salus kliniken

Jahrgang 21, Juni 2024

salü

EDITORIAL

Liebe Leserin,
lieber Leser,

DAS LEBEN STECKT VOLLER ÜBERRASCHUNGEN!!

Anders als überraschend kann man es meiner Ansicht nach nicht bezeichnen, dass unsere regierende Rot-Gelb-Grüne-Ampelkoalition es geschafft hat, das Cannabisgesetz durch alle Instanzen zu bringen, so dass es am 1. April in Kraft treten konnte. Das Thema kam schon früh, bereits im Wahlkampf im Frühjahr 2021, auf und wurde nunmehr nach 3 Jahren zur Gesetzesreife geführt. Bezüglich der Umsetzung und Folgen dürfen wir alle gespannt sein; einen Ausblick darauf sehen Sie in der Folge.

Über eine andere Entwicklung, die zeitgleich stattgefunden hat, sind wir ebenfalls sehr überrascht und zugleich in hohem Maße frustriert. Es ist mittlerweile über drei Jahre her, dass wir den Rentenversicherungen ein Konzept angedient haben, in dem wir Begleitkinder (im Rahmen der Behandlung ihrer Mütter/Väter) bei erkannten therapeutischen Bedarf in unserer Klinik in Hürth behandeln können und wollen. Dieses Angebot erfolgte zu einer Zeit, in der Vertreter der Rentenversicherungen bis heute wiederkehrend bei öffentlichen Veranstaltungen das selbst gesetzte Ziel manifestieren, mehr für Kinder tun zu wollen und zu müssen. Wichtige Vertreter der Rentenversicherungen haben sich für unser Konzept begeistert. Für uns wirklich überraschend ist es jedoch bis heute nicht gelungen, die formellen Hindernisse für eine Umsetzung zu überwinden. Diese Hängepartie bleibt leider nicht ohne Folgen. Aktuell machen wir viel mehr für unsere Kinder, als wir durch die Begleitkinderpauschale vergütet bekommen und wir könnten die ohnehin vorhandene Zeit für noch so viel mehr nutzen, wie Sie dem Folgenden entnehmen können. Es werden so viele Projekte aufgelegt, es ist enttäuschend überraschend, dass diese Aktivitäten nicht dazu gehören sollen und sich niemand findet, der hier die formellen Hindernisse überwindet und etwas in die richtige Richtung bewegt!

Nachfolgend informieren wir Sie zudem in gewohnter Weise über Neuerungen, Besonderheiten und Entwicklungen in unseren Kliniken, erfreulicher Weise ist doch einiges in Bewegung wie Sie sehen.

Herzliche Grüße & viel Freude beim Lesen dieser salü!

Ihr Rodolfo Baumbach

DIE CANNABIS-TEILLEGALISIERUNG

AUSWIRKUNGEN AUF DIE BETRIEBLICHE SUCHTARBEIT UND DIE STATIONÄRE REHABILITATION

EIN ARTIKEL DER SALUS KLINK FRIEDRICHSDORF

S. Ott

Am 01. April trat das vom Bundestag beschlossene Cannabisgesetz (kurz: CanG) in Kraft. Hiermit wird nach dem Bundesministerium für Gesundheit der private Eigenanbau durch Erwachsene zum Eigenkonsum sowie der gemeinschaftliche, nicht-gewerbliche Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen geregelt. Schon die Vorbereitung des Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis löste eine kontroverse Debatte aus und sorgt bei einigen für Verunsicherung. Welche Auswirkungen hat dieses Gesetz auf junge Menschen? Wie müssen sich Unternehmen, Behörden und Betriebe in diesem Zusammenhang zukünftig verhalten? Auch im Umfeld einer Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitskranke wird dieses Thema viel diskutiert und verschiedene Fragen an die Mitarbeitenden herangetragen.

In diesem Artikel bekommen Sie einen Überblick über die Argumente der Befürworter sowie der Kritiker dieses Gesetzes, die Auswirkungen auf den beruflichen Kontext und wie sich das Gesetz auf die stationäre Rehabilitation auswirkt.

Schon seit vielen Jahren beschäftigen sich unterschiedliche Professionen mit verschiedenen Modellen der Cannabisgesetzgebung. In einigen Ländern dieser Welt existieren Varianten eines liberalen Umgangs mit Cannabis (Uruguay, Kannada, versch. US-Bundesstaaten, Niederlande etc.). In diesem Zusammenhang macht es Sinn, existierende Begrifflichkeiten zu betrachten und voneinander ab zu grenzen. Bei der häufig beschriebenen Legalisierung wird eine Handlung gemeint, bei der im Umgang mit psychoaktiven Substanzen die Abschaffung aller strafrechtlichen und nichtstrafrechtlichen Sanktionen gegenüber dem Besitz oder Konsum erfolgt. Regulierung hingegen beschreibt ein System, welches durch Lizenzen den Anbau, Vertrieb und Verkauf von psychoaktiven Substanzen ordnet und zum Beispiel Altersbestimmungen für den Erwerb und Konsum beinhaltet (Vgl. Hoch/Preuss 2024).

Das Cannabisgesetz in Deutschland muss somit eher als Cannabis Teillegalisierung beschrieben werden, da es reguliert, ab welchem Alter (ab 18 Jahren) und welche maximale Menge (bis zu 25 Gramm Cannabis) besessen oder mit sich geführt werden darf. Der Anbau darf nur privat stattfinden oder als gemeinschaftlicher, nicht-gewerblicher Eigenanbau in Anbauvereinigungen organisiert werden. Die Anbauvereinigungen dürfen erst ab dem 01. Juli 2024 ihre Tätigkeit beginnen. In einem zweiten Schritt (Säule 2) sind regionale Modellvorhaben mit kommerziellen Lieferketten angedacht (Vgl. BMG 2024).

In der häufig sehr emotional geführten Diskussion werden von den Befürwortern und den Kritikern Argumente für die Punkte 1) Gesundheitsschutz/-risiken, 2) Jugendschutz, 3) Austrocknung des Schwarzmarktes, 4) Personal- und Ressourcen- (-entlastung/-belastung) und 5) Kosten/Einnahmen angeführt. Da beide Seiten die Argumente bei diesen Punkten auf ihrer Seite sehen, entsteht bei vielen jungen Menschen, Eltern, Arbeitgebern und professionell oder ehrenamtlich Helfenden große Verunsicherung. Im Folgenden sollen die pro und contra Argumente zu den fünf oben genannten Punkten beschrieben werden (Vgl. Hoch/Preuss 2024):

1) GESUNDHEITSSCHUTZ/-RISIKEN

Cannabiskonsum hat negativen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit, das ist unstrittig. Die häufigste Konsumform, das Rauchen, birgt zum Beispiel das Risiko von Atemwegserkrankungen. Die psychoaktive Wirkung hat Einfluss auf das psychische Erleben und begünstigt bei einigen psychische Erkrankungen. Da bisher trotz Verbot Cannabis zu der am stärksten verbreiteten illegalen psychoaktiven Substanz zählt, sollen nach den Argumenten der Cannabisbefürwortern die Risiken einer unkontrollierten

über den Schwarzmarkt vertriebenen psychoaktiven Substanz reduziert werden. Mit dem CanG soll es den Konsument*innen möglich gemacht werden, die zusätzlichen Risiken durch Beimischungen oder synthetische Cannabinoide zu vermeiden. Auch der bisher unbekannte THC-Gehalt bei dem Erwerb der Substanz über den Schwarzmarkt stellt nach den Argumenten der Befürworter ein durch die Teillegalisierung vermeidbares Gesundheitsrisiko für Konsument*innen dar.

2) JUGENDSCHUTZ

Einen wirksameren Jugendschutz beanspruchen sowohl die Befürworter einer Teillegalisierung für sich, wie auch die Kritiker des Gesetzes. Die Cannabisanbauvereinigungen, wie auch der Konsum von Cannabis, sind nach dem neuen Gesetz nur mit Abstand zu Kinder- und Jugendeinrichtungen (KiTa, Schule etc.) gestattet. Außerdem sollen unter 18- jährige keinen Zugang zu Anbauvereinen erhalten, die Weitergabe an Minderjährige soll hart bestraft werden und an unter 21-jährige darf nur Cannabis mit einem THC-Gehalt bis maximal 10% abgegeben werden. Die Kritiker des Cannabisgesetzes sehen durch die neue Gesetzgebung eine Verharmlosung des Cannabiskonsums und befürchten eine entsprechende Signalwirkung für Kinder- und Jugendliche. Das noch nicht fertig entwickelte Gehirn der jungen Menschen ist besonders anfällig für die gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums. Eine Stärkung der Beratungs- und Präventionsangebote in Schulen sollte in jedem Fall ausgeweitet und abgesichert werden. Hier besteht Einigkeit.

3) AUSTROCKNUNG DES SCHWARZMARKTES

Ob das Ziel der kompletten Austrocknung des Schwarzmarktes als realistisch einzustufen ist, wird auch von Befürwortern des CanG bezweifelt. Dennoch wird, nach deren Einschätzung, durch eine Teillegalisierung zumindest ein Teil der Geschäftsgrundlage der organisierten Kriminalität entzogen. Kritiker des Gesetzes befürchten, dass der Schwarzmarkt bei Preis und Wirkstoffgehalt den Konsumierenden attraktivere Angebote unterbreiten wird und dass besonders Kinder- und Jugendliche auf den Schwarzmarkthandel angewiesen bleiben.

4) PERSONAL- UND RESSOURCEN- (-ENTLASTUNG/-BELASTUNG)

Befürworter des Cannabisgesetzes erwarten eine Entlastung der Polizei und der Justiz. Die freiwerdenden Ressourcen könnten für schwerwiegendere Straftaten eingesetzt werden. Kritiker hingegen befürchten, dass die Kontrolle der vielen Regularien des neuen Cannabisgesetzes, so zum Beispiel die Einhaltung der Abstandsregelungen zu KiTa/Schule oder die Umsetzung der

Vorgaben in den Anbauvereinigungen, eher Personal- und Ressourcen binden. Es wird eine Belastung statt einer Entlastung befürchtet.

5) KOSTEN/EINNAHMEN

Auch bei den entstehenden Einnahmen bzw. Kosten der Cannabis-Teillegalisierung gibt es unterschiedliche Einschätzungen bei Befürwortern und Kritikern. Die Befürworter erhoffen sich Steuereinnahmen in Milliardenhöhe. Die Einnahmen könnten nach Einschätzung der Befürworter der Prävention, Beratung und Behandlung zugutekommen. Genau in die andere Richtung argumentiert die Opposition. Hier werden direkte und indirekte Kosten in Milliardenhöhe erwartet. Es werden notwendige Kosten für die Bereiche Prävention, Behandlung, Verkehrsunfälle und Straftaten befürchtet.
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Gesundheitsrisiken des Cannabiskonsums unstrittig sind. Der Schutz von jungen Menschen, die Ausweitung von Prävention, Beratung und Behandlung ist ebenfalls unumstößlich. Die Stärkung der Behandlungs-, Beratungs- und Präventionsangebote muss allerdings finanziert werden und rechtlich abgesichert sein. Diese Forderungen teilen eine Vielzahl von Verbänden und Organisationen der Suchthilfe in Deutschland (Vgl. DHS Stellungnahme 2023). Hier besteht Handlungsbedarf auf Länderebene sowie bei Städten und Kommunen.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE BETRIEBLICHE SUCHTARBEIT

Für betriebliche Suchtkrankenhelfer*innen, die Sozialberatung in Unternehmen, die Mitarbeiter*innen-Vertretung, die Führungskräfte sowie weitere Personalverantwortliche in Unternehmen besteht nach dem Inkrafttreten des CanG viel Diskussions- und Klärungsbedarf. In den Bereichen, in denen wir mit Arbeitgebern unserer Rehabilitand*innen zusammenarbeiten (siehe nebenstehenden Kasten), bekommen wir im Zusammenhang mit der Cannabis- Teillegalisierung häufig eine große Verunsicherung bei den Verantwortlichen mit.

Doch auch wenn sich durch die Teillegalisierung im privatrechtlichen Umgang mit Cannabisprodukten etwas verändert hat, bleibt mit Blick auf die Positionierung der gesetzlichen Unfallversicherung „NULL Alkohol und NULL Cannabis bei Arbeit und Bildung“ (Vgl. DGUV 2024) vieles für den arbeitsrechtlichen Kontext gleich. Versicherte/Arbeitnehmer*innen dürfen sich nach §15 Abs. 2 DGUV Vorschrift 1 nicht durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder andere berauschende Mittel in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können. Auch für Arbeitgeber gilt nach §7 Abs. 2 DGSUV Vorschrift 1, dass sie keine Versicherten/ Arbeitnehmer*innen, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit beschäftigen dürfen.

Das Erkennen von Cannabiskonsum und vor allem das Erkennen von Cannabiskonsum der bereits länger zurückliegt ist allerdings schwierig. Auch wenn der Konsum schon mehrere Stunden bis zu mehrere Tagen zurückliegt, kann das Unfallrisiko und somit die Gefahr für die/den Konsument*in und andere erhöht sein. Cannabis speichert sich im Fettgewebe, baut sich nur langsam und nicht linear ab. THC-Abbauprodukte können je nach Konsumintensität, Wirkstoffgehalt der konsumierten Substanz und individuellem Stoffwechsel bis zu 90 Tage lang im Körper nachweisbar sein. Zur Orientierung, auch für Arbeitgeber, schlägt eine vom Bundesministerium für Digitales und Verkehr eingesetzte interdisziplinäre Expertengruppe einen THC-Grenzwert von 3,5 ng/ml Blutserum vor. „Bei Erreichen dieses THC-Grenzwerts ist nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine verkehrssicherheitsrelevante Wirkung beim Führen eines Kraftfahrzeuges nicht fernliegend, aber deutlich unterhalb der Schwelle, ab welcher ein allgemeines Unfallrisiko beginnt. Demnach ist der Grenzwert von 3,5 ng/ml THC vom Risiko vergleichbar mit einer Blutalkoholkonzentration von 0,2 Promille.“ (BMDV 2024)

Durch das Inkrafttreten des CanG besteht außerdem die Notwendigkeit für Betriebe, Behörden und Unternehmen, einen Blick in die geltenden Dienstvereinbarungen zu werfen und zu prüfen, ob z.B. Formulierungen in diesem Zusammenhang angepasst werden müssen. Für einige Branchen gilt es auch

zu prüfen, ob aus Arbeitsschutzsicht betriebliche Regelungen zu erlassen sind, die den Konsum von Cannabis, bei zum Beispiel Maschinenführenden, gänzlich verbieten. Insgesamt muss festgehalten werden, dass hier weiterer Bedarf für Forschung und juristische Begleitung besteht.

KONSEQUENZEN FÜR DIE STATIONÄRE REHABILITATION

Die Frage, werden zukünftig mehr Menschen Cannabis gebrauchen und die Teillegalisierung als Erlaubnis oder Ermutigung verstehen, Cannabis zu konsumieren, lässt sich nicht vorausblickend beantworten. Auch der Gedanke, die neuen rechtlichen Regelungen könnten Menschen, die bisher eher Alkohol konsumiert haben, dazu bringen ihre Gewohnheiten zu verändern, ist nur schwer vorherzusehen. Schon heute gilt die Cannabisabhängigkeit (F12.2) als die, mit deutlichem Abstand nach Alkohol, zweithäufigste Abhängigkeitserkrankung (9,9% der Rehabilitand*innen), die in der stationären Rehabilitation behandelt wird. Seit der Jahrtausendwende hat sich die Zahl der Behandlungen wegen cannabinoidbezogenen Störungen verzehnfacht. (Vgl. IFT 2023). Auch die Entwicklungen in der salus klinik Friedrichsdorf/Bad Nauheim entsprechen diesem bundesweiten Trend. In unserer Klinik werden überwiegen Rehabilitand*innen behandelt, die eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert bekommen haben. Mit großem Abstand ist die Cannabisabhängigkeit allerdings der zweithäufigste Behandlungsgrund. Ob zukünftig die Haupt- oder Nebendiagnose Cannabisabhängigkeit häufiger bei den Behandlungen in unserem Hause eine Rolle spielen wird, bleibt abzuwarten.

Um als Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen gut vorbereitet zu sein, sensibilisieren wir aktuell die Mitarbeitenden der Klinik in unseren internen Fortbildungsangeboten für das Thema Cannabis. Auch hier werden Abbauprozesse und Nachweisbarkeit des Cannabiskonsums thematisiert, aber auch spezifische, evidenzbasierte therapeutische Ansätze diskutiert. Die hierfür relevanten neuen S3-Leitlienen zur Behandlung cannabisbezogener Störungen werden voraussichtlich in diesem Sommer veröffentlicht (IQWiG 2024). Hier wird ein Überblick über evidenzbasierte psychosoziale und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten der Cannabisabhängigkeit gegeben. Die Leitlinien sollen zur Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation Anwendung finden. Auch weitere, bereits veröffentlichte Behandlungsleitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft e.V., sind in die verhaltenstherapeutischen Angebote der salus klinik Friedrichsdorf/Bad Nauheim integriert.

Auch wenn die Entwicklungen nach dem Inkrafttreten des CanG noch nicht abzusehen ist, muss die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Behandlungsplätzen für diejenigen Konsument*innen, die eine Cannabisabhängigkeit entwickeln, sowohl im akutpsychiatrischen als auch im Bereich der Rehabilitation erfolgen. „Die Behandlung der Cannabisabhängigkeit wie auch von anderen Abhängigkeitserkrankungen erfordert oft eine qualifizierte Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik. Wenn ein Paradigmenwandel in der Drogen- und Suchtpolitik erfolgt, darf dies keinesfalls dazu führen, dass schwere Erkrankungen nicht mehr als solche behandelt werden. Schon jetzt berichten viele psychiatrische Kliniken über Finanzierungsprobleme bei der stationären qualifizierten Entzugsbehandlung Cannabisabhängiger, die durch die Krankenkassen zu gewährleisten ist.“ (Vgl. DHS 2023)

Spezifische Konsumfolgen von Cannabis, insbesondere die dosisabhängige Zunahme psychotischer Erkrankungen und die Beeinträchtigung kognitiver Funktionen bei regelmäßigem Konsum in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter, beeinträchtigen einerseits die Belastbarkeit im Arbeitsleben oft schwer und stellen über die Dauer der stationären Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen hinaus hohe Anforderungen an unterstützende Maßnahmen zur Sicherung der beruflichen Leistungsfähigkeit.

Ob es auch in unserer Klinik für psychosomatische Erkrankungen häufiger Anfragen nach einem legalen Konsum von Cannabis oder Verstöße gegen die in der Hausordnung festgelegte Abstinenzregel gibt, bleibt abzuwarten. Weder Alkohol noch Cannabis sollten in der Zeit der Rehabilitation konsumiert werden. Das Erleben und Fühlen der eigenen Emotionen sollte nicht verändert oder betäubt werden. Nur so kann ein therapeutischer Prozess erfolgreich verlaufen und ungünstige Wechselwirkungen mit verordneten Medikamenten ausgeschlossen werden. In unseren Kliniken wird weiterhin auf Abstinenz gesetzt, auch bei Cannabis.

Dr. Hoch, Dr.Preuss (2024): Cannabis- Konsum, Gefahr, Mythen, Nutzen, Langen Müller Verlag GmbH München
BMG (2024): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/cannabisgesetz.html, abgerufen am 02.05.2024
DHS (2024): Stellungnahme zum Regierungsentwurf des Cannabisgesetz CanG, (https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2023-11-02_CanG_Stellungnahme_DHS_.pdf, abgerufen am 02.05.2024)
DGUV (2024): NULL Alkohol und NULL Cannabis bei Arbeit und Bildung, (https://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/pm/pressearchiv/2023/4_quartal/dguv_positionspapier_cannabis.pdf, abgerufen am 02.05.2024)
BMDV (2024): https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Pressemitteilungen/2024/018-expertengruppe-thc-grenzwert-im-strassenverkehr.html, abgerufen am 02.05.2024
IFT (2023): Suchthilfe in Deutschland 2022- Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), München
IQWiG (2024): https://www.iqwig.de/projekte/v21-06.html, abgerufen am 02.05.2024.

ZUSAMMENARBEIT MIT ARBEITGEBERN IN DER SALUS KLINIK FRIEDRICHSDORF

T. Wolfschütz

Wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer Rehabilitation ist das Einbeziehen des Umfeldes der Rehabilitand*innen. Zu diesem gehören neben den Angehörigen vor allem auch Arbeitgeber.

Stabilität im beruflichen Umfeld ist nach einer Rehabilitation neben einer gut geplanten Nachsorge einer der wichtigsten Faktoren für die langfristige Sicherung des Therapieerfolges. In den ersten drei Monaten nach der Rehabilitation finden die meisten Rückfälle statt, so dass dieser Zeitraum besonders kritisch ist. Daher ist es uns besonders wichtig und schon seit vielen Jahren Teil unseres Therapiekonzeptes, die Rehabilitand*innen bereits während der Therapie auf diese Zeit vorzubereiten. Dazu gibt es diverse Angebote, die wir im Folgenden kurz skizzieren möchten:

Betriebsseminar und Arbeitgebergespräche

Das Betriebsseminar ist ein Angebot, bei dem die Rehabilitand*innen die Möglichkeit haben, mehrere Vertreter*innen ihrer Arbeitgeber in die Klinik einzuladen. Im ersten Teil erhalten diese eine zweieinhalbstündige Schulung zum Thema Abhängigkeitserkrankungen und deren Behandlung, Sucht im betrieblichen Kontext sowie zu den Faktoren, die zu einer gelingenden Reintegration an den Arbeitsplatz beitragen. Gleichzeitig können individuelle Fragestellungen geklärt werden und die Arbeitgeber können sich untereinander vernetzen und austauschen. Diese Schulung bereitet auf den zweiten Teil am Nachmittag vor. Nach einem Mittagessen in der Klinik folgt ein individuelles Arbeitgebergespräch, welches von den Bezugstherapeut*innen moderiert wird und bei dem Rehabilitand*innen und Arbeitgebervertreter*innen alles Wesentliche, was der Klärung von Aufgaben und Beziehungen im künftigen Arbeitsalltag dient und eine nachhaltige Reintegration unterstützt, ansprechen sollen. Idealerweise wird in diesem neutralen Rahmen alles geklärt, was offen ist, so dass beide Seiten wissen was sie erwartet und wie sie zukünftig miteinander umgehen können. Arbeitgebergespräche können natürlich auch unabhängig von der Schulung durchgeführt werden; dies sowohl online als auch in Präsenz.

Netzwerk und Kooperationen

Über den therapiebezogenen Kontext hinaus pflegen wir in der salus klinik Friedrichsdorf/Bad Nauheim eine enge Vernetzung und langjährige Kooperationen mit Arbeitgebern. Dabei ist es für die Betriebe wichtig, dass ihre Mitarbeiter*innen möglichst schnell Hilfe bekommen, dass die Wege dorthin kurz sind und eine Transparenz bzgl. der möglichen Hilfsangebote besteht. Auch der richtige betriebliche Umgang mit von Abhängigkeit oder anderen psychosomatischen Erkrankungen betroffenen Mitarbeiter*innen ist von enormer Bedeutung. Hier bieten wir bspw. Unterstützung in Form von Beratung oder Schulungen an.

Mitwirkung und Organisation des Arbeitskreises Sucht, Psyche und Gesundheit

Der Arbeitskreis ist eine Kooperation der fraport AG mit der salus klinik Friedrichsdorf/Bad Nauheim. Mitarbeiter*innen unterschiedlichster Arbeitgeber aus dem Rhein-Main-Gebiet, die sich im Betrieb mit dem Thema Gesundheit beschäftigen, treffen sich zweimal jährlich und tauschen sich zu Themen rund um Sucht, Psyche, Gesundheit aus. Ziel sind u.a. die Vernetzung, der fachliche Austausch sowie die Weitergabe von Wissen und das Erarbeiten von betrieblichen Lösungen.

HERAUSFORDERUNGEN IN DER ELTERN-KIND-BEHANDLUNG

… WENN EIN KIND „NUR“ BEGLEITUNG IST …

EIN BERICHT AUS DER SALUS KLINIK HÜRTH FACHKLINIK FÜR FRAUEN

J. Domma-Reichart

P. Mogias

I. Bogdanovitch

In den salus kliniken Hürth können wir seit 2017 Begleitkinder im Alter von 6 Wochen bis ca. 12 Jahren mitaufnehmen.

Hierfür entstanden zunächst u. a. Mutter-Kind-Appartements, ein Kinderhaus für die Kinderbetreuung, eine Klinikschule und ein Außenbereich für Kinder sowie entsprechende Behandlungskonzepte.

In den Anfängen war die Überlegung, dass wir Frauen, die eine psychosomatische oder Entwöhnungsbehandlung für sich in Anspruch nehmen möchten, die Möglichkeit geben, ihre Kinder während der Behandlungszeit sicher versorgt zu wissen.

Schnell erreichten uns dann aber Anfragen, was denn mit Vätern bzw. auch Paaren sei – ob wir denn hier keine Möglichkeit hätten.

Als eine flexible, innovative Einrichtung haben wir uns gerne auch dieser Herausforderung gestellt. Nach kurzer Rücksprache mit unserem Federführer, der DRV Rheinland, organisierten wir zügig Unterbringungsmöglichkeiten für Väter mit Kindern sowie Paare mit Kindern und entwickelten entsprechende Konzepte.

Nun behandeln wir in beiden Indikationen, übergreifend über beide Indikationen sowie in unserer Adaption Mütter, Väter und Elternpaare mit Kindern – gemischt- und gleichgeschlechtlich orientiert. Eigentlich gibt es keine Kombination, die keinen Raum bei uns finden würde.

Bedeutung von psychisch kranken Eltern für die Kinder

Die psychische Erkrankung von Eltern ist ein einschneidendes Lebensereignis und stellt ungünstige Anforderungen an die Kinder. In Deutschland wachsen drei bis vier Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil auf.

Bei Kindern suchtkranker oder psychisch kranker Eltern ist das Risiko selbst im späteren Leben eine Abhängigkeitserkrankung und/oder eine psychische Störung zu entwickeln um ein Mehrfaches erhöht (Transgenerationale Weitergabe). Eine Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf weist auf ein drei- bis siebenfach erhöhtes Risiko gegenüber der Normalbevölkerung hin.

Runde 50 - 60 % der betroffenen Kinder zeigen externalisierende (Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische Störungen, geringe Selbstregulation) und internalisierende (Depression, Angsterkrankung) Verhaltensauffälligkeiten. Diese gelten wiederum ebenfalls als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Suchterkrankung und / oder Persönlichkeitsstörung.

Häufig entstehen auf Seiten der Eltern Schamgefühle, Angst vor Stigmatisierung sowie Bagatellisierungstendenzen bis hin zu Sorge vor Sorgerechtsentzug. Dies führt dazu, dass bestehende Hilfesysteme nicht aufgesucht und genutzt werden. Die Konsequenz daraus sind häufig dysfunktionale soziale und kognitive Entwicklungen der Kinder, die sich negativ auf den Erwerb kommunikativer und sprachlicher Kompetenzen auswirken und auch die körperliche Gesundheit gefährden.

Die Kinder psychisch kranker Eltern(teile) wachsen entsprechend mit hohen Psychosozialen Belastungsfaktoren auf:

- Nachteilige soziale Bedingungen: z. B. niedriger Ausbildungsstand bzw. Berufsstatus der Eltern, Arbeitslosigkeit, desolate Nachbarschaft, Leben an der Armutsgrenze
- Häusliche Gewalt, Missbrauch
- Konflikte, Trennung, Scheidung, kritische Partnerschaften, Tod eines Elternteils
- Stationäre Aufenthalte, Inhaftierung
- Beziehungsabbrüche, Bindungsstörung, Fremdunterbringung, Trauma
- Dysfunktionales Erziehungsverhalten, mangelnde Erziehungskompetenzen
- Vernachlässigung von elterlichen Pflichten, Aktivitäten, Verpflichtungen
- Mangelnde emotionale Verlässlichkeit

Diese Risikofaktoren führen zu den Problemen auf Kinderseite, die wir auch in unserem Klinikalltag beobachten können und die häufig eine Ursache für Verhaltensauffälligkeiten darstellen:

- Verlust von Zuwendung und gelebter Liebe
- Verängstigung der Kinder, da sie die Probleme der Eltern nicht einordnen können
- Schuld an der Erkrankung zu sein
- Fehlende Tages-, Wochenstruktur, Rituale
- Parentifizierung und chronische Überforderung der Kinder
- Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung, Isolation als Problemlösungsstrategien

Was wird deutlich?

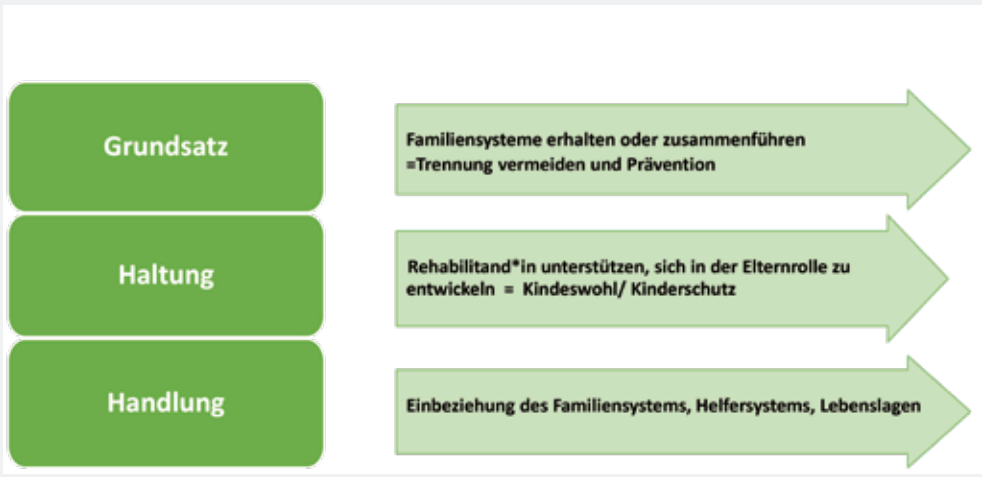
Ein starker Hilfebedarf von suchtbelasteten und von psychischen Erkrankungen betroffenen Familien.

Dieser ist aber bei der Aufnahme von Begleitkindern eigentlich nicht vorgesehen!

Was bedeutet dies für uns und unsere Arbeit?

Es war und ist für uns selbstverständlich, dass wir **nicht** an den Problemen der Kinder und der damit verbundenen Familiensysteme vorbeischauen können und werden. Es wäre moralisch verwerflich, wenn wir die Zeit während der Behandlung nicht nutzen würden, um auch hier zu unterstützen, die Kinder zu entlasten und sei es auch präventiv aktiv zu werden.

Die Behandlung von psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen der Eltern kann nicht von der Förderung der psychischen, kognitiven, körperlichen und sozialen Entwicklung der Kinder und der Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung getrennt werden. In vielen Fällen ist ein hoher Unterstützungsbedarf der Eltern im Umgang, der Versorgung und Förderung der Kinder notwendig. Die Eltern-Kind-Behandlung ermöglicht korrigierende Erfahrungsmöglichkeiten und nachhaltige Veränderungen durch lange Behandlungsdauer von bis zu 6 Monaten, die eine große Chance darstellen. Die Trennung von Eltern und Kind kann vermieden werden.



Ganz wichtig ist es uns, zu betonen, dass meist keine psychischen Erkrankungen bestehen, doch häufig Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen bei den Kindern zu beobachten sind.

Dies alles führte dazu, dass wir unser Personal durch folgende Kolleg*innen erweiterten: die Stelle einer systemischen Familientherapeutin, einer Motopädin, einer Heilerzieherin, einer Montessori-Lehrerin sowie einem Förderschullehrer.

Darüber hinaus leitet eine approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeutin eine Gruppe für die Schulkinder, arbeitet konsiliarisch auch einzeln mit den Kindern und nimmt als Supervisorin an den Elternkonferenzen (s. u.) teil.

Die Ziele in der Arbeit mit den Eltern liegen bei uns in folgenden Punkten:

- Aufbau nachhaltiger Erziehungs- und Interaktionskompetenzen
- Befähigung zu funktionaler und wachstumsorientierter Eltern-Kind-Interaktion
- Bindungsstärkung
- Entwicklung von gesundem Interaktions- und Konfliktverhaltens
- Angemessene Kommunikation z. B. offenes Ansprechen von Emotionen und Problemen
- Elterntraining in Säuglings- und Kleinkinderpflege: Hygiene, Ernährung, Wohnen
- Training des Selbstmanagements und Verantwortungsübernahme
- Entwicklung von Ritualen, Tages- und Wochenstruktur

Diese Ziele erreichen wir durch eine intensive Diagnostik- und Anamnesephase, in der die Kolleg*innen der Bezugstherapie, Familientherapie, Sozialdienst, Kinder- und Jugendtherapie sowie die Lehrer*innen und Erzieher*innen sich engmaschig austauschen und aufeinander abstimmen. Im Anschluss daran findet die Elternkonferenz statt, zu der auch die Rehabilitand*innen eingeladen werden, um über die Behandlungsplanung zu sprechen.

Spätestens zu diesem Zeitpunkt findet auch der Austausch mit dem Hilfesystem der Rehabilitand*innen zuhause statt, sollten externe Stellen hier involviert sein. So wird z. B. ein „Rundes Tisch-Gespräch" terminiert (siehe Kasten).

Rundes Tisch Gespräch als Schnittstelle zwischen Rehabilitandin und Jugendamt

- Integration unterschiedlicher Aspekte der Behandlung (Behandlungsverlauf der Rehabilitand*in, Eltern-Kind-Beziehung aus der systemischen Perspektive, sozialmedizinische Einschätzung, Nachbehandlungsempfehlungen speziell für die Eltern und Empfehlungen bezüglich Familienhilfe).
- Kommunikation zwischen Eltern, Jugendamt und Behandler*innen der Klinik wird möglich, Ängste und Unsicherheiten der Eltern können abgebaut werden.
- Rehabilitand*in bekommt eine Gelegenheit offene Fragen bezüglich einer möglichen Rückführung des Kindes zu erörtern.

Aufgrund der längeren Behandlungsphasen in der Entwöhnungsbehandlung haben wir hier deutlich mehr Möglichkeiten, an den Zielen zu arbeiten.

Spezielle Gruppenangebote für Eltern (z. B. Vortragsreihe „Mut zur Erziehung"; IG „Starke Mütter", IG „Starke Väter" – siehe Kasten), systemische Familientherapie, Psychotherapie, Elterntrainings mit Kind unter Anleitung der Familientherapeutin und/oder einer Erzieherin (z. B. Unterstützung beim gemeinsamen Spielen), Ernährungsberatung für Eltern und motopädische Angebote flankieren das sonstige Rehabilitationsprogramm.

Auch **die Kinder** verfolgen während ihrer Zeit **bei uns Ziele**:

- Stärkung des Selbstwertes
- Verstehen der elterlichen Sucht und psychischen Krise, als Krankheit und der eigenen Schuldlosigkeit daran
- Erkennen von eigenen Bedürfnissen und Interessen

- Kennenlernen von verlässlichen Beziehungen zu Erwachsenen
- Enttabuisierung
- Kompetenzen und Stärken werden wahrgenommen und gefördert
- Bewältigungs- und Lebensstrategie aufgebaut
- Entlastung, als Alternativerfahrung zu nicht altersgemäßer Verantwortungsübernahme

Vortragsreihe „Mut zur Erziehung"
Rehabilitand*innen erhalten Impulse durch Vorträge unterschiedlichster Professionen Psychotherapie, Pädagogik, Ernährungsberatung, Motopädie und Sozialdienst zu folgenden Themen:

- Schlaf bei Kindern – Schlafhygiene und Rituale
- Kindern Halt geben – Umgang mit psychischen Erkrankungen
- Ernährung bei Säuglingen und Kleinkindern
- Wie gestalte ich freie Zeit mit meinem Kind?
- Rituale sind wichtig!
- Medienerziehung

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, dass jedes Kind bereits am Aufnahmetag mit dem jeweiligen Elternteil ins Kinderhaus, salus Wichtel, geht. Hier bekommen sie zunächst einen „Sorgenfresser", der sie durch die Behandlung begleitet.

Die Eingewöhnung der (Klein-)Kinder verläuft bei nahezu allen Kindern (erstaunlich) unkompliziert, so dass Eltern und Kinder „entspannt" in die Behandlung einsteigen können. Die Kinder werden von 8:15 – 17:15 Uhr betreut und verbringen die Mittagspause mit den Eltern. So werden auch hier Strukturen und Rituale aufgebaut.

Schulkinder besuchen vormittags die Klinikschule und gehen nach dem Mittagessen in die Hausaufgabenbetreuung bzw. in die Betreuung ins Kinderhaus.

Die Kinder nehmen im Verlauf der Woche an den kinderspezifischen Einheiten teil. Hierzu zählen für die älteren Kinder die Gruppe mit der Psychotherapeutin und Familientherapeutin, familientherapeutische Einheiten mit dem Elternteil(en), motopädische Einheiten (alleine, in der Gruppe und mit den Eltern gemeinsam), eine Bewegungseinheit, Koch- und Backkurs und Ausflüge mit dem pädagogischen Personal des Kinderhauses.

Unser Fazit

Es ist teils faszinierend, wie Kinder in der Zeit bei uns aufblühen und Entwicklungsschritte zu beobachten sind. Auch die Beziehung der Eltern und Kinder verändert sich schnell ins Positive und stabilisiert sich. Die Erwachsenen übernehmen wieder ihre Eltern-Rolle und die Kinder dürfen wieder Kind sein.

Prävention gehört mit zu unseren Aufgaben und insbesondere im Bereich der Begleitkinder nehmen wir unseren Auftrag hier sehr ernst.

Wir stellen uns die Frage, warum sich die Leistungsträger so schwertun, die Kosten entsprechend auch zu übernehmen und wir seit Jahren versuchen, Begleitkinder in Behandlungskinder umzuwandeln – wenn es notwendig ist!

Die Arbeit mit Eltern und Kindern ist sehr wertvoll und wenn wir die Familien bei unserem Ehemaligenfest glücklich wiedersehen, wissen wir, dass wir genau auf dem richtigen Weg sind!

DIE SALUS HOCHSCHULAMBULANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE DER MEDIZINISCHEN HOCHSCHULE BRANDENBURG

- ERSTE AMBULANTE WEITERBILDUNGSSTÄTTE IN DEUTSCHLAND

F. Thun

R. Schöneck

J. Lindenmeyer

Die salus klinik Lindow hat mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) einen Kooperationsvertrag geschlossen, um im Sommer 2024 gemeinsam eine Hochschulambulanz für Psychotherapie als erste ambulante Weiterbildungsstätte in Deutschland nach der neuen Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapie zu eröffnen. Die Ambulanz wird sukzessive bis zu 10 Psychotherapeut*innen in Weiterbildung beschäftigen und damit einen spürbaren Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung in der Region, der Qualifizierung des psychotherapeutischen Nachwuchses als auch zur wissenschaftlichen Erforschung und Weiterentwicklung der Psychotherapie leisten.

HINTERGRUND

Die Medizinische Hochschule Brandenburg hat als erste Universität in Deutschland ein approbationskonformes Studium der Psychotherapie nach dem neuen Psychotherapeutengesetz angeboten. Seit Herbst 2022 schließen hier pro Jahr 20-30 Studierende ihr Psychotherapiestudium erfolgreich mit Approbation ab. Um sich später als ambulante Psychotherapeut*innen niederlassen zu können, ist im Anschluss ähnlich wie bei Ärzt*innen eine 5-jährige Weiterbildung zur/m Fachpsychotherapeut*in zu absolvieren, die hauptberuflich mindestens 2 Jahre in einer stationären und mindestens 2 Jahre in einer ambulanten Weiterbildungsstätte erfolgen muss.

Die salus klinik Lindow war eine der ersten Kliniken in Deutschland, die von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) als stationäre Weiterbildungsstätte für Psychotherapie anerkannt wurde, da sie mit ihrem bisherigen staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (SIV) über fast alle Voraussetzungen hierfür verfügte. Seit 2023 beschäftigt die Klinik aktuell 5 ehemalige Studierende der MHB als sog. Psychotherapeut*innen in Weiterbildung. Diese Zahl wird über die nächsten Jahre stetig anwachsen.

Es war nur folgerichtig, nunmehr gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg eine Hochschulambulanz für Psychotherapie als ambulante Weiterbildungsstätte für Verhaltenstherapie zu eröffnen:

- Den psychotherapeutischen Mitarbeiter*innen der Klinik wird damit die Möglichkeit geboten, ihre gesamte 5-jährige Weiterbildung nahtlos bei einem Arbeitgeber in räumlicher Nähe zu absolvieren. Stationäre und ambulante Weiterbildung sind dabei in der Theorievermittlung, Selbsterfahrung und Supervision inhaltlich und zeitlich vollkommen miteinander verschränkt („aus einer Hand“).

- Dem akademischen Nachwuchs der MHB wird damit die Möglichkeit geboten, parallel zu ihrer Promotion bzw. Habilitation mit der ambulanten Weiterbildung in Verhaltenstherapie zu beginnen. Auch hier ist eine inhaltliche und zeitliche Verschränkung von Forschungs- und Lehrtätigkeit an der MHB auf der einen und der Weiterbildungstätigkeit auf der anderen Seite gegeben.

Wir wollen damit einen Beitrag zur psychotherapeutischen Nachwuchsförderung dadurch leisten, dass junge Menschen den sehr anspruchsvollen und aufwändigen Berufsweg zur/m Fachkundepsychotherapeut*in durch Planungssicherheit für sich und ihre Familien als attraktiv erleben.

DIE HOCHSCHULAMBULANZ ALS WEITERBILDUNGSSTÄTTE

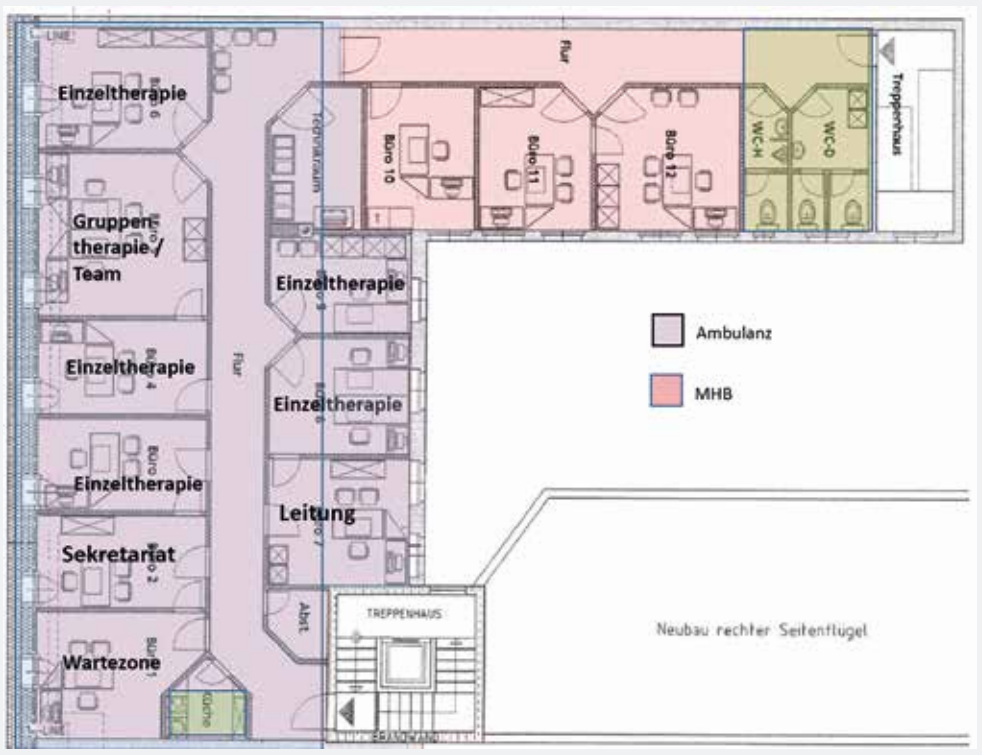
Die Hochschulambulanz wurde durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer als ambulante Weiterbildungsstätte für Verhaltenstherapie anerkannt. Als Weiterbildungsbefugter wurde Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer bestimmt. Die Ambulanzleitung und Supervision erfolgt durch Frau Franziska Thun (Psychologische Psychotherapeutin). Es wurden bereits geeignete Räumlichkeiten in Neuruppin angemietet und Personal für das Sekretariat und die Verwaltung gefunden.

Die Behandlung findet in Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen statt. Zur Optimierung der Behandlungsqualität im Rahmen der Weiterbildung werden alle Behandlungen mit Einverständnis der Patient*innen auf Video aufgenommen und unterliegen einer engmaschigen Supervision. Der theoretische Unterricht und die Selbsterfahrung finden gemeinsam mit der stationären Weiterbildung in der salus klinik Lindow statt.

Sobald die fortgeschrittenen Kostenverhandlungen mit den Krankenkassen abgeschlossen sind, wird die Ambulanz ihren Betrieb aufnehmen. In der ersten Ausbaustufe werden bis zu 6 Psychotherapeut*innen in Weiterbildung halbtags tätig sein, dies wird entsprechend der Nachfrage schrittweise auf 12 Halbtageskräfte ausgebaut. Die ersten 6 Mitarbeiter*innen werden dabei ihre ambulante und stationäre Weiterbildung parallel in der salus klinik Lindow und der Hochschulambulanz ableisten.

DIE HOCHSCHULAMBULANZ FÜR FORSCHUNG UND LEHRE

Gleichzeitig dient die Hochschulambulanz der Forschung und Lehre unter Leitung der Professur für Klinische Psychologie und Rehabilitation an der MHB (Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer). Sie wird die Wirkmechanismen von Psychotherapie systematisch beforschen, die Wirksamkeit von neuen Psychotherapieverfahren in randomisiert-kontrollierten Studien evaluieren und schließlich die Qualität der Psychotherapieausbildung und -weiterbildung untersuchen. Dazu werden alle Patient*innen der Ambulanz einer umfassenden Eingangs- und Ausgangsdiagnostik unterzogen und 3 bzw. 12 Monate nach der Behandlung zum Erfolg ihrer Behandlung befragt. Außerdem werden Psychologiestudierende der MHB im Rahmen ihrer sog. berufsqualifizierenden Tätigkeiten im Bachelor- und Masterstudium (BQT I und BQT III) systematisch in die Arbeit der Ambulanz eingebunden.



CHANCEN FÜR EINE INTEGRIERTE PATIENTENVERSORGUNG
Dadurch dass die ambulante und stationäre Weiterbildung durch die salus klinik Lindow in einer Hand angeboten wird, entstehen neue Möglichkeiten einer inhaltlich aufeinander abgestimmten wie zeitlich nahtlosen Versorgung von Patient*innen in beiden Settings:

- Patient*innen der Ambulanz, bei denen sich aufgrund der Gefährdung bzw. Beeinträchtigung ihrer Erwerbsfähigkeit oder wegen einer Suchterkrankung eine stationäre Behandlungsmaßnahme indiziert ist, können unkompliziert in die salus klinik Lindow vermittelt werden, in der die ambulante Vorarbeit systematisch aufgegriffen wird.

- Patient*innen der salus klinik Lindow können bei entsprechendem Bedarf nahtlos in eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung vermittelt werden, die inhaltlich auf der stationären Behandlung aufbaut.

Im Einzelfall kann sogar eine Behandlung in beiden Settings durch ein und die/denselben Psychotherapeut*in möglich sein.

Allgemeiner Verlauf der EINZELTHERAPIE
Vor Beginn der Behandlung muss ein grober Therapieplan aufgesetzt werden. In diesem Plan werden 3 Therapiephasen genauer festgelegt:

1) Entwicklung von Erklärungsmodell und Ableitung konkreter Therapieziele (max. 5 Sitzungen): Bei der Entwicklung des Erklärungsmodells stehen 3 Gesichtspunkte im Vordergrund:
   - Bestimmung des konkreten Problemverhaltens oder der dysfunktionalen Gedanken der/des Patient*in
   - Ermittlung der wichtigsten Auslösesituationen für Problemverhalten / dysfunktionale Gedanken
   - Ermittlung der Funktion/Aufrechterhaltung von Problemverhalten / dysfunktionalen Gedanken

   Daraus wird dann das individuelle Störungsmodell abgeleitet.
2) Durchführung einzelner Behandlungsmaßnahmen: Psychotherapie bedeutet die zielgerichtete Anwendung von Behandlungsmaßnahmen. Diese sollten im Verlauf der Behandlung zunehmend eigenständig durch die Patient*innen durchgeführt werden.
3) Rückfallprävention / Nachsorge (mind. 5 Sitzungen): Es geht hier um die Stabilisierung der bislang erreichten Veränderung und den Umgang mit Rückschlägen. Außerdem muss die Ablösung von der therapeutischen Beziehung gestaltet werden.

Ablauf einer EINZELTHERAPIESITZUNG
1. Bericht über Hausaufgabe aus der vergangenen Woche
2. Thema der Stunde: Durchführung einer Behandlungsmaßnahme
3. Hausaufgabe passend zum Stundenthema für die nächste Woche vergeben
4. Gemeinsame Dokumentation

Allgemeine Struktur der EINZELTHERAPIESITZUNGEN
Die verbindliche Struktur der Einzeltherapiesitzungen dient folgendem therapeutischen Zweck:

- Durch die immer gleiche Sitzungsstruktur, wird dies für Patient*in und Therapeut*in zur Routine. Sie können sich auf die Inhalte der Sitzung konzentrieren, entwickeln ein Zeitgefühl für die einzelnen Punkte.
- Durch die Hierarchisierung der einzelnen Punkte, wird Patient*in und Therapeut*in immer transparent, was als nächster Schritt erfolgen sollte.
- Insbesondere die verbindliche Eröffnung unterstützt, dass die/der Therapeut*in nicht den Außenereignissen folgt, sondern eine gezielte Behandlung konsequent durchführt.
- Durch die gemeinsame Dokumentation als Teil der Therapiesitzung wird einerseits vermieden, dass Therapeut*innen in der Behandlungsstunde mitschreiben müssen. Gleichzeitig überprüfen sie dadurch, was der/die Patient*in von der Therapiestunde mitgenommen hat.

OFFENE THERAPIEGRUPPEN
Die Gruppentherapie der Hochschulambulanz findet immer im Format der offenen Gruppen statt, bei dem ausscheidende Patient*innen durch neue Patientinnen ersetzt werden. Dadurch besteht die Möglichkeit

- einer individuell unterschiedlich langen Therapiedauer in Abhängigkeit von der Problematik einzelner Patient*innen;
- einer erheblich besseren Auslastung der Behandlungsplätze;
- einer verringerten Wartezeit, bis Patient*innen an einer Therapiegruppe teilnehmen können;
- Patient*innen bei Wiederaufnahme nach einem Rückfall einzelne Gruppensitzungen zur »Auffrischung« besuchen zu lassen.

Zwei Grundprinzipien
- Inhaltliche Kontinuität für die einzelnen Teilnehmer*innen. Für alle Patient*innen ist jeweils ein persönlicher inhaltlicher Verlauf innerhalb der Gruppentherapie zu konzipieren, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden fortgeführt wird.
- Aufsplittung der Gruppenstunde auf mehrere Teilnehmeranliegen. Anstatt eines einheitlichen Themas für die ganze Gruppe stehen in den einzelnen Gruppentherapiesitzungen jeweils mehrere Patient*innen mit ihren inhaltlichen Anliegen nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt.

Einheitliche Grundstruktur der GRUPPENSITZUNG
Grundsätzlich haben Therapiesitzungen in offenen Gruppen eine feststehende zeitliche Struktur:
1) Begrüßung neuer Teilnehmer*innen. Patient*innen, die zum ersten Mal an der Gruppentherapie teilnehmen, sollten immer eine kurze Begrüßung in der Therapiegruppe erfahren, in der sie sich und ihre Vorhaben kurz vorstellen.
2) Inhaltlicher Schwerpunkt der Therapiestunde. Hier geht es um die inhaltlichen Themen der Therapiegruppe. Dabei kann eine Gruppentherapiestunde lediglich ein einziges Thema oder mehrere Themen nacheinander haben.
3) Verabschiedung von ausscheidenden Teilnehmer*innen. Ausscheidende Gruppenmitglieder werden explizit verabschiedet. Die Betroffenen ziehen eine Bilanz ihrer Gruppenteilnahme und Mitpatient*innen können eine letzte Rückmeldung oder Tipps mit auf den Weg geben.

Ziele der einzelnen GRUPPENTHERAPIEFORMATE
In Arbeit bleiben bzw. zurückkehren:
- Verhinderung einer Krankschreibung, da
  - o durch den Wegfall der Arbeit Patient*innen Tagesstruktur und Kontakt verlieren, was ihre Situation eher verschlimmert.
  - o es durch eine Krankschreibung für Patient*innen immer schwerer wird, irgendwann wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Sie überzeugen sich immer mehr davon, dass es ihrer Psyche nicht gut tut zu arbeiten und dass die Arbeitsbelastung die Ursache ihrer Beschwerden sein könnte. Dadurch steigt die Angst vor einer Rückkehr immer mehr.
- Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Arbeitsunfähigkeit
- Stärkung des Selbstbewusstseins und Erhalt der Zukunftssicherheit

Aus der Depression heraus:
- Psychoedukation (Vermittlung von Wissen über die Krankheit)
- Austausch in der Gruppe um Vorurteile gegenüber der Erkrankung abzubauen und um die Erfahrung zu machen, dass man nicht allein mit dieser Krankheit ist
- Verbindlichkeiten für Verhaltensänderungen schaffen durch die Verpflichtung gegenüber anderen

Stressbewältigungstraining:
- Stärkung der persönlichen Widerstandkraft
- Unterstützung beim Ausbau persönlicher Stressbewältigungsfähigkeit

Soziales Kompetenztraining:
- Steigerung des Selbstwertes
- Aufbau eines selbstsicheren Kommunikationsverhaltens (z.B. Blickkontakt, aufrechte Körperhaltung, zur Situation passende Gestik, dem Inhalt entsprechende Mimik, klare und verständliche Sprache, deutliche Artikulation, ICH-Gebrauch)
- Aufbau von angemessenen Verhaltensweisen in verschiedenen sozialen Situationen (z.B. Kontakt knüpfen, Forderungen stellen, Nein sagen, Kritik äußern, Gefühle ausdrücken)

SOZIALDIENST IN DER KLINIK - OHNE UNS GEHT NIX!

IN DER SALUS KLINIK FRIEDBERG

M. Reinhardt J. Würz

Nach der Aufnahme in die Klinik ist der Sozialdienst für die meisten Rehabilitand*innen eine der ersten Anlaufstationen, denn oft liegt viel im Argen. Der Wohnsitz muss umgemeldet und Bürgergeld oder andere sozialen Leistungen müssen beantragt werden. Der Krankenversicherungsschutz besteht noch nicht und die damit verbundene Kostenzusage ist deshalb nur vorläufig gültig. Ungeöffnete Briefe haben sich monatelang gestapelt. Die derzeitige Schuldensituation ist unübersichtlich und nicht geklärt. Der Personalausweis ist dazu noch ungültig oder gleich ganz abhandengekommen. Probleme über Probleme und alles drängt. Denn schließlich geht es fast immer ums Geld und das ist bei unseren Leuten meist knapp. Mit viel Herzblut und mindestens ebensoviel Engagement versuchen wir unsere Rehabilitand*innen durch den oft anstrengenden und langen Weg durch den bürokratischen „Dschungel“ zu geleiten und dabei gleichzeitig zur Selbstverantwortlichkeit anzuleiten. Wie gut der ganze Prozess verläuft, hängt eben auch davon ab, in wieweit sich der Einzelne für die Erreichung seiner Ziele in diesem Bereich einsetzt und mitwirkt. Sind die eingangs erwähnten Bedingungen erstmal gegeben, ist unsere Arbeit natürlich nicht getan. Mal ganz abgesehen davon, dass sich leider manche Probleme oft durch die ganze Therapiezeit hindurchziehen. Aber dazu später mehr. Im weiteren Behandlungsverlauf unterstützen wir gemeinsam mit den Bezugstherapeut*innen bei der Suche nach einer geeigneten Nachsorgemaßnahme oder helfen bei der Bewerbung für eine Praktikums- oder Ausbildungsstelle. Der Sozialdienst hat deshalb eine wesentliche Funktion in der Suchtherapie, denn oft fällt es Rehabilitand*innen schwer, sich ausreichend auf ihre Behandlung zu konzentrieren und an Gruppen- oder Einzeltherapien mitzuwirken, wenn Obdachlosigkeit droht, keine Sozialleistungen gezahlt werden oder kein Krankenversicherungsschutz besteht. Also existenzielle Problemlagen existieren, für die möglichst schnell Lösungen gefunden werden müssen. Diese sind leider in unserer Einrichtung keine Ausnahmen, sondern eher der Regelfall.

IN EIGENER SACHE

Im Sinne der Nachhaltigkeit bieten wir Ihnen an, die salü nicht in Papierform zu erhalten, sondern per EMail. Bitte senden Sie uns hierzu Ihre Mailanschrift und die Anschrift, an welche die salü bisher versendet wurde.
So können wir Sie aus dem Versand-Verteiler nehmen und Ihnen die salü per Mail zusenden.

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

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

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

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

INTEGRATION BRAUCHT ANGEBOTE

C. Muhl

Was mit Menschen mit Migrationshintergrund passieren kann, wenn die Integration misslingt, erleben wir in unserer Arbeit täglich. Suchtmittelkonsum, z. B. als Folge von gescheiterten Versuchen traumatische Erfahrungen oder psychische Erkrankungen zu bewältigen, als Mittel gegen Langeweile oder Perspektivlosigkeit, als „Anschlussmotiv“ um Bindung in der peergroup herzustellen, kann viele Gründe haben. Für vulnerable Gruppen, wie z. B. geflüchtete Minderjährige, treffen oft mehrere davon gleichzeitig zu. Eine wichtige integrative und damit auch präventive Funktion, um diesen Kindern dabei zu helfen, in unserer Gesellschaft gut anzukommen, übernehmen hier oft Vereine. Sie schaffen ein Miteinander, bieten Unterstützung, helfen das Selbstvertrauen zu stärken und vermitteln so den Geflüchteten etwas, was diese sonst vielleicht vermissen müssten, Interesse und Akzeptanz. Dieses Engagement ist aller Ehren wert und wird daher auch von unserer Seite unterstützt. Wie hier am Beispiel der Jugendmannschaft des FSV Dorheim, die mit Hilfe einer Spende Trikots und Ausrüstung für geflüchtete Kinder kaufen konnte, damit diese nun mitspielen können.

Hinzu kommt, dass sich die Bedingungen zur Lösung dieser Probleme in den letzten Jahren deutlich verschlechtert haben. Im Folgenden möchten wir auf die z. T. gravierenden Probleme aufmerksam machen, mit denen wir in unserer täglichen Praxis konfrontiert sind und die einen erheblichen und oft eigentlich unnötigen Arbeitsaufwand erfordern.

Ein primäres Problem das immer wieder auftritt, ist die **aufwändige Anmeldung beim Jobcentern oder den Sozialämtern**. Es wirkt häufig so, als wären Zuständigkeiten nicht klar definiert. Unterlagen werden von einem Bereich in den Nächsten verschoben, wo sie dann wochenlang unbearbeitet liegen bleiben. Mitarbeiter in den Ämtern sind mitunter nicht genügend geschult, wiederholt krank ohne eine Vertretung oder arbeiten häufiger im Homeoffice und haben keinen Zugang zu benötigten Unterlagen, was zu erheblichen Verzögerungen führt. Bearbeitungszeiten von sechs bis acht Wochen sind keine Seltenheit, was für unsere Rehabilitand*innen schwerwiegende Konsequenzen haben kann, da ihnen z. B. der Krankenversicherungsschutz fehlt.

Ein besonders besorgniserregendes Phänomen ist die **zunehmende Tendenz, Leistungen ohne gründliche Prüfung abzulehnen**. Dies führt zu einem Mehraufwand für den Sozialdienst, der gezwungen ist, gegen diese Entscheidungen Widerspruch einzulegen. Vor allem davon betroffen sind Rehabilitand*innen, die unter den §35 BTMG fallen. Für sie ist die Wiedereingliederung in die Gesellschaft besonders herausfordernd, da sie oft stigmatisiert werden und der Zugang zu grundlegenden Leistungen wie Krankenversicherung und Existenzsicherung mühsam und träge vonstattengeht. Gerade hier werden durch bürokratische Hemmnisse und unklare gesetzliche Vorgaben besonders hohe Reintegrationshürden gesetzt.

Des Weiteren wird die **Kommunikation zwischen den Rehabilitanden, den Behörden und der Sozialdienst** durch strengere Vorgaben erschwert. Die Forderung nach einer Vollmacht, um als Kliniksozialdienst überhaupt Gespräche mit Ämtern führen zu dürfen, obwohl in der bisherigen Praxis eine Schweigepflichtentbindung ausreichte, ist ein Beispiel für zusätzliche Kommunikationsbarrieren, die zusätzliche administrative Lasten schaffen und Klärungsprozesse unnötigerweise verkomplizieren.

Die **fortschreitende Digitalisierung bei den Behörden** könnte theoretisch eine Lösung bieten, stellt jedoch für viele unserer Rehabilitand*innen eine zusätzliche Hürde dar. Viele von ihnen sind entweder technisch schlecht ausgestattet oder besitzen nicht die nötigen Kenntnisse, um mit den digitalen Angeboten umgehen zu können. Die Schwierigkeiten reichen von der Bedienung eines PCs bis hin zur Nutzung spezifischer Apps. Immerhin können wir hier als Klinik Abhilfe schaffen, in dem wir unsere Rehabilitand*innen entsprechend schulen und die „digitale Fitness“ verbessern helfen.

Ein weiteres drängender Problem ist die **Wohnsituation vieler Rehabilitand*innen**. Eine Wohnung zu finden, ist für sie oft wie ein 6er im Lotto. Zudem kommt noch, dass die Zusammenarbeit mit Vermietern sich oft schwierig gestaltet, da zu vermuten ist, dass Mietobergrenzen auch absichtlich überschritten werden und dadurch die Zugänge zu bezahlbarem Wohnraum verwehrt bleiben. Hinzu kommt auch hier wieder die Stigmatisierung als Drogenabhängige und deren Auswirkungen auf das soziale Gefüge, was die Suche nach angemessenem Wohnraum zusätzlich erschwert.

Ein weiterer Arbeitsanstieg ist im Bereich der **Migrationsberatung** zu verzeichnen. Aufgrund des gestiegenen Anteils von Rehabilitand*innen mit Migrationshintergrund ergibt sich eine verstärkte Nachfrage nach Unterstützung bei Behörden wie Konsulaten und der Ausländerbehörde. Auch hier sind die langen Wartezeiten auf Termine ein erhebliches Problem. Zusätzlich stellt ein ungeklärter Aufenthaltsstatus eine dauerhafte emotionale Belastungssituation und erschwert die während der Rehabilitationsbehandlung angestrebte Reintegration in das Erwerbsleben oder macht sie unmöglich.

Im Sozialdienst sehen wir aber trotz zahlreicher Herausforderungen und Frustrationen auch positive Entwicklungen, vor allem auf Seiten unserer Rehabilitand*innen, die oft mit viel Motivation die Entwöhnungsbehandlung als Chance für einen (gesellschaftlichen) Neuanfang verstehen und nutzen wollen. Diese Einstellung ist nicht nur für die Rehabilitand*innen selbst von Vorteil, sondern erleichtert auch die sozialdienstliche und therapeutische Zusammenarbeit und steigert die Erfolgsaussichten der Maßnahme.

Dennoch sehen wir es als wichtig an auf die geschilderten Probleme hinzuweisen, da eine grundlegende Überarbeitung von Regelungen und Prozessen im Sozialsystem erforderlich ist, um die Situation für die Rehabilitand*innen zu verbessern. Ein effizienteres, klarer strukturiertes und empathischeres Vorgehen seitens der Behörden und aller beteiligten Akteure bei der Wiedereingliederung ist dringend notwendig, um diesen Menschen faire Bedingungen für die Rehabilitation und darüber hinaus für ein selbstbestimmtes Leben in unserer Gesellschaft zu ermöglichen.

"ICH MACH MAL PIANO"

INTERVIEW MIT DEM PIANISTEN MICHAEL KOCH AM 15.03.2024 IN DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL

P. Engel

Herr Engel: Magst du dich vielleicht zu Beginn einmal vorstellen, dass wir wissen, mit wem wir es zu tun haben?

Herr Koch: Ich bin Michael Koch, bin mittlerweile 51 Jahre alt, bin nicht verheiratet, aber schon ewig liiert, habe zwei Töchter, die 9 und 13 Jahre alt sind. Ich bin, seitdem ich 8 Jahre alt bin, mit der Musik „professionell" und spielerisch verbunden. Davor spürte ich schon geistig und mental eine Verbindung, aber seit dem 8. Lebensjahr spiele ich ein Instrument – das Klavier. Meine Mutter hat ebenfalls Klavier gespielt. Sie hat das so toll gemacht und mit den Klängen so wunderbar den Raum erfüllt, weshalb ich als Kind gedacht habe „das möchte ich auch gerne können". So ist meine Musikerkarriere gestartet. Im Laufe meiner Karriere habe ich mich aber auch mit vielen anderen Dingen beschäftigt und zwar vor allem mit dem Thema Drogen. Zunächst war es ein Hobby, aber irgendwann wurde darauf eine Festanstellung und ich musste mich erstmal aus der Abhängigkeit herausarbeiten.

Herr Engel: Du bist auf deinem Konzert, das ich im November 2023 besucht habe, offen mit dem Thema Drogen umgegangen. Ich hab dich daraufhin einfach angeschrieben und gefragt: „Hey Michael, hast du nicht mal Lust bei uns vorbeizuschauen?". Was hat dich dazu bewegt, diese Einladung anzunehmen?

Herr Koch: Das ist tatsächlich der Grund, dass ich das Bedürfnis hatte, den Leuten mitzuteilen, dass es in gewisser Art und Weise möglich ist, da heraus zu kommen. Für mich war es natürlich nicht einfach, aber es geht und ich wollte zeigen, dass es geht und dass es andere Dinge gibt, die im Leben wichtig sind und wie man dem Konsum etwas entgegensetzen kann (z.B. Dinge, die Freude bereiten). Überdies wollte ich vermitteln, dass Drogen letztendlich keine Lösung sind, sondern nur ein Ablenkungsmechanismus. Das war mein Beweggrund, warum ich die Einladung angenommen habe. Ich hab es mir irgendwie immer gewünscht, dass das passiert.

Herr Engel: Du hast gerade schon gesagt, dass du irgendwann deinen Weg heraus aus dem Konsum gefunden hast. Doch wie eigentlich der Weg hinein in die Abhängigkeit aus? Wie hat sich das bei dir entwickelt?

Herr Koch: Ich komme vom Dorf, da wurde damals geraucht. Da hast du mit 13 Jahren angefangen Zigaretten zu rauchen. Wenn du in der Gruppe dazu gehören wolltest, warst du mit dabei. So ging es los und ich bin letztendlich durch meinen Bruder, der angefangen hat, Cannabis zu konsumieren, erstmalig in Kontakt mit illegalen Substanzen gekommen. Nach dem Cannabiskonsum habe ich diverse andere Substanzen ausprobiert (Kokain, Amphetamine, LSD). Meine Hauptsubstanz wurde irgendwann Heroin und meine erste Erfahrung sah dabei wie folgt aus: Ein Freund von mir besaß eine Bong. Ich hatte ihm Gitarrenunterricht gegeben und ich bin in der Pause kurz auf Toilette gegangen. Als ich wieder hereinkomme sehe ich, wie er mit einer Messerspitze ein braunes Pulver auf den Kopf der Bong träufelte. Ich wollte natürlich wissen was das ist, aber er hat

sich lange geweigert, mir es zu sagen. Ich bin hartnäckig geblieben und letztendlich habe ich es probiert. Das war mein erster Kontakt mit Heroin. Irgendwann gipfelte es darin, dass ich es mir auch gespritzt habe.

Herr Engel: Wie häufig hast du Heroin konsumiert?

Herr Koch: Irgendwann täglich. Die ersten ein bis zwei Jahre habe ich nur alle zwei bis vier Tage geraucht oder es nasal konsumiert - das war immer etwas „Besonderes". Irgendwann ging es los mit dem Spritzen. Auslöser war, dass mir jemand sagte, das sei zu wenig, um das jetzt „anders" zu konsumieren und ich solle es lieber Spritzen. Das war dann natürlich Suchtdruck pur.
Ich habe zwischendurch versucht aufzuhören, aber festgestellt „ups, das ist gar nicht so einfach und das fühlt sich doof an. Das ist ja meistens eine Gefühlssache. Klar, der Körper spielt auch eine Rolle, aber eigentlich ist das für mich eine mentale Geschichte, eine ganz starke mentale Geschichte.

Herr Engel: Du sagst gerade „Gefühlssache". Welche Funktion hatte der Konsum für dich? Was hat er dir gegeben?

Herr Koch: Gefühlt habe ich eine unglaubliche Wärme und Geborgenheit. Deshalb ist Heroin so gefährlich. Du fühlst dich wie in einem Kokon – warm und gut aufgehoben. Es ist alles gut, was du machst. Du bist völlig in den Gefühlen, dass alles super ist. Du fühlst dich HERO-artig, deshalb der Name „Heroin". (…)

Herr Engel: Du hast gerade schon viele, auch negative Konsequenzen geschildert, die du erlebt hast. Diese ständige Sedierung, die Selbstfindungsprobleme und die Ablenkung. Irgendwann waren die Kosten zu groß und du hast die Entscheidung getroffen: „Okay, ich mache jetzt irgendwas anders. Ich widme mich der Musik". Welche Funktion hatte die Musik denn auf diesem Weg?

Herr Koch: Musik hat eine unglaubliche Tiefe. Ich habe in der Musik immer etwas gespürt und gehört. Wenn ich Drogen genommen habe, stellte ich fest: Ich kann diese Tiefe gar nicht mehr so wahrnehmen, wollte es aber wieder. Ich wollte dieses Verbundensein mit der Musik, wollte wieder so richtig erleben. Durch den Konsum war dies kaum mehr möglich. Andererseits, wenn du Musik machst und du bist in so einem Heroin-Feeling, hast du im ersten Augenblick das Gefühl: „Woah ist total toll." Du hast ein anderes Bewusstsein, du schwingst anders, weil du dich durch Drogen veränderst. Du veränderst deine mentalen Fähigkeiten, du veränderst deine Aura, deine ganze Ausstrahlung verändert sich. Daraufhin nimmst du Dinge ganz anders wahr, was natürlich im ersten Augenblick total schön und wünschenswert ist. Aber für mich, langfristig, war das eben nicht das Gefühl „Hey ich bin jetzt noch verbunden mit der Musik". Die Musik war für mich immer wie ein Anker und die Musik und das Klavierspielen hat mich letztendlich wiederholt gerettet. Es war immer mein Wunsch, diese Verbindung mit der Musik zu haben.

Herr Engel: Du sprichst von der Musik als Anker bzw. einer tiefen Verbundenheit. Gibt es für dich einen Song von dir, den du gerade mit dem Gefühl der Verbundenheit zur Musik besonders in Verbindung bringst?

Herr Koch: Es gibt einen ganz schönen Song von mir, der heißt „Stille". Gerade, wenn Menschen dabei sind, genieße ich es, diesen Song zu spielen. Der Song hat ganz lange Töne und die Töne halten lange aus. In diesem Augenblick treten wir in einen Raum ein. Einen Raum der Bewusstheit, weil das wahre Bewusstsein oder die Präsenz liegt hinter den Tönen, hinter den Gedanken, hinter den Impulsen, die kommen. Wenn ein Ton verklingt, habe ich die Möglichkeit, diesem Ton zu folgen, den Raum dahinter wahrzunehmen und in die Präsenz zu kommen. Wenn ich wahrnehme, das ist das schöne, dann denke ich nicht. Dann komme ich in eine Präsenz und in eine wohlige Wärme. Das schönste dabei ist, so etwas mit anderen zu teilen, weil man noch viel aufmerksamer und bewusster ist.

*Herr Engel: Wie war es für dich bei uns in der Klinik einige deiner Songs zu teilen und da auch in Kontakt mit uns und mit unseren Rehabilitand*innen zu treten? […]*

Herr Koch: Das war wunderschön. Das war eine neue Erfahrung für mich, weil der Kontext ein anderer war. Nichtsdestotrotz war das unglaublich bereichernd. Erstmal habe ich bemerkt, dass es ein unglaubliches Interesse und eine Aufmerksamkeit bestand. Ich habe gemerkt, dass eine Präsenz der Leute da war, als ich von meinen Erfahrungen berichtete. Ich habe es unglaublich genossen, die Stücke zu spielen und das Feedback war richtig gut. Vor allem, weil die Zuhörer wirklich darüber berichtet haben, dass sie es fühlen konnten, wie ich in der Musik war. Und ich muss auch ganz ehrlich sagen: Wer Drogen nimmt, ist oft ein sehr empathischer Mensch. Sonst hätte er nicht diese Affinität dazu gehabt, Drogen zu nehmen. Wenn ich Drogen genommen habe, dann habe ich Türen und Wahrnehmungen in mir geöffnet und eine Präsenz in mir geöffnet, die ich vielleicht so in der Intensität nicht hätte wahrnehmen können oder einen anderen Weg gewählt hätte oder es länger gedauert hätte. Durch den längeren Weg und ohne Drogen habe ich

gemerkt, dass in der Runde ganz viel Offenheit da war - in der Musik und natürlich auch in den Worten. Und ich durfte die zuvor angesprochene Präsenz spüren. Das fand ich richtig gut und es war sehr bewegend.

Herr Engel: Was würdest du allgemein unseren Leserinnen und Lesern für die Zukunft mit auf dem Weg geben?

Herr Koch: Ich glaube das wichtigste für uns, in unserer Welt ist es, zu verstehen, dass wir aufhören uns die ganze Zeit mit unserem Verstand zu identifizieren. Sondern, dass wir verstehen und feststellen: „Das, was ich bin sind nicht meine Gedanken, sondern das, was ich bin, ist der, der beobachtet, was ich bin". Dass ich zurücktrete. Damit trete ich in eine Präsenz ein und darum geht es. Wenn ich in dieser Präsenz bin, das ist eine unglaubliche liebevolle Präsenz, eine Herzenswärme, dann kann ich mich selbst so lieben und annehmen, wie ich bin. Ganz egal, was gerade passiert oder was jemand sagt. Das macht uns unglaublich zufrieden, das beruhigt, das nimmt den kompletten Druck aus dem ganzen Leben. Überdies ist der große Vorteil dabei, dass, wenn ich in so einem liebevollen Zustand bin, ich ständig meine Zukunft kreiere. Ich erschaffe kontinuierlich meine Zukunft und kann durch meine Haltung meine Zukunft beeinflussen, da ich ihr Schöpfer bin. Die Zukunft wird automatisch anders und positiver werden, indem ich einfach in einer Positivität bin. In einem großen Grundgefühl. Und dieses Grundgefühl ist Liebe.

Herr Engel: Schwingt da auch so ein bisschen Hoffnung mit? Einer deiner Songs heißt Hoffnung. Was verbindest du damit?

Herr Koch: Ja, das ist richtig. Der Song ist ein Bewandnis für mich, denn dieser Song symbolisiert die Hoffnung. Immer wieder, wenn ich rausfalle, wenn ich anfange nur im Kopf zu sein, wenn ich mich wieder fangen lasse von meinen Gedanken und den Themen und den Problemen, die wir alle haben, dann reicht es einfach daran zu denken: „Hey, denke einfach an Hoffnung". Und schon bin ich wieder in der Präsenz, weil ich mir denke: „Ach Hoffnung, brauchst du gar nicht, Michael. Du musst nur eines tun. Du musst nur einfach wieder hinter dich treten und durch die Atmung in den liebevollen Zustand gehen." Jeder kann seinen eigenen Mechanismus finden wie: durch ein Stück hören, durch die Präsenz in die Präsenz kommen, in die Stille reinhören und schon bin ich wieder in meinem wunderbaren Zustand und mir geht es gut.

Herr Engel: Wie kann man das, was du gerade erzählst, live erleben? In welchen Kontexten tritts du auf?

Herr Koch: Da gibt es zwei Kontexte. Der erste Kontext ist: Ihr könnt mich so erleben, wenn ihr auf mein Konzert kommt. Und zwar spiele ich eine Tour, die heißt: „Ich mach mal Piano. Dort erzähle ich ganz viel über mein Leben, über das, was ich für mich erlebt und gelernt habe, was ich gerade erzählt habe, die spirituellen Seiten. Ich erzähle viel Anekdoten über mein Musikerdasein. Ferner berichte ich über meine Drogengeschichte. Ich spiele dabei immer Stücke, in denen jeder für sich reflektieren kann und die zum Nachdenken anregen. Ihr könnt natürlich gerne auf meine Seite kommen: www.michaelkoch.de und dort ein wenig stöbern. Und das zweite, was ich mache ist ein „Spirit Piano Walk". Da gehen wir in eine tiefe Verbindung und gehen gemeinsam spazieren. Es erfolgt ein ganz ganz ganz tiefer Austausch und danach spiele ich ein Stück von dem Erlebten. Ich transformiere das, was wir erlebt und gehört haben, in ein Klavierstück und gebe es als Anker mit. Das ist magisch, weil wir immer diesen Raum erschaffen, zu zweit, und gehen dann ganz tief in Themen rein. Für die dort erlebte Tiefe erfahre ich immer eine ganz tolle Dankbarkeit von den Leuten, die da waren.

Herr Engel: Wie wäre es mit einem 3. Kontext, in dem du deine Geschichte in weiteren Kliniken teilst?

Herr Koch: Das könnte ich mir gut vorstellen und bin neugierig auf weitere präsente Räume, in denen ich von meinen Erfahrungen berichten darf. Lieber Michael, herzlichen Dank, dass du bei uns gewesen bist.

SALUS KOCHT!

– JETZT AUCH IN CASTROP-RAUXEL

Eine neue Liebe sei wie ein neues Leben. Eine neue Küche scheinbar manchmal auch, zumindest hat es sich so angefühlt.

Seit 2012 habe ich, mit einer kleinen Unterbrechung, die AT Service in der salus Klinik in Castrop-Rauxel begleitet. Eine sowohl sehr lange als auch intensive Zeit. Das Essen wurde uns geliefert, vor Ort gemessen und ausgegeben. Es wurde gespült, geputzt, Bestellungen gemacht, organisiert aber bei allem waren wir immer abhängig sowohl von der Zuverlässigkeit der Rehabilitand*innen als auch vom Catering und auch hier fand sich das eben beschriebene Auf und Ab wieder.

Im steten Spagat zwischen meinem arbeitstherapeutischen Auftrag und dem äußeren Anspruch auf ein Funktionieren dieses Bereiches, habe ich versucht Beidem gerecht zu werden. Was bleibt, ist die Erinnerung an 11 Jahre intensiver Zusammenarbeit mit den Rehabilitand*innen. Gemeinsam zu arbeiten hat immer auch ein Gefühl von Gemeinschaft kreiert und eine Nähe geschaffen, die es ermöglicht hat das Gegenüber nochmal anders kennenzulernen. Gerade in schwierigen Phasen war es beeindruckend zu sehen, wie manche der Rehabilitand*innen gewachsen sind und sich engagiert eingebracht haben. Das hat sich gerade in der Umbauphase nochmal gezeigt, die ohne das tatkräftige, flexible Mitwirken der Rehabilitand*innen nicht so reibungsarm und gut verlaufen wäre. Vielen Dank dafür!

Ende Dezember 2023 haben die Pforten der AT Service sich für immer geschlossen, nur um in einer fließenden Bewegung für Andreas Hanke und sein Team geöffnet zu werden.

Seit Januar 2024 schwingt eine neue, motivierte Crew den Kochlöffel und macht sich mit viel Herz und Engagement daran, vieles zu verbessern.

Es gibt morgens und abends ein reichhaltiges und abwechslungsreiches Büffet, das durch viele frische Zutaten ergänzt wird. Mittags gibt es zusätzlich zu den frisch zubereiteten Mahlzeiten eine Salatbar mit großer Auswahl und leckeren Dressings, die einem die Möglichkeit geben ganz nach Lust und Laune etwas zusammen zu stellen und zum Probieren einladen. So können auch Rehabilitand*innen die wenig Fett oder Kalorien zu sich nehmen möchten, hier eine gute Alternative oder Ergänzung finden. Die Essenszeiten wurden verlängert, so dass eine entspannte Atmosphäre im Speisesaal entsteht und jeder selbst entscheiden kann, ob er/sie in vollen oder ruhigen Zeiten essen möchte. Zudem können alle Rehabilitand*innen von allen Therapieeinheiten profitieren, ohne Rücksicht auf die Tätigkeiten in der Küche. Bereits jetzt, nach 4 Monaten, hat sich die Zufriedenheit der Rehabilitand*innen und der Mitarbeiter*innen mit dem Essen deutlich verbessert. Die Umstellung auf nach Möglichkeit regionale Produkte und dem Wegfall von Fahrtwegen und der Warmhaltung von Speisen, ist die eigene Küche klimafreundlichen; auch über diese Entwicklung freuen wir uns sehr.

Kurzum, es hat sich gelohnt. Wann immer eine Tür zugeht, geht anderswo eine Tür auf. In unserem Fall war es zwar ein und dieselbe Tür, die geschlossen und geöffnet wurde und trotzdem hat sich plötzlich dahinter ein neuer Weg aufgetan, den wir mit Freude und Zufriedenheit beschreiten.

GEMISCHTES AUS DEN SALUS KLINIKEN...

FIRMENLAUF AM FÜHLINGER SEE

Am 8. Mai 2024 fand der Firmenlauf am Fühlinger See statt und in diesem Jahr auch endlich wieder mit den **salus kliniken Hürth**. Unser knapp 30 Personen starkes Team hat die Klinik mehr als nur gut vertreten! Mit super Stimmung bereits auf der Hinfahrt und perfektem Wetter, ging es nach einem Gruppenfoto an die Startlinie in unseren tollen neuen Funktionsshirts. Auf den 5,4 km um den See konnte dann jede*r in seiner / ihrer Geschwindigkeit laufen und es verteilte sich ein wenig, nur um im Ziel dann auf den letzten Metern von den Arbeitskolleg*innen angefeuert und in Empfang genommen zu werden.
Es hat uns allen sehr viel Spaß gemacht und wir freuen uns schon auf das nächste Jahr!

Im Namen von allen Teilnehmer*innen möchten wir uns bei der Klinikleitung dafür bedanken, dass sie uns diesen Ausflug ermöglicht und uns dazu auch noch diese schönen Shirts zur Verfügung gestellt hat.

IMPRESSUM

Redaktion:
Salus-Klinik GmbH
Sudetenstraße 67
50354 Hürth
Tel. 02233 8081-823
Fax 02233 8081-885

Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe:
R. Baumbach, I. Bogdanovitch, J. Domma-Reichart, P. Engel, S. Igelmund, J. Lindenmeyer, P. Mogias, C. Muhl, S. Ott, M. Reinhardt, R. Schöneck, F. Thun, T. Wolfschütz, J. Würz

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

Herstellungsleitung:
Sandra Fisch, Salus-Klinik GmbH

Druck & Versand:
Wagner Media, www.wagnermedia.de

UPDATE

HAUSWIRTSCHAFT IN DEN SALUS KLINIKEN HÜRTH

Eine neue Herausforderung für die Hauswirtschaftsleitung Nadia Bouraoui-Gretter in den salus kliniken in Hürth. Sie leitet seit 2017 dort das Hauswirtschaftsteam zunächst als Stellv. HWL und seit August 2019 als HWL. Nach Ablegung der Meisterprüfung im Jahr 2020 mit dem Ziel auszubilden – kam die Pandemie dazwischen.

Nun ist es endlich soweit! Wir bilden aus!
Seit 1. August 2023 bereichert Vanessa Fattler das Team als Auszubildende in der Hauswirtschaft und es macht große Freude, die Entwicklung der jungen Frau zu erleben.

Nadia Bouraoui-Gretter engagiert sich ehrenamtlich zudem sehr stark für die Hauswirtschaft. Sie ist Mitglied im Prüfendenausschuss der Landwirtschaftskammer NRW und hält dort im Juni bei den Abschlussprüfungen den Prüfungsvorsitz.

Sie engagiert sich ebenfalls seit 2016 im Berufsverband Hauswirtschaft ehrenamtlich. Am 9. September 2023 wählte sie die Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Hauswirtschaft für die nächsten drei Jahre zur Präsidentin. Zu den Zielen ihrer Amtszeit gehört es, den Beruf attraktiver zu machen sowie junge Menschen und Quereinsteiger*innen für die Ausbildung zu begeistern.

Ende April hat sie als Präsidentin erfolgreich ihre erste Jahrestagung in Bad Boll mit über 150 Teilnehmenden geleitet und einen Vortrag zur „Transformation – Schlüssel zum Erfolg oder Reizthema?“ gehalten.