



## EDITORIAL



Liebe Leser\*In

im November diesen Jahres feiern die salus kliniken Hürth ihr 10jähriges Bestehen. Die Zeit ist wie im Fluge vergangen und die Landschaft der Rehabilitation hat sich entsprechend weiterentwickelt.

Mit dieser Ausgabe möchten wir Ihnen zeigen, dass wir die 10 Jahre nicht nur dafür genutzt haben, uns zu vergrößern und uns baulich zu erweitern, sondern auch konzeptionell am Zahn der Zeit geblieben sind und uns stets bemühen, flexibel auf Marktansprüche zu reagieren.

So wird Ihnen einer unserer Team-Coaches, Michael Krämer, einen Einblick in das Thema des Cybersex geben – einem Spezialthema der Mediensucht. Christian Rosenau, den Sie als neuen Bezugstherapeuten der Glücksspieler kennenlernen werden, schreibt über die Problematik der Sportwetten. Unsere Bezugstherapeutin, Sabine Scheller und ihr Team-Coach, Mathias Weidekamp, berichten über den Schwerpunkt in ihrem Behandlungsteam, dem Ü55-Therapieprogramm. Auch BORA bzw. MBOR werden bei uns selbstverständlich gelebt. Unsere Ergotherapeutin, Speranza Zambito, hat in diesem Zuge mit ihrem Kollegen, Sebastian Müller, eine Arbeitsstraße entwickelt.

Im Innenteil stellen Ihnen Indra Claessens (Team-Coach), Ute Danicke-Biskup (Bezugstherapeutin) und Petra Mogias unsere vertiefenden Angebote der Frauenklinik vor. Sie beschäftigen sich mit der Behandlung von emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen, komorbiden Traumafolgestörungen sowie der Vortragsreihe „Mut zur Erziehung“.

Rehabilitation modern und flexibel gestalten, das haben wir uns auf unsere Fahnen geschrieben und ich gehe davon aus, dass dies auch in den kommenden 10 Jahren so weitergehen wird. Mein Dank geht an meine Leitungskollegen und das gesamte Team, die dies so möglich machen!

Ich wünsche Ihnen informative Unterhaltung

Julia Domma-Reichart



## – VON DER DIGITALEN LUST



M. Krämer

**Ein kurzer Blick zurück:** Im 18. Jahrhundert begann man mit der Ausgrabung der 79.n.Chr. zerstörten und verschütteten Stadt Pompeji. Die Archäologen staunten nicht schlecht, als sie Wandmalereien mit pikantem Inhalt entdeckten. Die zu sehenden expliziten Darstellungen von Sex wurden als moralisch bedenklich befunden und der Allgemeinheit vorenthalten; sie wurden als Pornografie (aus dem griechischen: pórn, dt. „Dirne“, gráphein, dt. „schreiben“) bezeichnet. Seit dieser Zeit hat sich die Darstellung der menschlichen Sexualität stetig entwickelt und ist heute eng verzahnt mit den Möglichkeiten der modernen Medien.



Dabei war es insbesondere das Internet, welches die Verbreitung und den Zugriff auf pornografisches Material so einfach wie nie zuvor machte. War

der Konsument zuvor auf Sexshops und auf die geschlossenen Bereiche von Videotheken angewiesen, so konnte er nun mit wenigen Klicks sein Ziel erreichen. Schätzungen zufolge entfallen ca. 15-20% des weltweiten Datenverkehrs auf pornografische Inhalte. Und dies kommt nicht nur durch das hohe Interesse der User zustande, sondern insbesondere durch die Geschichte der technischen Entwicklung und des World Wide Web. Die VHS Kasette hielt sich 20 Jahre lang als audiovisueller Medienstandard, aufgrund einer starken Lobby und aufgrund des Umstandes, dass sie das Hauptträgermedium für Pornografie wurde. Abgelöst wurde sie Mitte der 90er durch die DVD, auch sie wurde durch die Pornoindustrie gefördert. Höhere Auflösungen, höhere Speicherkapazität und das direkte Anwählen von einzelnen Szenen waren für die Inhalte vorteilig. Die nächste Stufe der physischen Trägermedien wurde eingeläutet mit dem Kampf der Blu-ray Disk (BD) gegen die HD-DVD. Die anfängliche Entwicklung und der geringere Produktionsaufwand ließen die HD-DVD als attraktiveres Medium erscheinen, doch die Pornoindustrie hatte andere Pläne, sie plädierte für die BD mit der Möglichkeit eines noch schärferen Bildes und der Auswahl verschiedener Kameraperspektiven. Die BD setzte sich schließlich durch und auch wenn sicherlich noch viele andere Faktoren an der dargestellten Entwicklung beteiligt waren, so zeigt sich die

Rolle der Pornografie unzweifelhaft. Mit der Entwicklung und den fortschreitenden Möglichkeiten des Internet schließlich, nahm die Verbreitung der Inhalte massiv zu.

**Rule 34:** In der heutigen Zeit stellt das Internet das meist genutzte Medium zur Verbreitung und Nutzung von Pornografie dar. So behauptet bspw. die sog. „Rule 34“, dass es im World Wide Web zu allen existierenden Dingen, Situationen, etc. ein pornografisches Äquivalent gibt („if it exists, there is porn of it“). Diese Internetregeln sind eine zumeist nicht ganz ernst gemeinte Liste von Schlagworten und Phrasen, welche ironisch das Internet abbilden, bzw. beschreiben, wie es inhaltlich funktioniert oder zu funktionieren hat. Über Fotografien, Video-Clips oder Live-Webcams wurden immer mehr Endkonsumenten angesprochen, dies kommerziell, aber auch nicht-kommerziell, denn es ist ohne weiteres möglich sexuelle Inhalte im www ohne Einsatz von monetären Mitteln zu betrachten. Unterschieden werden dabei die sog. weiche (die Darstellung von Nacktheit ohne sexuelle Handlungen), normale (die Darstellung nicht strafbarer sexueller Handlungen) und die harte Pornografie (die Darstellung von Gewalt-, Kinder- oder Tierpornografie). Dabei steht insbesondere die weiche und normale Pornografie jederzeit, für geringe Kosten oder kostenlos, in einem großen Umfang zur Verfügung und dies mit einem unterschiedlich

hohen Grad an Interaktion und in einer schier unüberschaubaren Vielfalt. 25% der Suchanfragen bei Google beziehen sich auf die Suche nach pornografischen Inhalten; 70% dieser Inhalte werden zwischen 9 und 17 Uhr abgerufen, wobei etwa 20% der Männer dies auf und während der Arbeit tun. 8% der täglich versendeten E-Mails enthalten indiskretes Material und 43% aller Internet-User schauen sich pornografische Inhalte an. Die entsprechende Industrie indes freut diese Entwicklung, macht sie doch in den USA einen geschätzten Jahresumsatz von 2,84 Milliarden Dollar über das Internet. Ein großer Anbieter in diesem Bereich, welcher im Internet Videos kostenfrei aber auch im monatlichen Abo (u.a. Premium Inhalte in höherer Qualität) anbietet, hat durchschnittlich 1.350 Millionen Besucher im Monat (Die Zeitung Bild kommt bspw. auf etwa 100 Millionen).

**Von der Lust zur Sucht?** Eine Studie der Universität Laval in Kanada identifizierte 3 Typen von Pornografiekonsumenten. 1. Die Freizeit-User (75,5%), 2. die stark verzweifelten, aber nicht zwanghaften User (12,7%) und 3. die zwanghaften User (11,8%). Betrachtet wurden dabei die Häufigkeit, die Zufriedenheit des Sexuallebens und die Stimmung vor und nach der Betrachtung. Die Ergebnisse verwiesen darauf, dass das Anschauen von pornografischem Material nicht unbedingt schädlich ist, im Gegenteil sogar ein gesundes und ausgewogenes Sexualleben fördern kann. Pornografie ist nicht per se schlecht oder schädlich. Sie kann das Sexualleben bereichern und dient einer gesunden Bedürfnisbefriedigung. Führt das Betrachten des pornografischen Materials jedoch zu Problemen, haben wir es vielleicht mit einem krankhaften Verhalten zu tun. Eine Zuordnung zu bestehenden Krankheitsbildern ist jedoch schwierig. Es stellt sich die Frage: Mit was haben wir es zu tun? Bei Vorliegen einer Hypersexualität (immerhin 3-6% der amerikanischen Bevölkerung) werden zumeist die Möglichkeiten des Internet zur Stimulation und Befriedigung genutzt. Manche Experten jedoch rechnen den exzessiven Gebrauch von Cybersex einer Impulskontrollstörung zu, wiederum andere definieren einen schadhafte Gebrauch von Cybersex als Sucht (insbesondere als Mediensucht), äquivalent zu einem abhängigen Konsum von Alkohol, Drogen oder Glücksspiel.

**Digital in, analog out:** Die Folgen eines exzessiven Gebrauchs von Cybersex oder auch die Abhängigkeit von diese können weitreichende Folgen haben, welche an die Konsequenzen einer stoffgebundenen Sucht erinnern. Beispielhaft sei an dieser Stelle ein erdachter Patient skizziert, welchen wir der Einfachheit halber Max Mustermann nennen wollen. Max beschrieb insbesondere **soziale Probleme** durch die

**Cybersex** = Der Begriff Cybersex bezeichnet die Ausübung einer aktiven und passiven Erotik und Sexualität über das Medium Computer oder vergleichbare Geräte, bzw. über die damit verbundenen Zugangswege (z.B. das Internet). Hierunter zählen u.a. Bilder und Videos, als auch Chats, Webcams, Virtual Reality (VR) Applikationen und sog. „Cyberdildonics“. Hinter diesem Begriff verbergen sich u.a. computergesteuerte Sexspielzeuge, welche über eine online-Anbindung gesteuert werden oder es synchronisiert mit betrachteten audiovisuellen Inhalten, z.B. über eine VR Brille, die aufgrund ihrer 3D-Technologie das Gesehene noch plastischer erscheinen lässt und damit die Immersion („Eintauchen“ in die digitale/virtuelle Welt; die Realität tritt in den Hintergrund) erhöht.

**Mediensucht** = Der Begriff Mediensucht bezeichnet eine nicht stoffgebundene Abhängigkeit von Medien in unterschiedlicher Form. Je stärker sich die Interaktionsmöglichkeiten, Belohnungserleben und das Immersionserleben ausgestalten, desto höher erscheint das Abhängigkeitspotenzial. Insbesondere Computer, Spielekonsolen und Mobiltelefone finden sich unter den physischen Geräten mit einem hohen Potenzial, einhergehend mit ihren Möglichkeiten des Spielens und Surfens im Internet. Die Mediensucht definiert sich über die folgenden Faktoren: Erleben eines Kontrollverlustes bzgl. der Mediennutzung (z.B. Häufigkeit, Dauer oder „Nicht-aufhören-können“); Prioritätsverschiebung (die Wichtigkeit des benutzten Mediums nimmt zu und wird über andere Dinge gestellt, z.B. über andere Hobbys, Interessen oder alltägliche Aktivitäten oder Verpflichtungen); Fortdauernder Medienkonsum trotz negativer Folgen (z.B. Fehlzeiten, verpasste Termine); Eine andere Person hat schon einmal darauf hingewiesen, dass zu viel Zeit mit Medien verbracht wird; Der Versuch das eigene Medienverhalten zu reduzieren ist fehlgeschlagen; Ungewollte oder auch häufige gedankliche Beschäftigung mit Medieninhalten (außerhalb der Mediennutzung); Medien werden länger genutzt, als ursprünglich geplant („kein Ende finden“, „noch eine Folge“, „noch eine Runde“, etc.); Es wurde mehr Geld für Medien ausgegeben als geplant; Es bestehen gesundheitliche Probleme (Rückschmerzen, Nackenverspannung, Übergewicht, etc.) durch die Mediennutzung; Vernachlässigung der Hygiene und / oder Ernährung zugunsten der Mediennutzung; Wahrnehmung von Unruhe, wenn keine Medien genutzt werden; Wahrnehmung von fehlendem Antrieb, Lethargie oder Besorgtheit bei ausbleibender Mediennutzung; Emotionale Abstumpfung beim Nutzen von Medien (z.B. „Macht nicht mehr so viel Spaß“); Die Nutzungsdauer bestimmter Medieninhalte hat sich erhöht; Die Nutzung von Medien hat sich ausgeweitet (auch andere, ansonsten nicht verwendete Medien werden vermehrt genutzt); Bewusste Verwendung von Medien zur Ablenkung (z.B. von Gefühlen, Gedanken oder unangenehmen Aufgaben).

**Hypersexualität** = ist ein gesteigertes sexuelles Verlangen und Handeln; früher auch bekannt als Satyriasis / Nymphomanie. Es wird die tägliche, mehrfache sexuelle Befriedigung angestrebt; zumeist ohne diese zu erreichen. Gekennzeichnet ist die sog. Sexsucht durch: Exzessiver Zeitbedarf für die Beschäftigung mit Sex (Fantasien, direktes Handeln); Dies auch als Reaktion auf unangenehme Zustände wie Angst, Stress, Langeweile oder belastende Lebensereignisse; Erfolglose Versuche das sexuelle Verhalten zu kontrollieren oder reduzieren; Weiterführen der Handlungen trotz negativer Folgen (z.B. Partnerschaftsprobleme, ungeschützter Verkehr oder auch emotionale Schädigung).

maßlose Nutzung (bis zu 11 Stunden pro Woche) von Pornografie im Internet. Er beschrieb eine emotionale Distanzierung von ihm wichtigen Personen und auch den Verlust von Freundschaften und seiner Partnerschaft. Allzeit begleitet wurde Max von einer großen Angst entdeckt zu werden. Eine reale Angst, wie sich schließlich herausstellte, da er Filme mit pornografischem Inhalt auch auf der Arbeit geschaut hatte, was schließlich zu einer Abmahnung führte. **Emotional** führend zeigten sich hier Scham und Schuld, vor allem da sein Cybersex-Verhalten inkongruent war zu seinen persönlichen Werten und scheinbar auch nicht vereinbar war mit seiner religiös geprägten Moral. Denn Max benötigte mit der Zeit immer mehr und immer ungewöhnlichere Reize, welche sogar er selbst als pervers bezeichnete. Sein Selbstwert sank zunehmend im Rahmen dieser Gefühle und aufgrund der immer stärker wahrnehmbaren Einsamkeit. Körperlich litt Max unter

einer erektilen Dysfunktion. Es gelang ihm nur noch durch die Betrachtung expliziten pornographischen Materials eine Erektion zu erhalten; Interesse an realen Sexualpartnern hatte er nur noch wenig, da er hier seine Bedürfnisse nicht befriedigen konnte. Glück hatte Max, dass er nicht mit juristischen Konsequenzen konfrontiert wurde, denn die von ihm genutzte Pornografie war nie illegal. Auch finanzielle Schwierigkeiten berichtete Max keine, da er zwar Geld für Live-Webcams und einen Porno-Streamingaccount ausgab, dies jedoch im Rahmen seiner finanziellen Mittel. Dieses Beispiel des Max Mustermann bezieht sich auf einen erwachsenen Patienten und beschreibt

die hauptsächlich auftretenden Probleme von Betroffenen. Ziel einer Therapie ist nicht nur die Beseitigung dieser Schwierigkeiten, sondern auch der Aufbau von Ressourcen (z.B. anderweitige Möglichkeiten der Stressreduktion) und eine Normalisierung des sexuellen Verlangens und dessen Nachgehen vor dem Hintergrund der biografischen und lerntheoretischen Ursachen. Priorisiert wird in einem ersten Schritt jedoch die Distanzierung von pornografischem Material; oftmals reicht bereits diese Porno-Abstinenz (inkl. ausbleibender Masturbation), um körperliche Folgen wie die der erektilen Dysfunktion zu kurieren. Im Internet bildete sich in der Vergangenheit als Reaktion auf das übermäßige Ausleben von Sexualität die sog. NoFap (aus dem engl., slang = to fap, bezeichnet die männliche Masturbation) Bewegung. Dieser haben sich Menschen angeschlossen, welche freiwillig auf Pornografie und Masturbation verzichteten. Der NoFap Bewegung haben sich mittlerweile auch Frauen angeschlossen. Berichtet werden von beiden Geschlechtern eine erfülltere und zufriedener Sexualität.

**Selbsttest:** Folgend finden Sie 8 Fragen zu Ihrem persönlichen Cybersex Gebrauch (nach Kimberly Young; übersetzt, gekürzt und angepasst durch den Autor).

1. Verbringen Sie regelmäßig Zeit im Internet (z.B. auch in Sex-Chats-Rooms oder Foren) um Cybersex-Angebote zu finden oder wahrzunehmen?
2. Fühlen Sie sich häufig zwanghaft eingenommen von den Angeboten und der Nutzung pornographischer Online-Angebote?
3. Nutzen Sie Ihre Anonymität im Internet, um Ihre sexuellen Fantasien auszuleben oder zu befriedigen, welche für Sie in der Realität nicht möglich wären?
4. Gehen Sie Ihren Internetaktivitäten primär mit der Erwartungshaltung nach, sexuelle Inhalte zu finden oder sexuelle Befriedigung zu erlangen?
5. Haben Sie auch Sexualkontakte außerhalb des Internets („real-life“)?
6. Verbergen Sie Ihre Online-Aktivitäten vor Ihnen nahe stehenden Personen?
7. Fühlen Sie Schuld oder Scham bezüglich Ihres Internetgebrauchs?
8. Ist Ihr Interesse an echten Sexualpartnern gesunken?

Sollten Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit Ja beantworten liegt evtl. eine problematische Nutzung von Cybersex-Inhalten vor. Beobachten Sie Ihren Gebrauch und zu welchen Zwecken Sie entsprechende Online-Angebote nutzen.



# IHRE WETTE IN SICHEREN HÄNDEN?

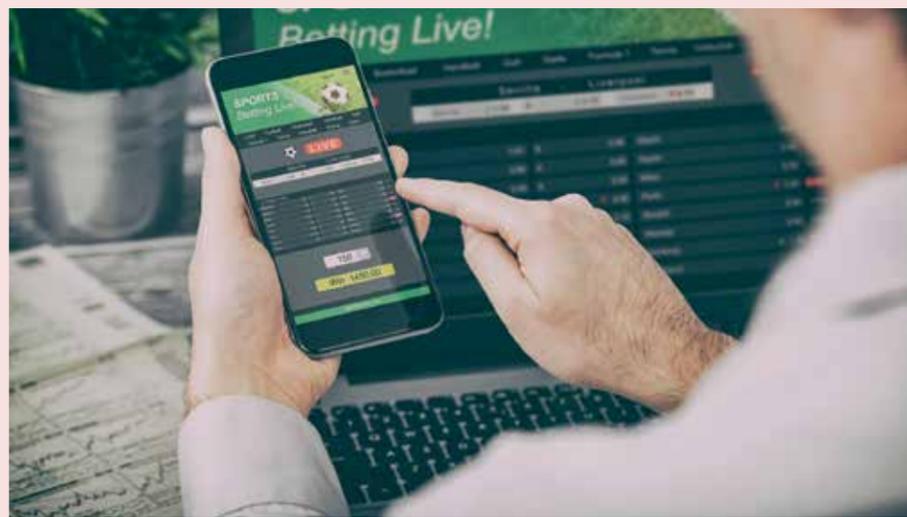
Ein junger Mann steht nachts in trostloser Umgebung an einer Bushaltestelle, schaut auf sein Smartphone und wettet auf ein Spiel des FC Bayern München. Kaum hat er die Wette platziert, fährt der Mannschaftsbus des FC Bayern - wie aus Geisterhand - vor, untermalt von einer dramatischen Soundkulisse. Die Tür geht auf und die Stars der Mannschaft blicken ernst und fordernd zugleich von oben herab in die Kamera...

So beginnt der aktuelle Werbespot des Wettanbieters und Branchenriesen „tipico“, offizieller Sponsor verschiedener deutscher und österreichischer Fußballclubs. Zahlreiche renommierte Vereine, darunter der FC Bayern, Borussia Dortmund oder der Hamburger SV, sind inzwischen lukrative Kooperationen mit großen Sportwetten-Anbietern eingegangen. Bislang untersagte die DFL derartige Werbung, doch für den Profibereich gelten Ausnahmen, denn es geht um sehr viel Geld. Der Markt boomt, Sportwetten sind salonfähig geworden. Dabei wird geschickt verborgen, dass sich die Unternehmen in einem juristischen Graubereich bewegen. Und mit einem boomenden Markt steigt auch die Zahl der Süchtigen und riskanten Spieler.

Ein kurzer Faktencheck: Glücksspiel ist illegal, solange es nicht unter staatlicher Aufsicht und Kontrolle durchgeführt wird. Dieses Glücksspielmonopol des Staates dient dem Zweck, die natürliche Spielleidenschaft des Menschen vor Ausbeutung zu schützen. Wie das Individuum geschützt werden soll, ist im Glücksspielstaatsvertrag festgehalten, doch dieser bietet immer wieder Anlass für Kritik. In der aktuellen Version wurde die Vergabe von Lizenzen an private Anbieter von Sportwetten festgelegt, doch der Vergabeprozess wies Mängel auf und wurde 2015 nach einem Gerichtsurteil gestoppt. Seitdem können die privaten Anbieter über Internet und Wettbüros weiter ihre Angebote an den „Mann“ bringen, weitestgehend unreguliert und vom Staat geduldet. Eine Änderung ist nicht in Sicht.

Im Fernsehen jedenfalls ist die Werbung für Sportwetten, insbesondere im Kontext von Live-Übertragungen verschiedenster Art, kaum noch wegzudenken und sie wirkt: Die Spots werden von beinahe der gesamten Bevölkerung (96%) wahrgenommen (BZgA 2016) und die vielfache Konfrontation führt zu einer zunehmenden Spielteilnahme. Neben den problematischen und pathologischen Glücksspielern fühlen sich vor allem Jugendliche und junge Erwachsene von der Werbung angesprochen. Das ist deshalb kritisch zu

betrachten, da die 14- bis 30-jährigen seit jeher die Hauptrisikogruppe für die Entwicklung einer Glücksspielproblematik darstellen. Laut den aktuellen Ergebnissen einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bilden im Jahr 2017 die 18-25-jährigen Männer erneut den Löwenanteil der problematischen Spieler (3,84% bei



den 21- bis 25-Jährigen, 2,44% bei den 18- bis 20-Jährigen). Am höchsten ist das Risiko allerdings bei den 14- bis 17-Jährigen, die als Minderjährige per Gesetz eigentlich gar nicht spielen dürften. Der Anteil der Jugendlichen mit problematischem Glücksspielverhalten hat sich gegenüber 2015 nahezu verdoppelt (0,37% auf 0,63%). Das ist insofern besorgniserregend, da ein früher Beginn mit dem Glücksspiel ein bedeutender Risikofaktor für den Übergang ins pathologische Glücksspielverhalten darstellt.

Die allgemeine Teilnahme an Glücksspielen jeglicher Art nahm im letzten Jahrzehnt insgesamt langsam aber kontinuierlich ab, so auch im Bereich der Sportwetten. Gleichzeitig ist aber eine stetige Verschiebung der bevorzugten Glücksspielarten von alteingesessenen Glücksspielen wie dem „großen Spiel“ im Casino oder den Geldspielautomaten hin zum Onlinebereich und Sportwetten zu beobachten. Die aktuelle rechtliche Situation trägt zu dieser Entwicklung bei. Mit 18,4% sind mittlerweile mehr problematische Glücksspieler im Onlinebereich anzutreffen als an Geldspielautomaten (10,5%). Rein rechnerisch sind die Unterschiede im Suchtpotential der gängigsten Glücksspiele laut einer Studie von Meyer et al. (2011) gering (Geldautomaten: 6,3-faches Risiko, (Online-)Pokern: 5,0-faches Risiko, (Online-)Sportwetten: 4,7-faches Risiko). Bislang war das Spiel an Geldautomaten und Spieltischen aber auf die Spielhallen und Casinos begrenzt. Dank dem Internet und modernen Smartphones ist das Spielen bzw.

Wetten nun zu jeder Uhrzeit und von überall möglich.

In der Bevölkerung wird das Suchtpotential von Sportwetten stark unterschätzt. Dabei bieten gerade Varianten wie die Live-Wetten (Wetten auf den Eintritt einer Vielzahl von Ereignissen während einer Partie) aufgrund der meist schnell zu treffenden Entscheidungen einen Sog und „Kick“, der seinesgleichen sucht. Es bleibt kaum Zeit für Überlegungen. So werden Chancen überschätzt, höhere Einsätze riskiert. Zudem tritt durch die bargeldlose Bezahlung bei Online-Wetten der Wert des Geldes in den Hintergrund, reale Verluste werden ausgeblendet. In den

eigenen vier Wänden fehlt überdies die soziale Kontrolle. Zwar ist diese Art der Wette in Deutschland verboten, eine zuverlässige Kontrolle ist aber derzeit unmöglich.

Hinzu kommt noch ein weiteres kritisches Merkmal, das besonders bei Sportwetten ins Auge sticht: der eigene Sportsachverstand. Gerade im Bereich des Sports glauben viele Menschen durch ihr Wissen im Vorteil zu sein. Eine aktuelle Studie der Deutschen Sporthochschule Köln mit „wettenden SportlerInnen“ bestätigt dieses Phänomen. Während aber bisher objektive Beweise für eine Überlegenheit von Menschen mit hohem Sportsachverstand fehlen, fällt auf, dass Gewinne bevorzugt auf das eigene Fachwissen zurückgeführt werden. Diese sogenannte „Kontrollillusion“ ist im Bereich der Sportwetten stark ausgeprägt und hebt SportlerInnen als weitere Risikogruppe hervor.

Die Verschiebung innerhalb des Glücksspiels ist in den Suchtkliniken bereits spürbar, für die Behandlung hat das nur eine geringfügige Bedeutung. In Anbetracht der stark eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten und der ausschließlich wirtschaftlichen Interessen der meist im Ausland angesiedelten Anbieter, dürfte mit einem Zuwachs an behandlungsbedürftigen Glücksspielern zu rechnen sein. Und um es mit den Worten von Dr. Tobias Hayer, Glücksspielexperte an der Universität Bremen, auf den Punkt zu bringen: „Es gibt auf Dauer nur zwei sichere Gewinner: Den Anbieter und den Staat, der in Form von Steuern mitverdient.“ C. Rosenau



## VORSTELLUNG

### CHRISTIAN ROSENAU BEZUGSTHERAPEUT

Herr Rosenau wurde am 26.02.1981 in Meerbusch geboren und verbrachte den Großteil seiner Kindheit und Jugend, mit Ausnahme eines knapp 4-jährigen Aufenthalts in den Vereinigten Staaten, im linksrheinischen Teil des Rheinlandes. Während seines Zivildienstes im Seniorenheim bildete sich ein erster diffuser Berufswunsch heraus – etwas „Soziales“ sollte es sein.

Die Wahl fiel auf Psychologie und das Glück sowie die ZVS bestimmten das beschauliche Marburg an der Lahn zu seinem künftigen Lebensmittelpunkt. Dort machte er sein Diplom, forschte als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der AG Klinische Psychologie und absolvierte seine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Nach 9 Jahren im ländlichen Mittelhessen war 2015 die Zeit gekommen ins schöne Rheinland zurückzukehren.

Die Suche nach einer neuen Herausforderung endete am Universitätsklinikum in Düsseldorf, wo Herr Rosenau den Bereich der Psychoonkologie zu schätzen lernte. Insbesondere die Arbeit mit jungen, an krebserkrankten Männern erlebte er dabei als außerordentlich wertvoll und bereichernd.

Nach drei anstrengenden, aber sehr lehrreichen Jahren in einer geschäftigen Uniklinik, wuchs in ihm der Wunsch einen neuen Bereich kennenzulernen und so wechselte er Ende 2018 in die Suchtabteilung der salus klinik Hürth. Dort ist er seitdem für Patienten und Patientinnen zuständig, die neben einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung auch unter einer Glücksspielsucht leiden.

Herr Rosenau ist begeisterter Fußballer und spielt in der Ü32-Mannschaft des TuS Königsdorf. In seiner Freizeit macht er auch sonst viel Sport und wandert durch die Abgeschiedenheit der Natur so oft es geht. Gemeinsam mit seiner Partnerin lebt er in Frechen. Seit dem 05.01.2019 teilt sich das stolze Paar ihr Heim mit einer süßen und aufgeweckten Tochter.



# DIE BESONDEREN ANGEBOTE DER FRAUENKLINIK

Unsere Schwerpunkte in der Behandlung Suchterkrankter Frauen liegt bei den Psychiatrischen Begleiterkrankungen, wie z.B. Depression, Angststörungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen sowie spezifischer Angebote für Mütter. Hier stellen wir Ihnen drei dieser Angebote vor.



U. Danicke-Biskup



A. Iking

## Behandlungsangebot

### DBT-S

in der Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patientinnen mit der komorbiden Störung einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (BPS)

Seit 2 Jahren bietet die salus klinik Hürth im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung in der Frauenklinik eine indikative Gruppe für suchtmittelabhängige Patientinnen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung an, die IG DBT-S.

Die DBT wurde in den 80er Jahren von Marsha Linehan (University of Washington, Seattle, USA) als störungsspezifische Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS entwickelt. Sie integriert ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik aus den Bereichen der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Zen-Meditation. Alle bislang publizierten Studien zur Wirksamkeit der DBT bei Borderline-Störungen im Vergleich mit unspezifischen Behandlungen weisen eine hochsignifikant bessere Therapie-Compliance nach.

Das Störungsbild einer BPS zeichnet sich durch Störungen der Emotionsregulation (z.B. starke Stimmungsschwankungen), des Denkens (z.B. paranoides Denken, negative Grundannahmen), der Selbstwahrnehmung (z.B. Gefühle von Unsicherheit, Fremdheit und Ekel mit sich selbst und dem eigenen Körper) sowie durch Störungen im zwischenmenschlichen Bereich (z.B. intensive und unsichere Beziehungen, Wechsel zwischen Überbewertung und Abwertung) und auf der Verhaltensbene (impulsive und selbstschädigende



Verhaltensweisen) aus. Bezugnehmend auf diese zentralen Störungsbereiche, führen die Schwierigkeiten in der Spannungs- und Emotionsregulation sowie die Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich verbunden mit den daraus resultierenden Einschränkungen in der Lebensgestaltung, bei den Patientinnen und ihrem Umfeld bekanntermaßen zu hohem Leidensdruck.

Patientinnen mit einer BPS und zusätzlicher Suchterkrankung machen oft die Erfahrung, dass ihnen eine zweizeitige Behandlung empfohlen wird. Eine solche Empfehlung besagt, dass sie erst zur Behandlung der einen Störung (hier der BPS) zugelassen werden, wenn sie vorher die andere Erkrankung (hier Sucht) behandelt haben und eine gewisse Zeit der Abstinenz aufweisen können. Das Problem dabei ist aber, dass die beiden Erkrankungen häufig miteinander verbunden sind und sich gegenseitig aktivieren: So kommt es oft zu einer Symptomverlagerung in die Sucht, wenn die Patientinnen auf andere spannungsentlastende Methoden, wie etwa Selbstverletzungen, verzichten. Andererseits kann der Drang zu spannungsentlastendem Verhalten ansteigen, wenn keine Suchtmittel mehr konsumiert werden. Aus diesem Grund ist es wichtig den Betroffenen zu

vermitteln, dass beide Erkrankungen gleichzeitig behandelt werden sollten.

M. Linehan hat daher ein spezifisches Programm (DBT for Substance Use Disorders kurz DBT-SUD) entwickelt, im deutschsprachigen Raum benannt DBT-S(ucht). Hier werden komplementäre psychotherapeutisch wirksame Methoden aus der Suchtherapie mit der DBT kombiniert, was zu einer Erweiterung der DBT-Hierarchisierung um Ziele aus dem Suchtbereich führt.

Da während der laufenden stationären Entwöhnungsbehandlung in der salus Klinik Hürth sowohl in den Bezugsgruppen als auch in der Rückfallprävention bereits entsprechende rückfallpräventive und den Rückfall managende Fer-

tigkeiten entwickelt werden, sind in der Konzeption der IG DBT-S die Foki eher auf die Module „Stresstoleranz“, „Emotionsregulierung“ und „Entwicklung zwischenmenschlicher Fertigkeiten“ gelegt. Allerdings wird der Bezug zur Suchterkrankung immer wieder hergestellt, insbesondere in dem Verständnis des Suchtmittelkonsums als dysfunktionale emotionsregulierende Verhaltensweise von Borderline-Patientinnen.



I. Claessens

Behandlungsangebot in der Rehabilitation suchtmittelabhängiger Rehabilitandinnen mit einer

## komorbiden Traumafolgestörung

Bei 38% unserer aktuellen Rehabilitandinnen wurde zu Behandlungsbeginn die Verdachtsdiagnose einer Traumafolgestörung gestellt oder als Vordiagnose übernommen. Bei 17% bestätigte sich diese Verdachtsdiagnose im Behandlungsverlauf bereits. Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen von deutschsprachigen Studien überein (vgl. Schäfer et al., 2007). Bei den dazugehörigen traumatischen Lebensereignissen handelt es sich beinahe ausnahmslos

## IMPRESSIONEN AUS UNSERER LEHRKÜCHE:

Das kleine vordere Foto zeigt ein Scone (englisches Gebäck) aus der Therapieeinheit "Kreativität mit Lebensmittel".

Das zweite Foto kommt aus der Therapieeinheit "Kochen und Essen", hier wird in der ganzen Bezugsgruppe gekocht und dann gemeinsam gegessen. An diesem Tag mit dem Thema "Orientalische Küche".

um sexuellen Missbrauch oder Gewalterfahrungen. Bei einer Vielzahl der Rehabilitandinnen haben diese traumatischen Lebensereignisse bereits in der Kindheit begonnen oder stattgefunden. So ist es auch nicht überraschend, dass es sich bei den aktuell gesichert diagnostizierten Traumafolgestörungen in der Frauenklinik Hürth zu 50% um eine komplexe Traumafolgestörung (ICD 10: F43.8) handelt.

Bei den Betroffenen finden sich mehr gravierende Symptome, mehr existenzielle Stressfaktoren und schlechtere Stressbewältigungsmöglichkeiten als wenn nur eine der beiden Diagnosen vorliegt. Zusätzlich sind sie signifikant jünger bei Beginn der Abhängigkeitsentwicklung, sie haben meist mehr Vorbehandlungen und häufigere Behandlungsabbrüche in der Vergangenheit. Das Selbstwirksamkeitserleben und die Abstinenzzuversicht dieser Rehabilitandinnen ist dadurch reduziert. Darüber hinaus kommt es in der Abstinenz der Betroffenen zunächst häufig zu verstärkten Symptomen der Traumafolgestörung. So leiden einige unserer Rehabilitandinnen in der ersten Behandlungshälfte vermehrt unter Alpträumen, Schlafstörungen, Flashbacks, zurückgekehrten Erinnerungen und Stimmungseinbrüchen. Hintergrund dafür ist der Wegfall der bisherigen Bewältigungsstrategie („Konsum“).

Für die meisten Betroffenen ist eine „sequentielle“ Behandlung (erst Sucht, dann Trauma) aus den genannten Gründen nicht vorstellbar. In Einzelfällen entsteht jedoch auch eine ablehnende Haltung der traumaspezifischen Behandlungsangebote gegenüber („Ich will einfach nur wieder vergessen und nicht die ganze Zeit auf meine Erlebnisse hingewiesen werden“). Hier benötigt es eine stabile therapeutische Beziehung und ein flexibles Vorgehen, um die Compliance der Rehabilitandinnen zu stärken. Notwendig ist insgesamt eine niedrighschwellige, integrative Behandlung der Suchterkrankung und der Traumafolgestörung mit dem

Schwerpunkt auf die Stabilisierung der Betroffenen.

Diesen Anspruch setzen wir in der Frauenklinik Hürth unter anderem dadurch um, dass erst nach einer genauen Diagnostik und Absicherung der Diagnose über die psychiatrisch und psychotherapeutisch geleitete „Trauma-Sprechstunde“ traumaspezifische Behandlungsangebote einsetzen. Bereits vor der Teilnahme an der Indikativgruppe werden die Teilnehmer über die Ziele und Grenzen der Indikativgruppe aufgeklärt. So ist es für die Compliance unerlässlich, die Betroffenen darüber zu informieren, dass innerhalb der Indikativgruppe nicht über die persönlich erlebten traumatischen Inhalte gesprochen wird.

In der Indikativgruppe „Trauma und Sucht“ werden, anstelle autobiographischer Elemente, psychoedukative, imaginative und ressourcenaktivierende Elemente eingesetzt. Die offene, verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppe besteht i.d.R. aus 6 Einheiten mit max. 10 Teilnehmern. Ziel der Gruppe ist es, das Selbstwirksamkeitserleben und die (Abstinenz-)Zuversicht zu erhöhen sowie Sicherheits- und Kontrollerleben zu steigern. Themenschwerpunkte der einzelnen Sitzungen sind unter anderem: „Was ist eine Traumafolgestörung?“, „Wie ist der Zusammenhang von Suchterkrankungen und Traumafolgestörungen?“, „Selbstfürsorge“, „Erdung“, „Umgang mit Flashbacks und Dissoziationen“. Die letzten 20 Minuten jeder Sitzung werden für eine praktische Stabilisierungsübung genutzt (z.B. „Wohlfühlort“, „Lichtstromübung“, „Tresorübung“, „5-4-3-2-1 Übung“). Die Einzeltherapie kann sich je nach Wunsch und dem Befinden der Betroffenen ebenfalls auf die Stabilisierung, die Traumabearbeitung oder die Traumaintegration fokussieren.

Aktuell besteht eine große Herausforderung darin, die Rehabilitandinnen bei Bedarf im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung in eine nahtlose ambulante traumaspezifische Psychotherapie zu vermitteln.



## Vortragsreihe: Mut zur Erziehung



P. Mogias

Mut zur Erziehung - Ein Zuspruch welcher vielen Eltern heute, auch ohne den Hintergrund einer psychischen Erkrankung oder Suchtproblematik auf dem Weg mit ihren Kindern unterstützen könnte. Es gibt nur noch wenig gesellschaftliche Orientierung und Eltern müssen ihren individuellen Weg finden. In der Arbeit mit suchtbelasteten und von psychischer Erkrankung betroffenen Familien wurde schnell deutlich, dass hier über dies hinaus, die Auseinandersetzung mit dem Thema Erziehung und die Erziehungskompetenzen, aufgrund der eigenen Problematik eingeschränkt sind. PatientInnen erleben Unsicherheit und Belastung. Ihren Kindern fehlt Struktur und Anregung. Daher stellt seit November 2018 die Vortragsreihe - Mut zur Erziehung - einen wichtigen Teil der Behandlung von Eltern in der salus klinik Hürth dar. Die PatientInnen erhalten vor dem Hintergrund verschiedener Professionen der Kolleginnen, unterschiedliche Impulse. Ziel ist es, umfassende Informationen zu pädagogischen und entwicklungspsychologischen Hintergründen sowie praktische Anregungen für den Alltag zur Verfügung zu stellen. Wichtig ist uns, mit den PatientInnen in den Dialog zu gehen und einen Austausch anzuregen.

**Schlaf** - Unsere Kinder- und Jugendpsychotherapeutin bietet Einblicke in den Themenbereich Schlaf. Das Schlafverhalten beschäftigt viele Eltern. Gesunder Schlaf ist für alle Familienmitglieder eine wichtige Energiequelle und Konflikte in diesem Bereich, werden oft aus Unwissenheit oder Erschöpfung nicht gut gelöst. Daher geht es hier um Regeln für gesunden Schlaf, problematisches Verhalten bis hin zu Störungen des Schlafes. Lösungsmöglichkeiten und Ansätze, einen eingetretenen Teufelskreis zu durchbrechen, werden angeboten.

**Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung/Suchterkrankung** - Ich bin Systemische Familientherapeutin und habe für die PatientInnen das Thema Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung aufgearbeitet. Ich vertrete die Haltung, dass unbedingte Offenheit gegenüber den Kindern notwendig ist für eine gesunde Entwicklung. Für viele Eltern ist die Offenlegung ihrer Erkrankung scham- und angstbesetzt, sie haben keine Idee wie sie das kindgerecht sagen können und wollen ihre Kinder nicht belasten. Grundbedürfnisse, Risikofaktoren und Erleben des Kindes sowie Lösungsansätze die zum Reden ermutigen, werden bearbeitet.

**Tischkultur und Ernährung** - Unsere Diätassistentin informiert über ausgewogene Ernährung von der Säuglingsnahrung bis zur Familienkost, Ernährungserziehung und Tischkultur der Familie. Eltern werden herangeführt, wie wichtig es ist Kindern eigene Erfahrungen zu ermöglichen und mit allen Sinnen zu genießen. Essenszeit ist Familienzeit.

**Freizeitgestaltung und Spiel** - Die leitende Erzieherin unseres klinikeigenen Kinderhauses eröffnet Einblicke in das Thema. Hier geht es um die Bedeutung des Spiels für Kinder, Formen des Spiels, gutes Spielzeug, alternative Materialien (es muss nicht immer teuer sein!). Die Eltern erfahren von der Notwendigkeit Anregungen zu geben und sollten sich mit der Frage auseinandersetzen, wie sie Freizeit mit ihren Kindern füllen.

**Rituale** - Eine psychologische Psychotherapeutin/Bezugstherapeutin der Frauenklinik hat sich mit der Bedeutung und der Funktion von Ritualen im Alltag mit Kindern beschäftigt. Kinder brauchen Rituale, um Halt und Zuverlässigkeit zu erleben. Rituale strukturieren ihr Leben und machen Entwicklung möglich. Sie geht der Frage nach, wie sich Sucht und psychische Erkrankung auf die Einhaltung von Ritualen auswirken.

Mut zur Erziehung wird von den PatientInnen mit Interesse angenommen und es findet immer ein reger, vertrauensvoller Austausch statt.

Wir freuen uns auf mehr.





S. Scheller M. Weidekamp

Die salus klinik Hürth bietet seit 2015 ein eigenes therapeutisches Angebot für Personen im späten Erwachsenenalter und Alter an, das aktuell aus zwei spezifischen Bezugsgruppen besteht. Die konzeptionellen Grundlagen des sog. Ü55-Konzeptes wurden im Jahr 2015 entwickelt. Sie gründen auf theoretischen Ansätzen der (Entwicklungs-) Psychologie des (hohen) Alters von Paul und Margaret Baltes (u.a. Baltes 1999, Baltes & Carstensen 1996), insbesondere dem Ansatz des „Erfolgreichen Alters“ inkl. des sog. SOK-Modells, und werden laufend um weitere Erkenntnisse aus der aktuellen Forschung ergänzt. Die Schaffung eines derartigen Angebotes ist als Reaktion auf den demografischen Wandel zu verstehen, der in Deutschland mit einer zunehmenden Anzahl älterer Menschen einhergeht und von einem Wertewandel begleitet wird, der eine Veränderung von Altersbildern ebenso wie den Einstellungswandel zu Suchtmitteln betrifft und zu neuen Konsummustern, aber auch veränderten Ansprüchen an Therapie führt. Mit einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft steigt nicht nur die Wahrscheinlichkeit dafür, dass ältere Menschen zur wichtigen Zielgruppe von Suchttherapie werden (Mann et al. 2009, Blow & Barry 2014), sondern dass sie eine Suchttherapie auch deshalb häufiger in Anspruch nehmen, weil sich neue Konsummuster unter den Angehörigen der sog. „Baby-Boomer“ auftun (Duncan et al. 2010). Wiesen empirische Daten zur Prävalenz von Alkoholkonsum in der Vergangenheit darauf hin, dass der Anteil älterer Frauen und Männer, die mäßig bis viel Alkohol tranken, mit zunehmendem Alter zurückging und der Anteil jener, die kein Alkohol konsumierten, mit dem Alter stieg (z.B. Robert-Koch-Institut 2006), machen aktuelle Daten auf einen anderen Trend aufmerksam. So zeigen Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit Erwachsener“, dass der riskante Alkoholkonsum bei Männern mit dem Alter steigt und das Maximum in der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre erreicht.

## ERFAHRUNGEN DER LETZTEN JAHRE

In dieser Altersgruppe weist nahezu ein Viertel der Männer einen riskanten Alkoholkonsum auf. Bei Frauen findet sich die höchste Prävalenz riskanten Alkoholkonsums bei den 50- bis 59-Jährigen, auch wenn die Anteile der riskant Alkoholkonsumierenden seit 1990 kontinuierlich abgenommen haben (Lange et al. 2016). Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey aus dem Jahr 2015, die als älteste Altersgruppe die der 60- bis 64-Jährigen erfassen, zeigen, dass der Anteil von Personen mit riskantem Konsum mit 21,1% unter den 60- bis 64-Jährigen am höchsten liegt, während er bei Frauen der gleichen Altersgruppe mit 13,6% an der vierten Stelle liegt (Piontek et al. 2016). Der Wandel von Lebensstilen, begründet u.a. durch einen erleichterten Zugang zu Drogen, aber auch ihren Preisverfall, führt heute ebenfalls zur deutlicher Steigerung des Konsums illegaler Drogen, z.B. Cannabis, worauf internationale Schätzungen hinweisen (Han et al. 2017). Sowohl aktuelle Zahlen als auch bisherige Erfahrungen in der salus klinik Hürth mit dem Ü55 Konzept weisen auf die Notwendigkeit spezifischer Angebote für Menschen in der zweiten Lebenshälfte hin. Der folgende Artikel greift die bisherigen Erfahrungen auf, indem er sie zusammenfassend darstellt und vor dem Hintergrund der konzeptionellen Grundlagen beschreibt. Darüber hinaus will der Bericht einen Einblick in die Therapie von älteren Abhängigen geben, so dass an verschiedenen Stellen auf konkrete Beispiele eingegangen werden wird.

### Zielgruppe des Ü-55-Konzeptes

Das Ü55-Konzept richtet sich an Menschen in der zweiten Lebenshälfte, d.h. Personen, die das Alter von 55 Jahren erreicht bzw. überschritten haben und somit dem späten Erwachsenenalter oder der Lebensphase Alter zuzuordnen sind. Im Hinblick auf ihre Suchterkrankung handelt es sich in unserer Einrichtung meist um Personen, die von Alkohol abhängig sind. In der Fachliteratur werden unter älteren Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen zwei

Gruppen unterschieden: Die sog. Late onset und die sog. Early onset (Liberto & Oslin 1995). Beide Gruppen finden sich auch unter den Rehabilitand\*Innen unserer Einrichtung wieder, wobei die Gruppe der Early onset eindeutig überwiegt. Als sog. Early onset gelten Personen, deren Suchtprobleme in frühen Lebensphasen begannen und im späten Erwachsenenalter bzw. im Alter nach wie vor bestehen bzw. erneut virulent werden. Zur Gruppe der Late onset gehören dagegen Menschen, die ein Alkoholproblem erst spät in ihrem Leben entwickeln. Ursächlich dafür ist nicht selten eine bestimmte Konstellation sozialer Bedingungen, die im Alter entsteht und die durch veränderte Gelegenheitsstrukturen (z.B. mehr freie Zeit) und alterstypische Veränderungen der Lebenslage gekennzeichnet ist. Auch wenn der größte Anteil der Rehabilitand\*Innen, die von dem Ü55-Konzept angesprochen werden, unter Alkoholabhängigkeit leidet, richtet sich das Konzept auch an Personen, die unter anderen (stoffgebundenen) Abhängigkeitserkrankungen leiden. Dazu zählen etwa Benzodiazepin-/Cannabis-/Kokain- und Opiatabhängige. Ältere Menschen, die von illegalen Drogen abhängig sind, fallen als eigene Gruppe bisher nur geringfügig ins Gewicht, die Anzahl älterer Drogenkonsument\*Innen nimmt jedoch seit Jahren stetig zu. Da die Gruppe der sog. „jungen Alten“, womit Personen zwischen 60 und 75 Jahren gemeint sind, in ihrer Jugend mehr Erfahrungen mit illegalen Drogen gesammelt hat und ein steigender Wohlstand ihnen den Erwerb der damals bereits verbotenen Substanzen ermöglichte, entwickelten sie im Gegensatz zur den davor geborenen Kohorten nicht nur veränderte Einstellungen zu illegalen Drogen, sondern auch veränderte Nutzungsmuster legaler Drogen. Gleichzeitig stieg die Akzeptanz von Abhängigkeit als Erkrankung. Während die Geburtskohorten der heute 75- bis 90-Jährigen Sucht meist als Tabuthema betrachteten, das mit Scham besetzt war, was die Inanspruchnahme von (z.B. therapeutischen) Leistungen verhindert, entwickeln Angehörige der jüngeren Kohorten älterer Menschen neue Ansprüche an das Versorgungssystem, die mit neuen Herausforderungen an Professionelle und an Einrichtungen verbunden sind. (Mann et al. 2009 und Blow & Barry 2014).

### Ziele des Ü-55-Konzeptes

Aus der aktuellen Alkohol-S3-Leitlinie und den daraus abgeleiteten generellen Behandlungsempfehlungen für ältere Menschen mit Alkoholabhängigkeit ergibt sich, dass es für diese Zielgruppe keiner grundsätzlich anderen Therapie, allerdings spezifischer Anpassungen bedarf. Erfahrungen aus aktuellen therapeutischen Ansätzen in Bezug auf substanzbezogene Störungen weisen darauf hin, dass besondere Angebote insofern einer Adaptation bedürfen,

indem sie typische Lebensbedingungen und Themen älterer Menschen betrachten und die Behandlung mit Gleichaltrigen stattfindet (z.B. Voßmann & Geyer 2006). Das Ü55-Konzept trägt diesen Anforderungen Rechnung, indem nicht nur Themen des späten Erwachsenenalters und des Alters aufgegriffen werden, sondern auch die Bezugsgruppen dem Alter der Teilnehmer\*Innen gerecht werden. Um typische Themen des Alters jedoch theoretisch zu fundieren, wird die Behandlung in einen theoretischen Rahmen gesetzt, der auf einer der bisher bekanntesten Theorie des Alters beruht, der Theorie des erfolgreichen Alterns, die von Baltes und Baltes entwickelt wurde (Baltes & Baltes 1990). Der Ansatz geht von zwei zentralen Annahmen aus, von denen sich die erste auf die Allokation von Ressourcen über die Lebensspanne bezieht, die andere dagegen ein adaptives Verhaltensmodell im Alter, das sog. SOK-Modell, postuliert, das eine erfolgreiche Anpassung an das Alter unterstützen soll. Im Alter kommt dabei vor allem der Regulation von Verlusten eine wichtige Bedeutung zu. Erfolgreich zu Altern bedeutet demnach, vorhandene Ressourcen so einzusetzen, dass sie der Regulation von Verlusten dienlich sind. Zu fördern sind daher Verhaltensweisen, die dem Ziel dienen, den Funktionsstatus sicherzustellen, wenn Aufrechterhaltung nicht mehr möglich ist. Aber auch dem Ziel der Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung eines bestimmten Funktionsniveaus kann in der zweiten Lebenshälfte eine wichtige Bedeutung zukommen, so dass der Fokus der Therapie auf die Förderung von Resilienz gelegt wird. Auch der Regu-

### Literatur

- Baltes, P.B. (1999). *Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32, 433-448.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). *Psychosocial perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Hrsg.), *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*, S. 1-34. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M.M. & Carstensen, L. (1996). *The process of successful aging*. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Blow, F.C. & Barry, K.L. (2014). *Substance Misuse and Abuse in Older Adults: What Do We Need to Know to Help?* *GENERATIONS – Journal of the American Society of Aging*, 38 (3), 53-67.
- Brandtstädter, J. (2009). *Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts*. *Advances in Life Course Research*, 14, 52-62.
- Duncan, D.F., Nicholson, T., White, J.B., Bradley, D.B. & Bonaguro, J. (2010). *The baby boomer effect: changing patterns of substance abuse among adults ages 55 and older*. *Journal of Aging and Social Policy*, 22(3), 237-248.
- Han, B.H., Sherman, S., Mauro, P.M., Martins, S.S., Rotenberg, J. & Palamar, J.J. (2017). *Demographic trends among older cannabis users in the United States*. *Addiction*, 112 (3), 516-525.
- Lange, C., Manz, K., Rommel, A., Schienkiewitz, A. & Mensink, G.B.M. (2016). *Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen*. *Journal of Health Monitoring*, 1 (1), 2-21.
- Liberto, J.G. & Oslin, D.W. (1995). *Early versus late onset of alcoholism in the elderly*. *International Journal of the Addictions*, 30 (13-14), 1799-1818.
- Mann, K., Laucht, M. & Weyerer, S. (2009). *Suchterkrankungen in der Lebensspanne*. *Nervenarzt*, 80, 1293-1301.
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015*. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Robert-Koch-Institut (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin.
- Voßmann, U. & Geyer, D. (2006). *Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten*. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19 (4), 221-228.
- Wolter, D.K. (2018). *Altgewordene Suchtkranke*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51 (7), 757-767.

lation von Verlusten kommt im Rahmen der Therapie eine besondere Bedeutung zu. Dazu orientiert sich das Vorgehen am sog. SOK-Modell, das an zentralen Strategien der Selektion, Optimierung und Kompensation ausgerichtet ist (Baltes 1999, Baltes & Baltes 1990). Im Hinblick auf Lebensziele bedeutet dies, dass es bei älteren Rehabilitand\*Innen darum gehen muss, Ziele bewusst auszuwählen und ggf. Ziele, die nicht mehr erreichbar erscheinen, aufzugeben (= Selektion). Jene Ziele, die für die eigene Lebensqualität jedoch als besonders relevant erscheinen, bedürfen vermehrter „Investitionen“. Während in jüngeren Lebensjahren in der Regel weniger Ressourcen eingesetzt werden müssen, bedürfen ältere Menschen in der Regel mehrerer unterschiedlicher Strategien, mehrerer „Anläufe“ oder des höheren Mitteleinsatzes (z.B. Zeit, Übung, etc.), um ihre Ziele zu erreichen. Aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, der Kumulation sozialer Probleme und dem Verlust weiterer Ressourcen muss es – im Sinne der Kompensation – allerdings häufig auch darum gehen, nach alternativen Handlungsansätzen und Wegen zu suchen, die dazu dienen können, Teilhabe zu gewährleisten, allerdings keinesfalls auf einem Niveau, wie es in jüngeren Jahren typisch war. Letzteres gilt vom allem für kritische Lebensereignisse, die Grenzerfahrungen verlangen und den Einzelnen vor die Aufgabe stellen, die Widersprüche bzw. Ambivalenzen des Alters nicht nur auszuhalten, sondern auch in die eigene Identität integrieren zu können. Ob die Konfrontation mit Verlusten, wie z.B. dem Tod des Partners oder der Partnerin, die (häufig) nicht mehr kompensierbar sind, ob traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit, die sich im Alter häufig wieder bemerkbar machen, oder der Sinnverlust, der durch Statusverlust und Entwertung eigener Erfahrung angesichts des Austritts aus dem Beruf entsteht, es Teilnehmer\*Innen des Ü55-Konzeptes in ihrer Bewältigung zu unterstützen, d.h. vor allem akkommodative Bewältigungstile zu entwickeln, in deren Zuge nicht realisierbare Ziele aufzugeben, neue (Ersatz)Ziele entwickelt werden und eine Anpassung der Ziele an die gegebenen Lebensumstände ermöglicht wird, vor allem bei sich chronisch verschlechternden Lebensbedingungen, irreversiblen Verlusten oder wenn Situationen nicht veränderbar erscheinen (Brandstädter 2009).

Die individuelle Rehabilitationsplanung beginnt daher in der salus klinik Hürth mit einer gemeinsamen Erarbeitung der Rehabilitationsziele (leitend sind hier die Wiedereingliederung in die Erwerbs- bzw. Arbeitswelt und in die soziale Gemeinschaft). Hierbei werden verschiedene Variablen berücksichtigt, u.a. evtl. vorliegende Komorbiditäten, die individuelle Suchtentwicklung, die Persönlichkeitsstruktur und die bisherige Entwicklung im sozialen und beruflichen Bereich. Es folgt ein praxisbezogenes Beispiel aus der bezugsgruppentherapeu-

tischen Arbeit im Rahmen des Ü55-Konzeptes (mwp).

### Die Bezugsgruppe Ü55

Die Bezugsgruppe ist ein wesentliches Element in der Behandlung der Rehabilitanden „Ü55“. Sie ist ein zentraler Ort des Vertrauens, des Austausches und vor allem intensiver Solidaritätserfahrung. Nach einer Eingewöhnungsphase, die der Orientierung und Anbindung an die Bezugsgruppe dient, bringen sich die Patienten mit spezifischen Themen „Ü55“ ein. So sind u.a. die Bewältigung des Umbruchs vom Berufsleben in die Rentenzeit, die Überlastung am Arbeitsplatz als ältere Arbeitnehmer, der Verlust der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Einsamkeit und Isolation aber auch Krankheit, Altern und das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit wiederkehrende Themen. Diese Fragestellungen werden in den gruppentherapeutischen Einheiten immer auch mit Blick auf die Sucht und die Suchtentwicklung in der Lebensspanne reflektiert. Ein zentrales Anliegen dabei ist, die Hintergründe der Suchterkrankung zu verstehen und die Funktionalität des Suchtmittels zu begreifen. Durch den Austausch in der Gruppe erfahren die Rehabilitand\*Innen Entlastung durch das Erleben, mit ihren Problemen nicht alleine zu sein. Die Bezugsgruppe „Ü55“ ist eine altershomogene Gruppe, in der sich die Patienten im Anderen erkennen können, sie profitieren vom gegenseitigen Verstehen und zeigen sich sehr zufrieden in ihrer Altersklasse unter sich sein zu können, da sich jüngere Patienten mit anderen Themen beschäftigen. So geht es in der Bezugsgruppe „Ü55“ um die Aktivierung von Ressourcen und um neue Lebensentwürfe in der Abstinenz. Unsere fach- und sporttherapeutischen Angebote unterstützen hier hilfreich neue Interessen und Fähigkeiten zu entwickeln.



## DIE „ARBEITSSTRASSE“ EINE ERWEITERTE BELASTUNGSERPROBUNG

S. Zambito

Im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung in unserem Hause durchlaufen Rehabilitand\*Innen verschiedene Therapiemaßnahmen, die eine Beurteilung der arbeitsrelevanten Leistungsfähigkeit ermöglichen. Dazu zählen beispielsweise die Ergo-, Arbeits-, Sport- und Bewegungstherapie. Unser Ziel ist es, zu einer sozialmedizinischen Leistungseinschätzung zu kommen, an der Informationen aus dem gesamten interdisziplinären Team in einer Konferenz zusammenkommen und im gemeinsamen Austausch diskutiert werden. Vor einiger Zeit wurde im Rahmen dieser Konferenz der Bedarf einer zusätzlichen Arbeitserprobung sichtbar, um körperlich schwere Tätigkeiten zusätzlich überprüfen zu können. Als Arbeitserprobung im Allgemeinen wird, laut § 33 Abs. 4 SGB IX, eine „praktische Abklärung von beruflichen Fähigkeiten im Rahmen der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ verstanden. Die „Arbeitsstraße“ trifft für alle Rehabilitand\*Innen zu, die zuvor körperlich „schwer“ gearbeitet haben und/oder in Zukunft körperlich „schwer“ arbeiten möchten. Der Begriff „schwere Arbeit“ findet im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben Anwendung bei der Einteilung der körperlichen Arbeitsschwere. Denn als „schwere Arbeit“ werden Tätigkeiten bezeichnet, wie das Tragen von 40 Kilogramm schweren Lasten und das Handhaben von Werkzeugen. Bei angespannter Körperhaltung (z.B. kniend) kann auch mittelschwere Arbeit als schwere Arbeit eingestuft werden. Unter ergotherapeutischer Leitung wurden im Jahre 2017 vier Stationen und ein dazugehöriger Einschätzungs- und Beobachtungsbogen entwickelt. Innerhalb von maximal dreieinhalb Stunden beschreiten Rehabilitand\*Innen die vier Stationen unter möglichst realitätsnahen Arbeitsbedingungen. Zur Verdeutlichung durchlaufen wir nun die vier Stationen der Arbeitsstraße am Fallbeispiel der Rehabilitandin Frau B.:

Frau B. bringt einige körperliche Diagnosen mit, bei denen es zu überprüfen gilt, ob und inwiefern sie eine zukünftige körperlich schwere Arbeit beeinträchtigen könnten. Dazu gehören zwei Bandscheibenvorfälle im Lendenwirbelsäulenbereich und eine beginnende Arthrose des rechten Kniegelenks. Zuletzt hat sie über mehrere Jahre als Gärtnerin im Garten- und Landschaftsbau gearbeitet und möchte diesen Beruf gerne wieder ausüben. Zu Beginn der Arbeitsstraße wird ihr das Prozedere erläutert (z.B. dass jede Station maximal 20 Min dauert,

exklusive Vor- und Nachbereitungszeit) und der Einschätzungs- und Beobachtungsbogen wird gemeinsam mit ihr durchgegangen. Sie beginnt die Arbeitsstraße mit der Station „Einräumen von Gewichten in das Regal“. Ihre Aufgabe hierbei besteht darin, acht befüllte Sandsäcke (für Männer je 20 kg schwer und für Frauen je 15 kg schwer) in bereitstehende Kisten in jeweils zwei Durchgängen in das Regal ein- und aus zu laden. Zum Ende der Station wird im Einschätzungs- und Beobachtungsbogen vermerkt, ob die Kriterien der Aufgabenstellung erfüllt wurden und ob Einschränkungen sichtbar oder von Fr. B. zurückgemeldet wurden. Dieses Vorgehen erfolgt nach jeder Station. In der Nachbesprechung gab Frau B. keine Einschränkungen in der Ausübung der Aufgabe an. Dies deckt sich mit der Beobachtung der Ergotherapeuten.

Als zweite Station bestreitet Frau B. die Station „Sandsäcke befüllen“. Ihre Aufgabe hierbei besteht darin, bis zu 12 Sandsäcke mit Hilfe einer Schaufel mit Sand zu befüllen (kg Angabe s.o.) und nach dem Abwiegen an einen Lagerort zu transportieren. Erneut bestätigt Frau B. den Eindruck aus der Beobachtung der Ergotherapeuten, keine Einschränkungen bei der Ausübung der Aufgabe gehabt zu haben. Sie zeigt erlernte ergonomische Bewegungen auf.

Innerhalb der dritten Station namens „Überkopfarbeiten“ ist es die Aufgabe von Frau B., Gewindeschrauben durch eine Lochschiene zu führen, die ca. 20 cm über ihrem Kopf angebracht ist, und diese mit einer jeweiligen Mutter zu verbinden. Auch bei dieser Station zeigt die Rehabilitandin keine Einschränkungen.

Die 4. und letzte Station „Pflastersteine verlegen“ hat zur Aufgabe, eine Fläche von 1 m<sup>2</sup> mit Steinen zu bepflanzen. Hierfür stehen verschiedene Werkzeuge zur Verfügung. In der Nachbesprechung erwähnt Frau B., bei der Tätigkeit des Pflasterns, ein leichtes Ziehen beim Aufstehen im rechten Knie.

Aufgrund der durchlaufenen Arbeitserprobung, inklusive der Beobachtungen und Rückmeldungen, kommen die Ergotherapeuten anschließend zu dem Ergebnis, für Frau B. eine vorwiegend positive Leistungseinschätzung bezüglich körperlich schwerer Arbeit geben zu können. Aufgrund ihrer beiden Bandscheibenvorfälle hat Frau B. einige muskelaufbauende und -stärkende Therapiemaßnahmen in den vergangenen Monaten gemacht, die sich sehr positiv auf ihre körperliche Belastungsfähigkeit ausgewirkt haben. Die Beschwerden des rechten Knies sollten jedoch ärztlich abgeklärt werden.

## INTERVIEW MIT EINEM EHEMALIGEN PATIENTEN

Vor einiger Zeit erhielten wir eine nette Mail von einem ehemaligen Patienten, der uns von seinem neuen Leben nach der Reha berichtete und sich bei uns bedankte. Dies hat uns so gefreut, dass wir Kontakt zu ihm aufnahmen und ein kurzes Interview geführt haben.

### Warum haben Sie sich damals für die salus klinik entschieden?

Die Sozialpädagogin aus Neuss hat mir nach der Entgiftung die salus klinik Hürth empfohlen. Sie hat nur Gutes gehört, von einem jungen Team und meinte, das wäre genau das richtige für mich. Auch mein Hausarzt hat mir zu einer Langzeitrehabilitation geraten. Ich selber hatte mich bis dahin noch nicht informiert und bin daher auf die Empfehlung hin zu salus gekommen.

### Was hat Ihnen bei uns besonders gut gefallen und was hat Ihnen das Ankommen erleichtert?

Für mich war der Pate, ein Patient, der schon länger bei salus war, sehr wichtig. Er hat mich rumgeführt, mir alles gezeigt und war in der ersten Zeit ein guter Ansprechpartner. Dann war das ganze salus Team sehr nett, sympathisch und offen. Auch das Einzelzimmer und die freundliche Einrichtung hat dazu beigetragen, dass ich mich recht schnell gut eingefunden habe.



### Gab es während der Rehabilitation Momente, die schwer für Sie waren? Und wenn Ja, wie haben Sie da heraus gefunden?

Besonders schwer hat mich der Rückfall eines Mitpatienten getroffen, der plötzlich nicht mehr in unserer Gruppe war. Ich fand es sehr erschreckend, dass keiner von uns eine Ahnung davon hatte und ich es wirklich nicht erwartet habe. Mir hat es dann sehr geholfen, dass wir in der Gruppe ausführlich darüber gesprochen haben. Auch der Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten war sehr gut. Reden, reden, reden, das hat mir am meisten geholfen.

### Wie hat Ihr soziales Umfeld, Familie und Freunde, im Anschluss an die Rehabilitation auf Ihre Abstinenz und Ihre persönliche Veränderung reagiert?

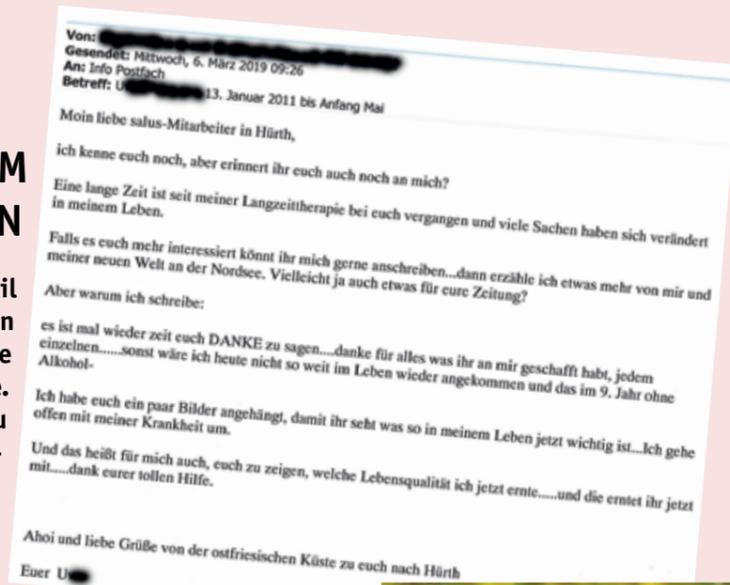
Nach der Reha habe ich mir einen komplett neuen Freundeskreis gesucht, da in meinem alten Kreis viel konsumiert wurde. Von daher habe ich von dort keine Reaktion erwartet. Zu meinen Eltern habe ich wieder Kontakt aufgebaut. Die sind stolz, dass ich das so durchgezogen habe. Auch zu meiner Ex-Frau habe ich mittlerweile wieder einen sehr guten Kontakt aufgebaut, auch sie unterstützt mich, aus der Ferne, in meiner Abstinenz.

### Inwieweit hat sich Ihr Leben im Anschluss der Rehabilitation geändert?

Ich bin vor einigen Jahren an die Nordsee gezogen und fühle mich sehr wohl dort. Ich bin sehr viel selbstständiger als damals, viel zufriedener mit meinem jetzigen, abstinenter, Leben. Gehe meinen Hobbys nach (Vogel-Fotografie, Garten Meer) und versuche, keine negativen Gedanken zuzulassen. Zudem habe ich eine Selbsthilfe-Gruppe mit aufgebaut und bin dort auch sehr engagiert. Es tut gut, anderen zu helfen.

### Welchen Rat würden Sie einem Süchtigen heute geben, der sich noch nicht für eine Rehabilitation entscheiden konnte?

Er sollte auf jeden Fall eine Langzeitreha machen. Allerdings muss das von ihm selber kommen, er muss es für SICH machen, nicht für andere (z.B. Familie, Freunde). Der 1. Schritt ist der wichtigste, und der sollte in eine Langzeitreha gehen!



## BUCHTIPP



**Der Spieler**  
von Fjodor Michailowitsch Dostojewski  
Taschenbuch: 224 Seiten  
Verlag: Marixverlag  
(21. August 2015)  
ISBN: 3737409919

In der fiktiven Stadt Roulettenburg wartet ein hochverschuldeter General im Kreise seiner Familie und einiger Gläubiger auf das Erbe seiner reichen Tante. Doch die Tante denkt nicht daran das Zeitliche zu segnen und so versucht der junge Hauslehrer Aleksej Iwanowitsch, aus Liebe zur Tochter des Generals, im Casino das Geld für die Schulden aufzutreiben. Doch diese nutzt den Liebesblinden nur aus und treibt ihn darüber hinaus in die gefährliche Spielsucht... Obwohl bereits 1867 erschienen, büßt Dostojewskis Erzählung „Der Spieler“ doch bis heute nichts an seiner Aktualität ein. In all ihrer Komplexität und voller Empathie schildert Dostojewski in diesem stark autobiographisch geprägten Klassiker der Weltliteratur eindrücklich die Abgründe der Spiel Leidenschaft.

## AUSBLICK:

In diesem Jahr findet unsere

### FORTBILDUNG ZUM "GESUNDHEITS-COACH"

im November in der salus klinik Hürth statt.

Die Fortbildung dient als wichtige Zusatzqualifikation, in welcher Sie u.a. grundlegende Kenntnisse über betriebsrelevante psychische Störungen und deren Auswirkungen am Arbeitsplatz erwerben.

Sollten Sie weitere Informationen benötigen, können Sie sich gerne an uns wenden:

Koordination & Information  
Sandra Fisch oder Michael Link  
Tel. 02233-8081-823



## IMPRESSUM

**Herausgeber:**  
salus klinik Hürth  
Willy-Brandt-Platz 1  
50354 Hürth



**Redaktion:**  
Dr. Julia Domma-Reichart, Sandra Fisch

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**  
Dr. Julia Domma-Reichart, Michael Krämer, Christian Rosenau, Sabine Scheller, Ute Danicke-Biskup, Indra Claessens, Petra Mogias, Mathias Weidekamp, Speranza Zambito, Michael Link

**Bilder:**  
Privat, shutterstock.com, thinkstock.de

**Herstellungleitung:**  
Sandra Fisch, salus klinik GmbH

**Druck & Versand:**  
Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln  
www.druckhaus-sued.de



18. MAI – 26. MAI  
**AKTIONSWOCH  
ALKOHOL 2019**

www.aktionswoche-alkohol.de

**ALKOHOL?  
WENIGER IST  
BESSER!**

Im Rahmen der Aktionswoche Alkohol besuchte die salus klinik Hürth u.a. das Goldenberg Kolleg in Hürth. 120 Auszubildende informierten sich in acht Veranstaltungsböcken zum Thema „Kein Alkohol am Arbeitsplatz“.

Weitere Aktionen dieser Woche waren z.B. eine Präventionsveranstaltung für Auszubildende des Erft-Kreises, ein öffentlicher Vortrag sowie der 3. Block der "Ausbildung zum Betrieblichen Suchtkrankenhelfer". Wir danken allen Beteiligten für die gute Zusammenarbeit!

