigkeit von Infek-

GUT IST GENUG



Ralf Schneider

tionen, die Freundlichkeit des Pflegepersonals, die Qualitätsbewertung der Verpflegung durch die Patienten usw. für „Rankings“, also die Bildung von Rangreihen, herangezogen. An diesem verkürzten Beispiel wird ebenfalls deutlich, wie schwierig es ist, für derartig komplexe Systeme einen Gesamtwert zu bilden, denn eine ungewichtete Addition der Einzelwerte dürften Fachleute kaum akzeptieren.

Meine Meinung: Wer qualitätsbewusst ist, keiner wissenschaftsfeindlichen Sekte angehört und seine Perspektive nicht von den Scheuklappen des nach dem „Besten“-Strebens einengen lässt, der hat den Kopf frei, danach Ausschau zu halten, wer sonst noch Gutes zuwege bringt, und der kommt dann auch mit solchen

etwas abgedreht und alternativ sind, also Psychiatern, Psychologen und Sozialpädagogen? Nein, das geht auch mit Haustechnikern, der Hauswirtschaft, Verwaltungs- und Küchenmitarbeitern und der Geschäftsführung. Eine Klinik muss als ganze diesen Geist atmen und realisieren. Oder es funktioniert nicht richtig und die Klinik wird gespalten in nette Ärzte/Therapeuten und böse Restwelt. Das wäre nicht nur fatal für das Klima innerhalb der Mitarbeiterschaft, sondern ich bin überzeugt

*Wem genug zu wenig ist,
dem ist nichts genug* (Epikur (342 – 270 v.Chr.))

„good-practice“-Kollegen viel leichter in Kontakt als die ehrgeizigen „best-practice“-Konkurrenten.

Nicht zu vergessen: Die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen, d.h. mit seelischem Leid, emotionalen Turbulenzen, Selbststeuerungsschwierigkeiten und Anpassungsproblemen an die Umwelt, ist kein übliches Geschäft. Bei zur Chronifizierung neigenden Störungen, mit denen wir es in der medizinischen Rehabilitation vorwiegend zu tun haben, kommt ein multidisziplinäres Team zum Einsatz. Konkurrenz mag in manchen Branchen das Geschäft beleben, in therapeutischen Teams ist sie wenig förderlich. Man lernt das Gute, das man von Kollegen oder Vorgesetzten als Co-Therapeut, in der Supervision oder bei der hausinternen Fortbildung mitbekommt, ohne sich dadurch einen konkurrierenden Vorteil verschaffen und die bzw. der Beste werden zu wollen. Ich kann die Frage meiner Freunde aus anderen Geschäftsbereichen förmlich hören: Geht so etwas nur mit naiven, leicht weltfremden „Gutmenschen“, die

davon – ohne einen wissenschaftlichen Nachweis dafür erbringen zu können – , dass unter dieser Bedingung die Behandlungserfolge sinken.

Unser Qualitätsverständnis, nach dem wir unser „gut“-Sein beurteilen, lässt sich in 10 kurzen Thesen zusammenfassen. **Die Qualität einer salus klinik bemisst sich daran, inwieweit sie**

- 1 die Basisqualitäten für eine störungs- und personorientierte Behandlung – Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und Rechtskonformität – realisiert und in Übereinstimmung mit Evidenz basierten Leitlinien bringt;
- 2 die Zielkriterien für diese Basisqualitäten operationalisiert und das Ausmaß ihrer Erreichung prüft;
- 3 sich als biopsychosoziale Komplexbehandlung mit dem gesamten

GUT IST GENUG

System von Medizin, professioneller Suchthilfe, Selbsthilfeorganisationen und Psychotherapie vernetzt, um ihren Patienten viele Wege zu eröffnen;

- 4 die Patienten zu aktiven Partnern im Änderungsprozess macht und sie befähigt, die Verantwortung für sich und ihre Gesundheit so bald und umfassend wie möglich selbst zu tragen;
- 5 sich den individuellen Möglichkeiten der erkrankten Person anpasst - ohne die Interessen und Anforderungen ihres realen sozialen Umfelds (v.a. Familie, Arbeit) außer Acht zu lassen;
- 6 mit ihren Strukturen und Prozessen Betroffene motiviert, sich frühzeitig in eine Behandlung zu begeben und darin zu bleiben, bis das Therapieziel erreicht ist;
- 7 alle notwendigen bio-psycho-sozialen Behandlungselemente zu einem individuell abgestimmten Konzept verbindet, um so eine weitest gehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen;
- 8 die Interessen und Rückmeldungen der Patienten erkundet, erfasst, prüft und berücksichtigt;
- 9 auch die eigentlichen Leistungserbringer, die Mitarbeiter, als „Kunden“ versteht und pflegt;
- 10 bei Abweichungen von anerkannten Standards und von selbst

gesetzten Zielen Änderungen an ihrer Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität offen diskutiert, einleitet und sie auf ihre Wirksamkeit prüft.

Hinter diesen „10 Geboten“ steht als Grundhaltung, dass im Mittelpunkt der Rehabilitation der in seinen körperlichen, sozialen oder psychischen Funktionen beeinträchtigte oder von Behinderung bedrohte Mensch steht. Wir begegnen unseren Patienten als Personen, die zwar eine vorübergehende Hilfe mit Mitteln von bio-psycho-sozialen Therapien benötigen, die aber auch über viele Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, die wir würdigen und fördern. Selbstbestimmung und Aktivierung eigener Kräfte und Möglichkeiten prägen unsere Maßnahmen. Der Patient ist bei uns sehr viel mehr Akteur in eigener Sache als passiver Empfänger von Leistungen. Zu diesem Zweck stellen wir für jeden Patienten individuell abgestimmte Angebote zusammen, stärken seine früher und aktuell vorhandenen Fähigkeiten und fördern eigenverantwortliches, gesundheitsorientiertes Handeln. Unsere therapeutischen Leistungen sollen die Patienten befähigen, wieder so umfassend wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, und ihre Möglichkeiten erweitern, den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein und dem Leben gute Seiten abzugewinnen.

In diesem Sinne wollen wir als Klinik, Fachambulanz und Adaptionseinrichtung gut sein und hoffen, dass auch für Sie „gut“ gut genug ist.

DIE MACCHIA VON BOLOGNA ODER: WELCHE FACHKRAFT WOFÜR, UND WENN, WIE ÜBERHAUPT ...

Macchia wird eine mediterrane Vegetationsform genannt, ein dichtes und oft dorniges Gestrüpp aus verschiedenen Gewächsen, das im Sommer trocken und hart wird. Die Macchia zieht sich manchmal über weite Landstriche hin. Wer sich dort hineinwagt, kehrt meistens schon nach wenigen Metern blutig zerkratzt und entnervt um. Wer kleine Wildwechsel findet und sich tiefer hineinbegibt, der kann sich leicht verlaufen, weil die Vegetation gleichförmig ist, keine größeren Bäume als Orientierungspunkt dienen, die Pfade sich unregelmäßig kreuzen und manche Wege unvorhersehbar im Nirgendwo enden. Ich weiß nicht, ob es bei der Stadt Bologna überhaupt eine derartige Macchia gibt, aber sinnbildlich ist aus dem Bologna-Prozess zur Vereinheitlichung des europäischen Hochschulwesens für viele Leute so etwas wie ein undurchschaubares Gestrüpp geworden, mit verwirrenden Pfaden, deren Verlauf und Ziel nicht erkennbar ist. Beispielsweise scheint niemand bisher das Berufsbild eines Psychologie-Bachelors in der Klinik klar umreißen zu können, obwohl das Ausbildungssystem sie demnächst in großer Zahl frei setzen wird. In den Kliniken macht uns die derzeitige Übergangssituation immer dann zu schaffen, wenn alte dornige Regelungen sich mit frischen Schösslingen verschlingen. Dann möchte man am liebsten eine Machete zur Hand nehmen und sich einen neuen Weg frei holzen. Aber so einfach geht das eben nicht.

Der Bologna-Prozess wurde 2010 abgeschlossen, aber auf die daraus resultierenden Veränderungen eingestellt haben sich noch längst nicht alle unsere Institutionen und Regelungen. Auch die Rechtsprechung hinkt der Entwicklung hinterher. Für das Arbeitsgebiet der Rehabilitation hat in diesem Zusammenhang das Psychotherapeutengesetz eine besondere Bedeutung. Es ist 1999 in Kraft getreten und dringend reformbedürftig. Damit lässt sich der Gesetzgeber allerdings Zeit. Experten rechnen nicht mehr mit einer Änderung während dieser Legislaturperiode, frühestens also im Jahr nach 2013. Solche juristischen Entscheidungen sind nicht nur formal wichtig für die Ausbildung orientierungsloser Bachelor und Master, sondern sie haben auch ganz praktische Auswirkungen auf unser Arbeitsfeld, denn wir benötigen regelmäßig qualifizierten Nachwuchs. In der Therapie und

der medizinischen Rehabilitation von Personen mit psychischen Störungen, also auch Suchterkrankungen, die primär mit Mitteln der Psychotherapie behandelt werden, sind dies vor allem ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Sozialpädagogen bzw. -arbeiter mit suchtspezifischer Weiterbildung bzw. Ausbildung zum Sozialtherapeuten. Diesen Berufsgruppen muss man eine interessante Perspektive aufzeigen, wenn man sie zur Ausbildung und zur späteren Arbeit im Berufsfeld der angestellten Psychotherapie motivieren will. Ansonsten verdorrt der Boden, aus dem qualifizierte Mitarbeiter nachwachsen.

Insbesondere für die Suchtrehabilitation gibt es infolge von Bologna eine unglückliche Entwicklung, wodurch die bereits vorhandene Disparität zwischen den beteiligten Berufsgruppen erhöht statt verringert wird. Sie betrifft die Qualifizierung der für Einzel- und Gruppenpsychotherapie zugelassenen Berufsgruppen. Im Kapitel G der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation“ (KTL) werden als Berufsgruppen zugelassen: Arzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt mit Zusatzbez. Psychotherapie, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt/Diplom-Psychologe in fortgeschrittener psychother. Aus-/Weiterbildung unter Supervision*. Das Sternchen verweist auf eine Fußnote „Sonstige Qualitätsmerkmale“ mit dem Zusatz: "sowie im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen Diplom-Sozialarbeiter bzw. Diplom-Sozialpädagogen mit DRV-Bund-anerkannter suchtttherapeutischer Zusatzausbildung". Ausgeschlossen vom Zugang zur DRV-anerkannten Weiterbildung zum Sozialtherapeuten bleibt die Berufsgruppe der bisherigen Diplompädagogen. Meines Ermessens eine nicht zwingend erforderliche Einschränkung für die Erschließung qualifizierten Personals und eine obsoleete Entscheidung in der Zeit nach Bologna, in der weniger die Titel der Studienabschlüsse als deren Inhalt gemäß dem European Credit Transfer System (ECTS) Ausschlag gebend ist.

Die ärztlichen Berufsgruppen nehmen in der zitierten Aufzählung der KTL zwar den größten Raum ein, in der numerischen Realität der Stellenpläne von Suchteinrichtungen hingegen nähert sich ihr Wert Null. Die Suchtthe-

**Oft borgen wir von unserem Morgen,
um unsere Schulden bei unserem Gestern zu bezahlen.**

Khalil Gibran (in: Sand und Schaum, 1926)



rapie wird dominiert von den beiden Berufsgruppen der Sozialpädagogen bzw. -arbeiter und der Psychologischen Psychotherapeuten (in Ausbildung oder mit Approbation). In der ambulanten Rehabilitation stellen die Sozialpädagogen fast überall sogar die Mehrheit der Therapeuten. Eine offizielle Differenzierung der Befugnisse und Kompetenzen in der Einzel- und Gruppentherapie gibt es nicht, ohne dass daraus ernstlich Probleme entstehen, so dass es hier auch keinen Regelungsbedarf zu geben scheint. Für den klinischen Alltag in unseren Einrichtungen haben wir über intensive hausinterne Fortbildung und gemeinsame interdisziplinäre Fallsupervision mit unseren psychiatrischen und sozialmedizinischen Fachärzten pragmatische Lösungen gefunden, die eine grundlegende Differenzierung der Kompetenzen erübrigen.

Während Sozialpädagogen vor Bologna die Anerkennung als Therapeut für Abhängigkeitserkrankungen erst nach einem 8-semesterigen Fachhochschulstudium, einer mehrjährigen Berufserfahrung im Arbeitsfeld Sucht und einer daran anschließenden 3-jährigen berufsbegleitenden Weiterbildung zum Sozialtherapeuten erhielten, kann man seit Bologna die DRV-Anerkennung bereits nach einem Bachelor-Abschluss (i.d.R. 6 Semester) und einem anschließenden 5-semesterigen berufsbegleitenden (mind. Halbtagsstelle) Masterstudiengang erhalten. Dies wurde möglich, weil die Kultusminister das bisherige Diplom der Fachhochschulen mit dem jetzigen Bachelor-Abschluss gleichgestellt haben. Da dieser Zugang zur Therapie für Sozialpädagogen ausgesprochen attraktiv ist, gehen wir davon aus, dass sich dieses Modell binnen weniger Jahre an vielen Standorten durchsetzen wird. Um weiterhin optimal qualifizierten Nachwuchs für unsere

Prinzipiell wäre es aber auch in unseren Kliniken demnächst denkbar, dass einer 23-jährigen DRV-erkannten Sozialtherapeutin eine deutlich ältere Psychologin mit größerer und breiterer klinischer Erfahrung assistierend zur Seite gestellt werden muss, weil uns nach den geltenden Vorschriften die federführende DRV bescheinigt, dass die Psychotherapeutin in Ausbildung (PiA) allenfalls als Co-Therapeutin eingesetzt werden darf, solange sie ihre psychotherapeutische Ausbildung nicht abgeschlossen hat oder darin weit fortgeschritten ist. Vielleicht denken Leistungsträger und -erbringer noch einmal gemeinsam über praxistaugliche Änderungen dieser Vorschrift nach.

Die Situation der Psychologin im vorigen Beispiel kommt dadurch zustande, dass in der Psychologie – im Gegensatz zum früheren Fachhochschulstudium der Sozialpädagogen – nicht das Vordiplom, sondern das Diplom mit dem heutigen Masterabschluss gleichwertig gestellt wurde. Für Psychologen gibt es nach dem Bachelor (bisher) keinen ähnlich kurzen Weg in die Therapie wie für Sozialpädagogen. Psychologen mit Masterabschluss könnten bei der heutigen Durchlässigkeit der Studiengänge theoretisch zwar noch einen Master in Suchtwissenschaft/Suchttherapie draufsetzen und damit schon nach 2 ½ statt nach 4-5 Jahren Psychotherapeutenausbildung in der Suchtrehabilitation therapeutisch tätig werden. Aber damit würden sie sich für ihr ganzes Leben auf ein eng umgrenztes Arbeitsgebiet festlegen, ihren potentiellen Marktwert verschlechtern und ihr Kompetenzspektrum unnötig einschränken, so dass diese Variante der beruflichen Karriere für Psychologen theoretisch bleiben dürfte. Psychologen erhalten erst nach mindestens 10-semesterigem Bachelor- und Master-

und die darüber nicht ständig klagen, aber prinzipiell liegen hier im System überflüssige Tretminen. Sie sind geeignet, Zwietracht zu säen und Unfrieden in ein Arbeitsgebiet zu bringen, das gerade wegen seiner interdisziplinären Kollegialität besonders geschätzt wird und damit auch für daran interessierte Neueinsteiger attraktiv ist. Jede Klinik und jedes Team investiert ganz selbstverständlich eine Menge wohlwollender Energie und Verständigungsbereitschaft in die Aufgabe der kollegialen Koope-

miker mit einem Masterabschluss im gleichen Fachgebiet! - absolviert die Ausbildung neben einer vollen Erwerbstätigkeit, die sie vor allem dann zur Finanzierung der Ausbildungskosten und ihres Lebensunterhalts benötigen, wenn sie bereits eine Familie gegründet haben. Die größte Belastung entsteht jedoch nicht aus den meist abends und an Wochenenden stattfindenden Kursen, Selbsterfahrungseinheiten und Übungen, sondern aus den 600 Stunden ambulanter Therapie, die überwiegend



ration, und diese Bestrebungen sollten durch die organisatorischen Rahmenbedingungen nach Möglichkeit gefördert werden.

Solange es kein Psychotherapeutengesetz gab, war die Suchtbehandlung für Klinische Psychologen mit therapeutischer Weiterbildung ein sehr attraktives Arbeitsfeld, denn hier konnte man seine Fähigkeiten mit ausreichendem Handlungsfreiraum an die Patientin und den Patienten bringen. Die meisten verstanden sich auch als ausgesprochene Suchtexperten, kümmerten sich sehr intensiv um die hier besonders geforderten Kompetenzen und blieben ihrem Praxisfeld lange treu. Die Alternative der Niederlassung in freier Praxis lockte noch wenig. Das hat sich nach meiner Beobachtung seit 1999 zunehmend gewandelt. Die Ausbildungsinstitute orientieren ihre Kandidaten im gegenwärtigen System vorwiegend in Richtung einer Tätigkeit in freier Praxis. Suchttherapie kann dabei nur unter „ferner liefen“ stattfinden. Anders ist es ja auch nicht möglich in einer umfassenden Psychotherapieausbildung. Die große Mehrheit der „Auszubildenden“ - welche ein begrifflicher Fehlgriff für Akade-

in den Institutsambulanzen abzuleisten sind. Inklusive Wegezeiten, Dokumentation und kosten- wie zeitintensiver Supervision muss man drei Jahre lang mit zusätzlichen 8 Stunden wöchentlich rechnen, die ausschließlich für diese Fallarbeit aufgebracht werden müssen.

Das bedeutet erstens für die in Kliniken angestellten Psychologen in fortgeschrittener Psychotherapieausbildung, dass sie über lange Zeitspannen eine mehr als 50-stündige Arbeitswoche ohne regelmäßig freie Wochenenden zu bewältigen haben beziehungsweise dass sie sich eine Teilzeittätigkeit wünschen. Teilzeitstellen können im stationären Bezugstherapeutensystem nicht einfach und unbegrenzt realisiert werden, ohne die Betreuungsintensität und -qualität zu beeinträchtigen. Wenn Mitarbeiter und Klinik an dieser Stelle zu keiner für beide Seiten befriedigenden Lösung kommen können, gehen entweder der Klinik gut ausgebildete Fachkräfte verloren oder die Mitarbeiter verausgaben sich in kaum zu vertretendem Ausmaß. Wir haben in unseren Kliniken deshalb verschiedene Möglichkeiten der Flexibilisierung von Arbeitszeiten und der Co-Therapie erprobt und dabei die Er-

Wo niemand mehr sicher ist, ob er den richtigen Weg weiß, dort haben die Technokraten freie Bahn.

multidisziplinären Behandlungsteams bekommen zu können, kooperieren die salus kliniken an allen ihren Standorten mit den jeweiligen ortsnahen Hochschulen in den Masterstudiengängen Suchtwissenschaft/Suchttherapie bzw. unterstützen den Aufbau eines solchen Studiengangs. Dies ist – um im Bild der Überschrift zu bleiben – einer der neuen Wege in der Macchia. Man muss ihn pflegen und häufig begehen, damit er frei bleibt. Wir tun das, weil wir die spezifischen Qualifikationen der Sozialpädagogen in der Suchtrehabilitation nicht nur für bereichernd, sondern für notwendig erachten.

studium und anschließender 4-5-jähriger, umfassender und mit erheblichen Kosten verbundener Ausbildung an einem staatlich anerkannten Institut die Approbation als Psychotherapeut. Dann allerdings sind sie in vollem Umfang zur eigenverantwortlichen Arbeit im Gebiet der Psychotherapie berechtigt. In der Suchtrehabilitation befinden sie sich als Einzel- und Gruppentherapeut allerdings strukturell mit den Sozialtherapeuten auf einer Ebene, was nicht ohne Einfluss auf die Gehaltseinstufung bleibt. Es gibt Gott sei Dank etliche Idealisten und Personen, denen wenig an Status und Geld liegt

DIE MACCHIA VON BOLOGNA...

fahrung gemacht, dass es hierbei kein bestes Modell gibt, das sich als Standard definieren lässt. Nach Ausschluss einiger Varianten, die sich relativ rasch als nachteilig für die Versorgung unserer Patienten erwiesen, suchen wir in jedem Einzelfall eine Lösung, die einen tragfähigen Kompromiss zwischen Mitarbeiter- und Unternehmensinteressen darstellt.

Zweitens erwarten approbierte Psychotherapeuten nach einer insgesamt 10-jährigen Ausbildungszeit ein Arbeitsentgelt, das über dem von Diplom-Psychologen bzw. Psychologen mit Masterabschluss liegt. Die Berufsverbände orientieren sich an den Gehältern von Fachärzten. In stationärer Psychosomatik und Sucht wäre also ein Facharztgehalt pro 8 bzw. 10 – 12 Rehabilitanden bei der Kalkulation der Vergütungssätze anzusetzen. Da sich die Leistungsträger in ihrem Anforderungsprofil zur Struktur und Qualifikation des Personals sehr klar äußern, sollten sie auch in der Vergütung die entsprechenden Konsequenzen ziehen und den Preis der geforderten Qualität anpassen.

Für Suchteinrichtungen bringt es die Psychotherapieausbildung drittens mit sich, dass sie bei Neueinstellung eines approbierten Psychotherapeuten eine zwar rundum hervorragend ausgebildete Person vor sich haben, die aber nur in Ausnahmefällen über ein ausreichendes Spezialwissen und -können in der Suchtbehandlung verfügt. Das war einer der Gründe für die salus kliniken, sich als Ausbildungsstätte zu qualifizieren und die jungen Mitarbeiter mit der doppelten Zielrichtung auszubilden, zugleich komplette Psychotherapeuten und Suchtspezialisten zu werden. Unsere Klinik in Lindow hat in diesem Zusammenhang sogar ein eigenes

staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut gegründet.

Die Qualifikation als Ausbildungsstätte für Psychotherapeuten ist besonders sinnvoll vor dem Hintergrund, dass die salus kliniken in Friedrichsdorf, Lindow und Hürth - mit Ausnahme von Demenzerkrankungen und akuten Psychosen - das gesamte Spektrum psychischer Störungen abdecken, die in offenem Rahmen primär mit psychotherapeutischen Methoden behandelt werden können. Die Leistungsträger könnten in diesem Zusammenhang ihre Rehabilitationskliniken dadurch unterstützen, dass sie gegenüber den Aufsichtsbehörden in allen Bundesländern entschieden für eine Anerkennung der Kliniken mit breitem Indikationsspektrum als anerkannte Ausbildungsstätte eintreten, denn das wird leider nicht bundesweit einheitlich gehandhabt. Unsere Kliniken haben traditionell eine Abteilung für Sucht und eine für Psychosomatik. Wir wissen aus deren Praxis, dass es neben der Störung, welche die Behandlung veranlasst, in beiden Abteilungen bei einer Vielzahl von Patienten so genannte komorbide Störungen gibt. In der psychosomatischen Abteilung sind dies vor allem Alkohol- und Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit und in der Suchtabteilung Depression, Angst und Anpassungsstörungen. Dementsprechend sind die Anforderungen an die Qualifikation der Therapeuten weitgehend gleich und unsere Bezugstherapeuten können zwischen den Abteilungen wechseln, wenn die persönlichen oder Klinikinteressen einen solchen Wechsel nahe legen. Das eröffnet allen Beteiligten mehr Spielräume.

Im Hintergrund von allem, was bis hierher ausgeführt wurde, ging es um die Gewinnung und die Pflege qualifizierter Mitarbeiter, hier insbesondere Einzel- und Gruppentherapeuten. Unabhängig von den speziellen Übergangsproblemen, die der Bologna-Prozess mit sich bringt, wird der medizinischen Rehabilitation ein drohender Fachkräftemangel vorausgesagt. Dies ist ein aktuelles Thema in der gesamten Gesundheitsversorgung. Längst geht der Mangel weit über das in allen Medien beklagte Aussterben der Hausärzte in ländlichen Regionen hinaus. Er erstreckt sich auf nahezu alle Berufsgruppen der Krankenhäuser, auch und gerade auf die außerhalb von Ballungsgebieten angesiedelten Rehabilitationskliniken. Zusätzlich verschärft wird die Personalsituation in der privatwirtschaftlich betriebenen Rehabilitation durch die politisch gewollte Deckelung der Ausgaben für die

MIT LEBEN GEFÜLLT : DIE SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL



Thomas Ernst

Rehabilitation seit 1997. Seitdem hat sich über die Jahre eine immer weiter klaffende Lücke zwischen der Vergütung der Reha-Leistungen und der allgemeinen Preisentwicklung aufgetan. Die Zahlen sind durch seriöse Gutachten belegt, sie sind den Entscheidungsträgern bekannt und sie werden nicht bestritten. Aber so lange es ohne größere Katastrophen irgendwie doch weiterzugehen scheint, ändert sich nichts.

Da Rehakliniken nicht die Möglichkeit haben, eventuelle Verluste von Kommunen oder sonstigen staatlichen Stellen ausgleichen zu lassen, das Gesundheitswesen aber auch kein Markt im klassischen Sinn ist, in dem der Preis eines Produkts seinen Gestehungskosten folgen kann, sind die finanziellen Spielräume von Rehabilitationseinrichtungen sehr eingeeengt. Der eine Ausweg im Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter, das Setzen hoher finanzieller Anreize, ist heute so gut wie verschlossen, nachdem bereits alle Rationalisierungsreserven ausgeschöpft wurden. Für Unternehmensberater und Personal-„Coaches“ müsste die bundesweite Erzeugung eines derartigen betrieblichen Dilemmas in den Reha-Einrichtungen beinahe wie eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme wirken, um viele kreative Scheinlösungen zu produzieren. Faktisch jedoch ist die Entwicklung der Finanzen und damit der Mitarbeiterrekrutierung in der personalintensiven Rehabilitation ein unlösbares Problem. Unlösbar aber nur, solange keine der bisher noch ehernen Voraussetzungen geändert wird. Die zentrale Forderung kann deshalb nur lauten: **Der Reha-Deckel muss weg!**

Ralf Schneider

Nach nicht einmal 12 monatiger Bauzeit meldete der den Bau ausführende Generalunternehmer, die Firma Goldbeck aus Bielefeld, Baufertigstellung. Trotz erheblicher Zeitverzögerung durch den letzten harten Winter haben es der Projektleiter und der Bauleiter der Firma Goldbeck geschafft, das Gebäude der neuen salus klinik Castrop-Rauxel pünktlich zum Stichtag zu übergeben. Daher konnte die salus klinik Castrop Rauxel am 04.10.2011 ihren Betrieb aufnehmen und startete mit einem Umzug der PatientInnen der ehemaligen Fachkliniken Beusingser Mühle und Quellwasser in die neu erbauten Räume. Zuvor hatte eine Visitation durch den federführenden Leistungsträger, die Deutsche Rentenversicherung Westfalen stattgefunden, die sich vom gelungenen räumlichen Konzept, den guten Standards und dem therapeutischen und Freizeitangebot der salus klinik überzeugen konnten. Visitationen anderer Leistungsträger werden folgen, wobei wir uns bereits jetzt bei allen Leistungsträgern für den unbürokratischen Umgang, die Hilfestellungen und die Nachsicht für den einen oder anderen Startpatzer bedanken möchten. Ebenso hat uns das in unmittelbarer Nachbarschaft gelegene evangelische Krankenhaus Castrop-Rauxel in der Anfangsphase tatkräftig unterstützt. Mit dessen Geschäftsführung und Leitung konnte eine tragfähige und langfristig angelegte Kooperationsvereinbarung getroffen werden. So ist der dortige Chefarzt der Psychiatrie, Herr Prof. Dr. Udo Bonnet zugleich Leitender Arzt der salus Klinik, um nur ein Beispiel zu nennen. All diese Umstände und die Tatsache, dass wir in der Psychotherapeutin Sybille Teuñßen eine kompetente und erfahrene Klinikdirektorin finden konnten, lassen uns positiv in die Zukunft unserer salus klinik Castrop-Rauxel blicken.

IMPRESSUM

Redaktion:

Ralf Schneider, Sandra Fisch
salus klinik GmbH
Sudetentraße 67
50354 Hürth
Tel. 02233 3930 - 0
Fax 02233 3930 - 2

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Alfons Domma, Thomas Ernst,
Sandra Fisch, Ralf Schneider

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de

Gestaltungskonzept & Layout:

Helm Renz, 50825 Köln, www.helmrenz.de