



## EDITORIAL



Liebe Leserin,  
lieber Leser,

wohl ließe sich an dieser Stelle das Motto unserer letzten salü „In Bewegung“ an dieser Stelle leicht wiederholen, da wir uns in den letzten Monaten weder dem Winterschlaf hingaben, noch uns auf dem Erreichten ausruhen wollten. So konnten wir inzwischen in die elektronische Berichtsübermittlung mit der DRV-Westfalen einsteigen und die Therapieplanung in PaDo einrichten, so dass den Patienten und Patientinnen nun individuelle Therapiepläne zur Verfügung stehen, die ihnen die Orientierung, gerade in der Anfangsphase der Behandlung deutlich erleichtern. Auch unsere Arbeit wurde hinsichtlich der Therapieplanung übersichtlicher und effizienter. Neben den „technischen“ Fortschritten konnten wir uns auch wieder mehr fachlichen und inhaltlichen Aspekten unserer Arbeit widmen. So führten wir Ende Februar unsere erste Fachtagung zu den Themen Schmerz, Schlafstörungen und ADHS durch, die in Vorbereitung und Durchführung gut gelang und eine positive Resonanz hervor rief. Wir widmeten uns verstärkt dem Thema Partnerschaft und Sexualität, zu welchem Projekttag mit den Patienten und Patientinnen geplant sind. Nach nun zweieinhalb Jahren engagierten Einsatzes aller Mitarbeitenden setzen wir uns in zwei Qualitätszirkeln intensiv mit den Themen Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit auseinander. Eine MitarbeiterInnenbefragung befindet sich derzeit in der Auswertung. Den Mitarbeitenden wurde die Möglichkeit gegeben, ein Yoga-Angebot zu nutzen und Betriebssport zu betreiben. Durch den Fortbildungswillen der Mitarbeitenden erhalten wir zudem immer wieder neue Impulse in verschiedenen Bereichen wie Anti-Gewalt-Training, Traumabehandlung oder Outdoorsport. Neben den Neuentwicklungen beginnen sich auch jährliche Routinen aufzubauen. So steht das erste Wiederholungsaudit vor der Tür und im Herbst werden wir erneut einen Duathlon durchführen. Bleibt nur zu erwähnen, dass auch die täglichen Routinen immer noch von allen mit Engagement und Zuverlässigkeit gesichert werden. Vielen Dank an alle, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik als auch Systempartner, die uns eine sinnvolle und hilfreiche Arbeit im Sinne der Patienten und Patientinnen ermöglichen.

Glück Auf

Jürgen Graudenz

# SKT

## Die Einbindung des sozialen Kompetenztrainings in die stationäre Therapie von (polyvalent-) abhängigen Menschen

Die professionelle Suchttherapie verfügt über den Anspruch der individuellen Behandlung. Es gibt diverse indikative Gruppen wie etwa Frauengruppen, Männergruppen, Kurzinterventionen für Cannabiskonsumern oder ganze Therapiekonzepte für besonders junge oder alte Patienten. Ziel ist die „ganzheitliche“ Betrachtung des Menschen und eine Therapie, welche die multifaktoriellen Gegebenheiten des Patienten berücksichtigt. Eine Therapie bei der jeder Patient, egal welcher individueller Problembereiche, gleich behandelt wird, kann diesem nicht gerecht werden.

Dennoch finden in der praktischen Suchttherapie manualisierte Behandlungskonzepte anklang. Der Behandler verspricht sich einen geringen Zeit- beziehungsweise Vorbereitungsaufwand und ein gut durchdachtes sowie auf seine Wirksamkeit hin evaluiertes Behandlungskonzept. Die Rahmenbedingungen (Zeitstruktur, verwendete Arbeitsunterlagen oder Gruppengröße) der Behandlungsmanuale können allerdings oft nicht mit dem Setting der Rehabilitationsstellen in Einklang gebracht werden. Einige möglicherweise weniger wichtig erscheinende Module werden bei der Durchführung ausgelassen, verändert (gekürzt und/oder mit anderen Modulen zusammengelegt) oder vorgegebene Selbststudien vernachlässigt. Schnell wird aus

einem evaluierten und kontinuierlich weiterentwickelten Behandlungsmanual ein Sammelsurium von Arbeitsblättern und Ideen, welches dennoch bei dem Behandler den Anspruch weckt, eine gleichbleibende Wirkung zu erzielen. Auch in der salus klinik castrop-rauxel wird seit etwa zwei Jahren das „GSK-Training sozialer Kompetenzen“ als indikative Gruppe in die allgemeine Behandlungsplanung integriert. Im Folgenden soll die Indikativgruppe inhaltlich kurz dargestellt werden. Der Artikel wurde zur semantischen Vereinfachung den sprachlichen Gepflogenheiten angepasst und die männliche Form (Patient, Mitarbeiter, Therapeut etc.) genutzt.

### Gruppentraining sozialer Kompetenzen- GSK

Das Training ist ursprünglich für durchschnittlich 8-10 Patienten und zwei Trainern/Therapeuten konzipiert. Sind weniger Trainer zur Verfügung, sollte die Teilnehmerzahl laut Manual auf 4-5 Personen beschränkt werden. Durch den allgemein engen Kontakt zu den Patienten ist eine höhere Teilnehmerzahl in der stationären Therapie vertretbar, da „begleitende“ Themen in anderen Therapiemaßnahmen parallel bearbeitet werden können. Bei mehr als 10 Personen sind die Möglichkeiten, Übungen angemessen durchzuführen, dennoch zu stark eingeschränkt. Das Training versucht möglichst jeden Teilnehmer in

allen Übungen zu unterstützen beziehungsweise zur aktiven Mitarbeit zu motivieren. Das soziale Kompetenztraining umfasst bei uns 10 einstündige Sitzungen. Im Folgenden werden die Sitzungen in ihren zentralen Aspekten skizziert. Auf eine ausführliche Darstellung mit geltenden Unterlagen wird hier der Leserlichkeit der Arbeit zugunsten verzichtet. Das vollständige Manual mit allen Arbeitsblättern und Arbeitsanweisungen kann in dem Buch von Hinsch und Pflingsten (2006) Gruppentraining sozialer Kompetenzen- GSK nachgelesen werden. Allen Sitzungen ist ein sich ähnelnder Gruppenverlauf vorgegeben. Zu Beginn steht die Erklärung der Tagesordnungspunkte. Dies soll den Patienten die Übersicht über den Gruppenverlauf erleichtern. Anschließend werden die Hausaufgaben besprochen. Es folgt die Einführung eines nächsten Themenblocks mit praktischen Übungen, meist in Form von Rollenspielen. Entspannungsübungen nach Jacobsen nehmen einen weiteren großen Bereich im Training sozialer Kompetenzen ein. Diese sollen die Teilnehmer nach einer Einführung eigenständig im Alltag trainieren. Gegen Ende der Gruppensitzung wird die Hausaufgabe für die nächste Sitzung erklärt und verteilt.

### Einführungsveranstaltung und die ersten Sitzungen

Die Einführungsveranstaltung dient

zum einen der Informationsvermittlung bezüglich des Aufbaus, der Ziele und des Vorgehens des Trainings, zum anderen soll eine angemessene Erwartungshaltung gegenüber den Effekten des Trainings erworben werden. Potentielle Teilnehmer mit weniger realistischen Erwartungen können gegebenenfalls bereits in dieser Sitzung selektiert werden. Im ambulanten Setting soll so die Abbruchquote während des Trainings verringert werden. Anders als im ambulanten Rahmen wird bei uns weniger auf die wissenschaftlich evaluierte Erfolgsaussicht eingegangen oder ein Pretest durchgeführt. Die Zufriedenheit mit der Gruppe wird anhand des Zufriedenheitsfragebogens am Ende der stationären Therapie erfasst. Anhand von unterschiedlichen Übungen werden die Patienten animiert sich als Gruppe kennen zu lernen und über ihre Beweggründe an diesem Training zu sprechen. Die Erklärung des Modells von selbstsicheren und selbstunsicheren Verhalten nimmt eine zentrale Rolle in dem Training ein, daher wird dieses in der ersten Sitzung ausführlich thematisiert. Das Erklärungsmodell beschreibt, dass jede Selbstverbalisation positive wie negative, eine Reaktion in der Gefühlswelt sowie im Verhalten nach sich zieht. Dieses wiederum führt zu einer Festigung der bisherigen Selbstverbalisationen. Die Teilnehmer ergänzen das Erklärungsmodell durch eigene, bereits im Vorfeld definierte, negativ verlaufene Beispiele. In einem weiteren Schritt wird der Patient aufgefordert, dasselbe Beispiel mit einer positiven Selbstverbalisation durchzuspielen und schriftlich zu fixieren. Diskriminationstraining und „Recht durchsetzen“

In den folgenden Sitzungen ist den Patienten in der Regel bewusst, an welchen persönlichen Themen sie innerhalb der Indikativgruppe weiter arbeiten können. Es wird näher auf die Aspekte sozial kompetenten Verhaltens, unter Einbezug der Unterscheidung zwischen aggressiven, sicheren und unsicheren Verhaltens, eingegangen. Rollenspiele mit Videofeedback findet hier erstmalig ihre Anwendung. Das angewandte Diskriminationstraining wurde aus einer verkürzten Form des Fragebogens von Lange und Jakubowski (1976) entwickelt. Jeder Teilnehmer soll zunächst den Fragebogen eigenständig ausfüllen, später werden die Ergebnisse in der Gruppe diskutiert. Der Fokus bei der Einschätzung von aggressiven, sicheren oder unsicheren Verhalten, sollte auf die Verhaltenskonsequenzen gelegt werden. Anhand dieser kann der Gruppenteilnehmer die Situationen individuell und differenziert einschätzen. Bei dieser Übung muss den Teilnehmern verdeutlicht werden, dass alleine das zu bewertende Verhalten eingeschätzt wird und situationale Bedingungen nicht berücksichtigt werden. Analyse von Selbstverbalisationen

Etwa nach der Hälfte der Gruppensitzungen setzt sich der Patient vorrangig mit der Analyse von Selbstverbalisationen auseinander. Anhand von Übungen mit (tonlosen) Filmsequenzen werden diese analysiert werden, anschließend diskutieren die Teilnehmer ihre Notizen und werden von dem Therapeuten motiviert ihre eigenen (negativen) Selbstverbalisationen zu reflektieren. Die Teilnehmer sollen in dieser Sitzung, neben dem Erkenntnis-



gewinn über eigene (negative) Grundannahmen, lernen, sich selbst zu loben. Erfahrungsgemäß fällt es vielen Patienten leichter, sich zu kritisieren als sich zu loben, also über eigene positive Eigenschaften zu berichten. Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen und Sympathie gewinnen Gegen Ende der Indikativgruppe wird sozial inkompetentes Verhalten in Beziehungen fokussiert. Anders als in den voran gegangenen Sitzungen soll hier nicht gelernt werden sein Recht durchzusetzen, sondern in einer Beziehung Kompromisse einzugehen. Die Teilnehmer sollen lernen, dass sie in jeder Situation ihre Gedanken und Gefühle mitteilen können und diese von ihrem Gegenüber nicht verneint werden können, da es sich ja um die eigene Wahrnehmung handelt. Ziel soll sein,

dass jeder Teilnehmer lernt, in einer Beziehung angemessene Kompromisse einzugehen. Sozial kompetentes Verhalten, wie die angemessene Äußerung von Gefühlen, soll durch Übungen gefördert und die Wahrnehmung in Gesprächen geschärft werden. Konkrete Übungen zum reflektierenden Zuhören werden nicht verwendet, die Autoren beschreiben hier eine eher hemmende Wirkung in dem Training. Zielführender habe sich das kontinuierliche Üben

eigener Gefühlsäußerungen dargestellt. Darüber hinaus sollen die Patienten lernen im Kontakt mit anderen Menschen um Sympathie zu werben. Es wird nun erläutert, dass es keinen Anspruch auf die Erfüllung der eigenen Wünsche gibt, aber sehr wohl den Anspruch, mit anderen in Kontakt zu treten. Die Teilnehmer sollen lernen, dass der Erfolg des eigenen Handelns nicht über die Reaktion des Gegenübers zu bewerten ist, sondern darüber, inwieweit sich jeder an seine eigenen Vorhaben gehalten hat. Die Schwierigkeit in dieser Übung ist die immer wieder neue Anpassung an die Situation. Es ist in diesem Bereich der sozialen Kompetenzen nicht möglich, sich eine Strategie zu überlegen und diese strikt umzusetzen. Den Teilnehmern soll die Bedeutung von verstärkenden Verhal-

tensweisen (Nicken, Blickkontakt, Lächeln, Loben und vieles mehr) bewusst gemacht werden. Diese gehören zu einer positiven Kontaktaufnahme dazu, vermitteln dem Gegenüber Interesse und fördern somit die Gewinnung von Sympathie.

Abschließend werden alle Situationstypen besprochen und die Gruppenteilnehmern erhalten die Möglichkeit ihre Fortschritte in der Anwendung angemessenen sozial kompetenten Verhaltens zu reflektieren. Bislang automatisierte Verhaltensweisen sollen durch bewusst erlebtes Verhalten ersetzt werden.

Die Wirksamkeit einzelner Interventionstechniken des GSK wurde in vielen empirischen Studien belegt. Das GSK stellt jedoch ein Gesamtprogramm dar, welches nicht zwangsläufig genauso effektiv sein muss wie seine Einzelinterventionen. Eine empirische Evaluation des Trainings bei (polyvalent) abhängigen Patienten wurde bisher noch nicht durchgeführt. Die Patientengruppe der salus klinik castrop-rauxel kann nicht mit der im Buch beschriebenen Klientengruppe „nur“ sozial unsicherer Erwachsener verglichen werden. Ebenfalls zu berücksichtigen ist das Altern unserer Patienten. Durch den hohen Anteil an sehr jungen Patienten, kann bei vielen Gruppenteilnehmern von einem erheblichen Nachreifungsdefizit ausgegangen werden. Insgesamt erhielten wir sehr gute Rückmeldungen zu dieser Indikativgruppe. Aus diesem Grund gehört das GSK beinahe zu dem „Standart-Programm“ unserer Klinik. Viele Problembereiche unserer Patienten werden in dieser Gruppe aufgegriffen. Oft kann diese Gruppe sogar eine Alternative zur Indikativgruppe Rückfallprophylaxe sein, da nicht selten Konflikte in sozialen Beziehungen als Auslöser für Rückfälligkeit berichtet wird. Wir können also trotz der zu Beginn erläuterten Zweifel von einer Wirksamkeit der Indikativgruppe ausgehen. Sicherlich wäre eine empirische Studie hilfreich um die subjektiven Eindrücke der Patienten und Therapeuten zu unterstützen.

### Ernst Stadler: Der Spruch

In einem alten Buche stieß ich auf ein Wort,  
Das traf mich wie ein Schlag und brennt durch meine Tage fort:  
Und wenn ich mich an trübe Lust vergeb,  
Schein, Lug und Spiel zu mir anstatt des Wesens hebe,  
Wenn ich gefällig mich mit raschem Sinn belüge,  
Als wäre Dunkles klar, als wenn nicht Leben tausend wild verschlossene Tore trüge,  
Und Worte widerspreche, deren Weite nie ich ausgefühl,  
Und Dinge fasse, deren Sein mich niemals aufgewühlt,  
Wenn mich willkommener Traum mit Sammethänden streicht,  
Und Tag und Wirklichkeit von mir entweicht,  
Der Welt entfremdet, fremd dem tiefsten Ich,  
Dann steht das Wort mir auf: Mensch, werde wesentlich!

# 1. FACHTAGUNG IN DER salus klinik



Dr. Dorothee Deuker

Am 26. Februar 2014 fand unsere erste Fachtagung statt. Etwa 50 Gäste, Mitarbeitende aus Beratungsstellen, psychiatrischen Kliniken und Fachkliniken aus dem Suchtbereich, Gesundheitsämtern und anderen Institutionen informierten sich in drei Vorträgen zu den Themen rund um den Oberbegriff „Störungen des therapeutischen Prozesses in der Langzeit-Entwöhnungsbehandlung.“

Es referierten Frau Rita Jülicher, Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin, Oberärztin der Abteilung Anästhesie des Martin-Luther-Krankenhauses, Bochum-Wattenscheid zum Thema „Schmerz und Sucht - ein Dilemma?“, Herr Dr. Roland Fischer Medizinischer Leiter, MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG zum Thema „Retardiertes Melatonin, ein Schlafmittel ohne Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential“ und Herr Dr. Bernd Wessel, Arzt für Psychiatrie, Chefarzt der Fachklinik Kamillushaus in Essen zum Thema „ADHS: Bedeutung und Behandlungsmöglichkeiten bei Erwachsenen mit Abhängigkeitserkrankung.“ In ihrem Vortrag „Schmerz und Sucht - ein Dilemma?“ gab Frau Jülicher zunächst eine Übersicht über die Geschichte der Schmerzbehandlung seit der Isolation des Morphin im Jahre 1807. Im 20. Jahrhundert gab es gewaltige Fortschritte in der Behandlung von Schmerzen und John Josef Bonica beschrieb erstmals die „Schmerzerkrankung“ als eigene Entität. Es kam zur Gründung von Schmerzkliniken und von Gesellschaften zur Erforschung und Behandlung des Schmerzes. Frau Jülicher berichtete über neurobiologische und physiologische Zusammenhänge des Schmerzes und die Schmerzverarbeitung im Gehirn und zeigte

die Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz auf. Es folgte ein Überblick über derzeit verfügbare Medikamente und ihre Kombinationsmöglichkeiten und deren Applikation sowie über nichtmedikamentöse Verfahren. Als Kernaussagen bleiben in Erinnerung: Das wichtigste Instrument der Diagnostik ist die Anamnese! Schmerz ist ein subjektiv erlebtes Phänomen, das ernst genommen werden sollte! In vielen Fällen sind Opiate erforderlich, um eine ausreichende Schmerzlinderung zu ermöglichen, dennoch spielen nichtmedikamentöse Verfahren eine wichtige Rolle.

Herr Dr. Fischer vermittelte interessante Informationen über das Medikament Circadin®, einem Schlafmittel mit dem Inhaltsstoff Melatonin ohne Abhängigkeitspotential. Nach einer Einführung in die physiologischen Grundlagen des Schlafes und Hinweisen zum Thema Schlafhygiene berichtete Herr Dr. Fischer über die ungünstigen Auswirkungen der sog. Z-Drugs auf die Schlafstruktur und deren Abhängigkeitspotential insbesondere bei Menschen mit einer Suchtanamnese. Er erläuterte dann die bisher vorhandenen Ergebnisse von Studien zu Circadin®, die zeigen, dass mit vielen der Nebenwirkungen der klassischen Hypnotika nicht zu rechnen ist und die kein Abhängigkeitspotential erkennen lassen. Als Kernaussagen bleiben in Erinnerung: Hypnotika einschließlich der sog. Z-Drugs verändern die Schlafstruktur und gehen mit erheblichen Nebenwirkungen einher. Retardiertes Melatonin, das eine verzögert wirkende Form des körpereigenen Hormons ist, hat diese Nachteile nicht und ist auch für PatientInnen mit einer Suchterkrankung in der Vorgeschichte geeignet. Es muss

allerdings bei Menschen unter 55 Jahren off label verordnet werden. Wichtig sind auch hier, wie bei der Schmerzbehandlung, nichtmedikamentöse Maßnahmen.

Herr Dr. Wessel schließlich gab einen umfassenden Überblick über die Diagnostik und Behandlung von ADHS und legte einen Schwerpunkt auf die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und ADHS. Er gab einen Überblick über die erstmalige Beschreibung des Symptomenkomplexes durch Heinrich Hoffmann bis hin zur heutigen Einordnung in den diagnostischen Manualen ICD und DSM. Er zeichnete ein umfassendes Bild der Konsequenzen für das gesamte Leben der Betroffenen, die auch im Erwachsenenalter noch eine große Rolle spielen und beschrieb Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten. ADHS führt auch



zu zusätzlichen Problemen in der Entwöhnungsbehandlung und beeinträchtigt das Durchhaltevermögen. Als Kernaussagen bleiben in Erinnerung: Menschen mit ADHS und einer Suchterkrankung benötigen einen multimodalen Behandlungsansatz und besondere Flexibilität und Geduld von Seiten der TherapeutInnen. Psychopharmaka können eine sinnvolle und hilfreiche Behandlungsstrategie sein. Psychopharmaka lösen keine Probleme, sondern versetzen Patienten in die Lage, Probleme zu lösen. Geeignete und umfassende Nachsorgemaßnahmen nach einer Entwöhnungsbehandlung sind für diese PatientInnengruppe besonders wichtig.

## PHILOSOPHISCHE RANDNOTIZ

*Heraklit von Ephesos ( um 500vC ) wird der Ausdruck „πάντα ῥεῖ“ („alles fließt“) zugeschrieben, der schon früh in der europäischen Geistesgeschichte auf die Bewegung und die ständige Wandelbarkeit alles Lebens hinweist, das dennoch einem bestimmten Ziele zustrebt.*

*Einen Fluss durch enge Begrenzungen und übermäßige Kontrolle zu zwingen gelingt nur bedingt, wie uns auch die Überschwemmungen der letzten Jahre wieder bewiesen haben. Wir können ihn auch nicht anschieben. Dennoch lässt sich sein Lauf durch kluge Begrenzungen und Räume, sich auszubreiten, beeinflussen und so in eine mit der umgebenden Welt verträgliche Form bringen.*

*So sehe ich auch die Bedeutung und Wirksamkeit von Therapie, die dem Menschen Räume und Anstöße bieten soll, den eigenen Weg zu finden. Eine zu enge Begrenzung durch starre Regeln und Strukturen wirkt hier kontraproduktiv und verhindert die Entwicklung eigenen Denkens*

*und der Übernahme von Verantwortung. Der Mensch, wie er ist und wie er bleiben wird, soll sich in seiner Wandelbarkeit erkennen und die gegebenen Räume nutzen statt sich auf einen schmalen Weg zu begrenzen, denn:*

**Das Werden zerstört die Konstanz nicht, es ist vielmehr eine notwendige Bedingung dafür.**



## DIE PATIENTEN- ZEITUNG -

Mehr als ein, laut Wikipedia, periodisch erscheinendes Druckerzeugnis mit aktuellem und universellem Inhalt.

Irgendwie war sie ja aus der Not geboren die „Patientenzeitung“ der salus klinik Castrop-Rauxel. Vor 2 ½ Jahren war das, nach dem Umzug der beiden Kliniken Quellwasser und Beusingermühle mitsamt Patienten und Mitarbeitern. In einer Zeit also, in der Konzepte, Regelwerke und Visionen wie es einmal laufen sollte zwar schon vorhanden waren aber eben alles noch im „Fluss“ und sich ständig am Erneuern war. „Kommunikation“ zwischen Patienten und Mitarbeitern war das Zauberwort der Stunde. Wenn es da schon eine Mitarbeiterzeitung der salus klinik gab warum durfte es dann keine Zeitung von und für Patienten geben? In den ersten Ausgaben machten sich dann die Patienten auch mal Luft und kritisierten Dinge. Ein Husarenstück war zum Beispiel ein Artikel über die „Mukibude“. Diese war zu der Zeit noch bestückt mit Geräten aus den alten Kliniken. Geflickt oder nur teilweise funktionsfähig. Im Artikel wurde der Zustand der Geräte ironisch beanstandet und durch drastische Fotos karikiert. Lag es jetzt nur an dem Artikel oder nicht, 2 Wochen später gab es neue Geräte was für die Patienten in der Zeitungsredaktion natürlich eine tolle Motivation war. Also ganz wie bei den „Großen“ darf die Patientenzeitung auch mal auf Missstände hinweisen, die uns betriebsblinden Mitarbeitern manchmal gar nicht auffallen. Dass ein Patient der Redaktion schon mal über das Ziel hinausschießt und vom Arbeitstherapeuten zensiert werden muss gibt es dabei so gut wie nie.

Mittlerweile hat sich die Patientenzeitung gemausert. Immer wieder wird zu gemeinsamen Aktionen aufgerufen. So gab es in der letzten Ausgabe den Aufruf zum ersten Fotowettbewerb der salus klinik Castrop-Rauxel. Wo zum Teil wunderschöne Fotos eingereicht wurden, die dann von einer Jury bewertet wurden. Als Preis winkte dem Gewinner die „Unsterblichkeit“, sein Bild wurde als Poster vergrößert und in der Klinik aufgehängt. „Vielleicht entwickelt sich ja im Laufe der Jahre eine kleine Galerie“ war von Patientenseite zu hören. Dann gab es noch eine Aufklärungskampagne nach Vorbild Dr. Sommer, Praktikumsberichte, Berichte über interne/externe sportliche Turniere mit Patientenbeteiligung usw.

Dabei schlägt man mit so einer Zeitung mehrere Fliegen mit einer Klappe. Die Patienten lernen die Möglichkeiten von text- bzw. bildverarbeitender Programme besser kennen, haben zusätzlich zu den Patientensprechern ein weiteres Sprachrohr und lernen dabei im Team unter Zeitdruck zu arbeiten. Und die



Therapeuten?! Sind eine nicht zu unterschätzende Käuferschicht der Zeitung. Eine Lieblingsrubrik der Patienten ist nämlich die Vorstellung einzelner Mit-

arbeiter die von Redaktionsmitgliedern über ihren Lebenslauf und ihre Lebensgesinnung interviewt werden. Wobei die Patienten oftmals genau das richtige Händchen beweisen, dem Mitarbeiter, das ein oder andere noch nicht bekannte Detail zu entlocken.



Nach dem Erfolg des letzten Jahres, möchten wir auch dieses Jahr das Breitensportangebot in Castrop-Rauxel erweitern. Die salus klinik Castrop-Rauxel richtete am 13.10.2013 den 1. salus-X-Duathlon aus. Mit 150 Teilnehmenden fand die Veranstaltung guten Anklang. Über persönliche Rückmeldungen und Kommentare auf der Veranstaltungshomepage haben wir viel positive Resonanz erhalten. Die Überschrift

in den Ruhrnachrichten lautete „Gelungene Premiere“. Die positiven Rückmeldungen waren eine große Motivation die Organisation für das Jahr 2014 aufzunehmen. Der 2. salus-X-Duathlon wird am 28.9.2014 stattfinden. Die karitative Sportveranstaltung mit den Disziplinen Laufen und Radfahren soll erneut als Cross-duathlon im angrenzenden Waldgebiet Grutholz durchgeführt werden. Auch in diesem Jahr haben der Bürger-

meister der Stadt Castrop-Rauxel Herr Beisenherz und der Spitzentriathlet Andreas Niedrig ihre Bereitschaft erklärt, die Schirmherrschaft für den Duathlon zu übernehmen. Alle sportlich Begeisterten sind herzlich zur Teilnahme eingeladen. Auch jegliche weitere Unterstützung dieser gemeinnützigen Veranstaltung ist uns willkommen. Nähere Informationen zu der Ausschreibung erhalten Sie unter [www.salus-x-dua.de](http://www.salus-x-dua.de)

### IMPRESSUM

**Herausgeber:**

salus klinik Castrop-Rauxel,  
Grutholzallee 51, 44577 Castrop-Rauxel

**Redaktion:**

Jürgen Graudenz

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**

Dr. Dorothee Deuker, Dirk Fuchs,  
Jürgen Graudenz, Frank Göttler,  
Kerstin Hohagen

**Herstellungsleitung:**

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

**Druck & Versand:**

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln  
[www.druckhaus-sued.de](http://www.druckhaus-sued.de)

## 2. SALUS-X-DUATHLON