salus kliniken

Jahrgang 23, Juni 2025

salü

EDITORIAL

Liebe Leserin,
lieber Leser,

hat man immer, wenn man eine Wahl hat auch „die Qual“?!?

Bei der Wahl des neuen Pontifex kann man, diese zugegebenermaßen bewusst sehr allgemein gefasste Frage, eindeutig mit nein beantworten. Das Konklave hat sich überraschend schnell und unproblematisch für Papst Leo XIV entschieden.

Betrachtet man dagegen die zeitnah dazu stattgefundene Kanzlerwahl, werden viele und einer ganz besonders von überraschender Quälerei sprechen.

Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit quälen sich nahezu alle Kosten- und Leistungsträger sowie Leistungserbringer der Rehabilitation in Deutschland aktuell an den Folgen einer anderen Wahl, die vor einigen Jahren getroffen wurde. Bekanntermaßen mussten die Deutschen Rentenversicherungen, einer gesetzlichen Vorgabe folgend, wählen, ob sie die gesamten Rehaleistungen einer Ausschreibung zuführen oder das angewendete Vergütungssystem revolutionieren und transparent, vergleichbar und nachvollziehbar gestalten. Die Wahl fiel damals auf die zweite Variante. Die gesetzlich vorgegebene Einführungsfrist des neuen Vergütungssystems läuft zum Ende 2025 ab, so dass die festgelegten Abgabefristen für die Anträge der Kliniken der neuen Art, Ende Mai ablaufen. Wir haben es mit einem umfangreichen formellen Antrag zu tun, in dem die einrichtungsspezifischen Besonderheiten herauszuarbeiten sind, die uns über eine von den Deutschen Rentenversicherungen festgelegten „Basisklinik“ hinaus auszeichnen. Auch wenn die Aufgabe sich möglicherweise spannend anhört, ist es ein formelles Erfordernis, das unfassbar viele Kapazitäten bindet mit ungewissem Ausgang.

Ob sich die Mühe lohnt, ob hierdurch sachgerechte Vergütungssätze erreicht werden und ob die Deutschen Rentenversicherungen damals die richtige Wahl getroffen haben, werden wir im weiteren Verlauf des Jahres sehen, wenn wir auch im Rahmen des neuen Vergütungssystems eine angemessene Vergütung für die von uns erbrachten Leistungen erhalten. Wir sind zuversichtlich, dass dem so ist und werden weiterhin darüber berichten.

Wir sind froh, dass wir trotz der eben beschriebenen formellen Belastung, auch weiterhin an der Weiterentwicklung unserer therapeutischen Angebote arbeiten und informieren Sie nachfolgend in der gewohnten Weise über Neuerungen, Besonderheiten und Entwicklungen in unseren Kliniken.

Herzliche Grüße & viel Freude beim Lesen dieser salü! *Ihr Rodolfo Baumbach*

Mit Nikotin der Welt entflieh’n

R. Cina

EIN BERICHT AUS DER SALUS KLINIK LINDOW

Bekanntermaßen kann der Tabakkonsum gravierende gesundheitliche Schäden verursachen und gilt hierzulande als wichtigste vermeidbare Ursache vorzeitigen Versterbens. Es sterben in Deutschland jährlich rund 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Trotzdem rauchen etwa 25% der Männer und rund 20% der Frauen in unseren Breitengraden. Etwa 4.4 Mio. Deutsche sind tabakabhängig. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind dabei in besonderem Maß betroffen. In der Psychosomatik- und in der Entwöhnungsabteilung in unserer Klinik rauchen etwa 40% (Psychosomatik), resp. gar 80% (Suchtabteilung) unserer Patient*innen. Den meisten Betroffenen sind die Nachteile des Tabakkonsums durchaus bewusst, ohne dass sie es bisher geschafft hätten, das Rauchen einzustellen.

Im klinischen Alltag erleben wir oft, dass im Rahmen der suchtbedingten Ambivalenz Rauchende eine vermeintlich gesündere Alternative zum konventionellen Rauchen suchen. Die Werbung für neue Formen des Nikotinkonsums versucht, diesem Wunsch Rechnung zu tragen und verheißt genau dies, obschon die langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen des Konsums dieser Produkte nicht absehbar sind.

ZUR GESCHICHTE:

DIE ERSTE „NIKOTINISCHE“ WENDE

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren hierzulande die ersten Menschen zu beobachten, die in Papier eingewickelten Tabak anzündeten und den dabei entstehenden Rauch inhalierten. Diese tabakgefüllten Papiertütchen waren schlanker als die bekannten Zigarren. Sie wurden von den Französinnen und Franzosen in der Verkleinerungsform als „Zigaretten“ bezeichnet. 1862 entstand in Dresden - als Zweigstelle der Petersburger Firma „Laferme“ – die erste Firma in Deutschland, die solche Zigaretten herstellte. Es war der schleichende Beginn des Siegeszuges der Zigarette, der im Verlauf des 20. Jahrhunderts v.a. unter US-amerikanischer Dominanz andere, bisher vorherrschende Formen des Nikotinkonsums marginalisierte resp. verdrängte. Nachdem die bereits gebrauchsfertigen Zigaretten industriell hergestellt und breit beworben wurden, erhöhte sich der Tabakkonsum zusehends.

Während in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts allenfalls ideologische Bedenken gegen den zunehmenden Nikotinkonsum ins Feld geführt wurden, bestanden ab den 1950er Jahren gleichzeitig ein positives Image der Rauchenden, ansatzweise aber auch gesundheitliche Bedenken. Es sollte allerdings noch Jahrzehnte dauern, bis der gesundheitsschädigende Charakter des Rauchens allgemein anerkannt wurde. Dadurch verblasste das positive Image der Zigarette und politische Handlungsräume im Sinne der Bekämpfung der Nikotinsucht nahmen zu, „Nichtraucherschutzgesetze“ wurden verabschiedet. Tendenziell kam es zu einem Rückgang der Rauchendenquote in Deutschland, v.a. bei Kindern, Jugendlichen und bei Gesundheitsbewussten, gut Ausgebildeten, gut Verdienenden.

DIE ZWEITE „NIKOTINISCHE“ WENDE

Das Image der Zigarette als süchtig- und krankmachender und potentiell

krebserzeugender Glimmstengel führte aber nicht nur in Deutschland zu sinkenden Zahlen bei den Rauchenden. Jugendliche wollen sich immer weniger zum Rauchen animieren lassen. Zeitgleich zeigt sich ein zunehmendes Interesse für chemisch erzeugte Nikotinprodukte wie e-Zigaretten. Dies führt zu übervollen Lagerbeständen an Tabak und setzt die Tabakkonzerne unter ökonomischen Handlungsdruck.

DAS GESCHICKTE MARKETING:

E-ZIGARETTEN, TABAKVERDAMPFER, POUCHES UND CO.

Als Lösung platzieren die Konzerne u.a. über soziale Medien, resp. im Internet neue nikotinhaltige Produkte auf dem Markt, mit denen sie mittels raffiniertesten Werbestrategien wahlweise Kinder- bzw. Jugendliche (z.B. Einweg-E-Zigaretten) oder auf Status bedachte und gesundheitsbewusste Erwachsene (z.B. Tabakverdampfer) zum Nikotinkonsum verlocken, also genau die potentiellen Kunden, die sich von der herkömmlichen Zigarette abgewandt haben. Tabakverdampfer haben zudem den „tollen Nebeneffekt“, dass sie mit Tabak befüllt werden und damit die Lagerbestände an Tabak reduzieren können. Dem nachvollziehbaren Wunsch der Nikotinabhängigen nach vermeintlich gesünderen und günstigeren Nikotinkonsumalternativen setzten die Nikotinvermarktungskonzerne so eine schier unübersichtliche Palette an nikotinhaltigen Produkten entgegen. Die bereits heute bekannten Gesundheitsrisiken dieser neuen Konsumformen von Nikotin werden selbstverständlich verschwiegen und das Suchtpotential des Nikotins bewusst ignoriert.

E-ZIGARETTE

Die E-Zigarette (elektrische Zigarette oder Vaporizer/Vape) ist ein Gerät, in dem eine Flüssigkeit (Liquid) mittels elektrischer Energie zum Verdampfen resp. mittels Ultraschall zum Vernebeln gebracht wird. Der dabei entstehende Dampf/Nebel wird inhaliert (gepafft). E-Zigaretten können wiederholt mit Liquids befüllt und der Akku kann bei Bedarf ausgetauscht werden. Ursprünglich wurde die E-Zigarette als Nikotinentwöhnungsgerät angepriesen. Dabei sollte der Nikotingehalt im Liquid zunehmend verdünnt und damit ein sanfter Entzug von Nikotin ermöglicht werden. Da auf diesem Weg Rauchende teilweise ihren Nikotinkonsum beenden konnten, fand diese Methode Einzug in manchen nationalen Leitlinien zur Nikotinentwöhnung (allerdings nicht in Deutschland).

Neben diesem Einsatz als Nikotinentwöhnungshilfe wird die E-Zigarette zunehmend als dauerhafte und vermeintlich gesündere Alternative zur herkömmlichen Zigarette benutzt. Nicht selten kommt es aber zum dualen Konsum, wobei die E-Zigarette v.a. in Situationen zum Einsatz kommt, in denen das konventionelle Rauchen nicht mehr gestattet ist. Aber selbst wenn sich Dampfende ausschließlich auf den Nikotinkonsum mittels E-Zigaretten konzentrieren, sind Aussagen über eine mögliche gesundheitsschädigende Wirkung durch einen Langzeitgebrauch nur schwer zu tätigen, da es mittlerweile eine unüberschaubare Anzahl unterschiedlicher Geräte und tausende verschiedener Liquids auf dem Markt gibt. Die große und offenbar durch die zunehmende Beliebtheit bei Jugendlichen begründete Befürchtung ist, dass vor allem Jugendliche über das Dampfen in eine Nikotinabhängigkeit gelangen.

EINWEG-E-ZIGARETTE

Seit 2022 ist die Einweg-E-Zigarette (auch “Disposables” „Einweg-Vape“ oder Vape-Pens genannt) zunehmend in Mode. Diese gebrauchsfertigen Geräte sind bereits mit einem geladenen Akku versehen und mit Liquid befüllt (beides kann nicht nachbefüllt, oder getauscht werden). Die Einweg-E-Zigaretten erlauben einige Hundert Züge. Danach sollte dieses kurzlebige Wegwerfprodukt als Elektroschrott entsorgt werden. Da viele Verkaufsstellen diesen Elektroschrott trotz gesetzlicher Verpflichtung nicht zurücknehmen, landen die Einweg-E-Zigaretten oft in der gelben Tonne.

Besonders besorgniserregend waren unlängst veröffentlichte amtliche Untersuchungsergebnisse zu Einweg-E-Zigaretten. In dieser Untersuchung wurden in Deutschland 250 Einweg-E-Zigaretten in Kiosken, im Einzelhandel, in E-Liquid-Shops oder im Online-Handel erworben und auf ihre „Verkehrstüchtigkeit“ untersucht, also überprüft, ob diese Produkte die gesetzlichen Vorschriften erfüllen. Die Resultate waren erschreckend. Die Angaben zum Nikotingehalt fehlten teilweise oder waren oft schlichtweg falsch und zwar in beiden Dimensionen, so dass der angegebene Nikotingehalt teilweise deutlich unterschritten, oder auch deutlich überschritten wurde, teilweise über die gesetzliche Höchstmenge hinaus. Ähnliches ließe sich über das angegebene Füllvolumen und Zuganzahl (Puffs) sagen. Zudem waren eine beträchtliche Anzahl der Einweg-E-Zigaretten Plagiate und lediglich 6 % verfügten über eine gesetzlich geforderte sogenannte EU-CEG, die erteilt wird, nachdem Behörden die Inhaltsstoffe auf bekannte gesundheitsschädigende Wirkungen überprüft haben. Die Autoren kommen zum Schluss, dass keine der untersuchten Einweg-E-Zigaretten verkehrsfähig ist. Welche Auswirkungen das haben kann, wenn Nikotinabstinenzwillige auf die naheliegende Idee kommen, ihren Nikotinkonsum mittels kontinuierlicher Reduktion des Nikotingehalts zu beenden, ist offensichtlich. Möglicherweise erhöhen sie ihren Nikotinkonsum ungewollt aufgrund einer falschen Deklaration des Nikotingehalts und scheitern in ihrem Versuch.

TABAKERHITZER

Seit 2017 sind in Deutschland Tabakerhitzer bekannt. Bei den Tabakerhitzern wird ein mit Tabak gefülltes Stäbchenmundstück auf einen Akku gesteckt. Durch eine elektronische Erhitzung des Tabaks entsteht ein Aerosol, das über einen Filter abgekühlt von den Konsumierenden inhaliert wird. In der Werbung und im Design suggerieren die hierzulande vertriebenen Produkte in der Regel gezielt den „gesünderen“ oder gar den „gesunden“ Tabakgebrauch. Ein Hersteller wirbt z.B. damit, dass 95 % weniger Schadstoffe in den Tabakerhitzern enthalten seien verglichen zur herkömmlichen Zigarette. Im (sehr!) Kleingedruckten weist er dann darauf hin, dass dies für „einzelne schädliche Substanzen“ gilt. Immerhin weist der Hersteller auch darauf hin, dass „die Reduktion von Schadstoffen nicht gleichzustellen ist mit einer Reduktion des Risikos“. Während einige Schadstoffe in deutlich verringerter Konzentration im Aerosol im Vergleich zum Tabakrauch enthalten sind, finden sich auch potentiell gesundheitsschädigende Substanzen im Aerosol der Tabakerhitzer wieder, die im Tabakrauch nicht enthalten sind. So gesehen könnte man auch behaupten, dass 95% mehr Schadstoffe in den Tabakerhitzern enthalten sind verglichen zur herkömmlichen Zigarette. Mittels des Designs wurde des Weiteren versucht, Tabakerhitzer als neues Statussymbol zu installieren. Diese Strategie scheint nicht aufgegangen zu sein und der Preis dieser Produkte musste deutlich gesenkt werden. Nichtsdestotrotz gelingt es bisherige Nikotinabstinente zum Probierkonsum und einen Teil zum Dauerkonsum (besonders junge erwachsene Frauen) zu animieren. Die langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen durch den Gebrauch der Tabakerhitzer sind auch hier aktuell noch nicht abzuschätzen. Es ist aber davon auszugehen, dass das Abhängigkeitspotential von Tabakerhitzern und konventionellen Zigaretten ähnlich sein wird.

POUCHES

Pouches sind aus Zellulose oder Kunststoff bestehende Beutel, die entweder Tabak (Snus) oder Nikotinsalze (Nikotinbeutel oder Nikotinpouches) enthalten. Snus wird hierzulande zunehmend populär, ist aber in der EU (Ausnahme: Schweden) im käuflichen Erwerb illegal. Bei Snus/ Nikotinbeutel wird Nikotin

oral aufgenommen indem die gefüllten Beutel unter der Ober- oder Unterlippe platziert werden und dort 15-30 Min. verbleiben. Da dabei Nikotin und weitere Schadstoffe resorbiert werden, mitunter in höheren Dosen als durch das herkömmliche Rauchen, besteht auch hier die Gefahr, eine Abhängigkeit von Nikotin und gesundheitliche Komplikationen (z.B. Zahnverlust) zu entwickeln.

Inhaliertes Nikotin, z.B. in Form von Zigarettenrauch oder Nikotindämpfen erreicht innerhalb von Sekunden das Gehirn. Bei einer Aufnahme von Niko-

tin über die Schleimhäute, wie dies bei Snus/Nikotinbeutel der Fall ist, dauert es etwas länger. Da eine Beziehung besteht zwischen der Zeit bis zum Wirkungseintritt und dem Suchtpotential, scheinen Snus/Nikotinbeutel in dieser Hinsicht ein etwas geringeres Suchtpotential zu haben im Vergleich zu (E-)Zigaretten. Es gilt aber zu beachten, dass Snus/Nikotinbeutel nahezu von anderen unbemerkt konsumiert werden kann, teilweise in hohen Nikotindosen und damit Präventionsmaßnahmen, wie sie für das Zigarettenrauchen, resp. in Bezug auf die E-Zigaretten mühsam eingerichtet wurden, hier oft nicht greifen. Dieser unreglementierte Konsum birgt also durchaus ein hohes Suchtpotential.

Eine konsequente Umsetzung der bestehenden Verbote und evtl. Ausweitung der Verbote auf weitere neuere Konsumformen von Nikotin ist durchaus sinnvoll, aber wird das Problem nicht gänzlich beseitigen können. Deshalb sollten v.a. die Vertreiber zur Verantwortung gezogen werden, da sie wissentlich ein Produkt bewerben und verkaufen (und damit Geld verdienen), dass Kinder und Jugendliche abhängig macht.

FAZIT:

Wir leben in einer Gesellschaft, in der die persönliche Freiheit als hohes Gut erachtet wird. Damit steht jedem ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Freiheit zu. Nicht vergessen sollten wir dabei aber die Verwundbarsten, die Kinder und die Jugendlichen. Sie unterliegen in erhöhtem Maß dem Einfluss der „Peers". Das war im Vorinternetzeitalter nicht anders als heute.

Allerdings geschieht dieser Austausch mit Gleichaltrigen online heutzutage global und nicht mehr regional. Damit sind die Einflüsse auf die Kinder und Jugendlichen vielfältiger und gleichzeitig erweitert das Internet die Zugangswege zu neuartigen Nikotinprodukten. Dadurch sind Kinder und Jugendlichen besonders anfällig gegenüber den ausgefeilten Umgarnungen der Nikotinindustrie. Dem können wir politisch einiges entgegenstellen, aber ein Nikotinverbot ist letztlich nicht erreichbar. Dieser Realität müssen wir uns stellen. Das bedeutet, dass wir Eltern und deren Kinder und die Jugendlichen altersgerecht über die Risiken des Nikotinkonsums aufklären sollten. Damit wird der Konsum nicht gestoppt, aber ein Bewusstsein geschaffen für die Gefahren, die von den neuen Formen des Nikotinkonsums ausgehen.

Kliniken sollten aufgrund der vorhandenen Expertise die „Gunst der Stunde" nutzen und die ihnen anvertrauten Patient*innen motivieren und unterstützen, sich mit dem eigenen Nikotinkonsum auseinander zu setzen. Zur Implementierung eines entsprechenden nachhaltigen Konzeptes existiert bereits ein Leitfaden vom „Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen" (DNRfK e.V.). Damit die Bemühungen über die rein idealistische Herangehensweise hinaus geht und verstetigt werden, sollten diese anerkannt und von den Kostenträger explizit honoriert werden.

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:

Sandra Fisch
s.fisch@salus-huerth.de
Tel. 02232-8081-823

oder

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

Vielen Dank
und viel Spaß beim Lesen!

NEURODIVERSITÄT UND AUTISMUS:
VIELFALT IM GEHIRN

ERFAHRUNGEN AUS DER SALUS KLINIK HÜRTH

I. Frege

Stellen Sie sich vor, Sie würden in der Stadt ein Gebäude suchen und Ihr Gegenüber nutzt keine Straßennamen, sondern beschreibt Ihnen, dass Sie bei der Polizei in Richtung Sonnenaufgang gehen sollen und an dem hohen roten Gebäude die Straße überqueren, um beim Pizzalieferdienst in die Gasse abzubiegen. Für die meisten von uns wäre es erstmal befremdlich, aber man würde auch zum gesuchten Gebäude kommen. Wenn Sie aber farbenblind wären, könnten Sie das rote Gebäude nicht erkennen und würden das Gebäude ggf. nicht finden. Wenn Sie aber Ihren Gegenüber fragen würden, ob es sich um die „Poststraße“ handelt, würde dieser wiederum nicht verstehen, welche Straße Sie meinen.

Wenn wir unser Gehirn als eine riesige Stadt mit unzähligen Straßen, Gebäuden und Verkehrsmitteln annehmen, dann ist für jeden von uns Menschen diese Stadt auf eine bestimmte Weise aufgebaut, allerdings sind manche mit einem ganz eigenen, einzigartigen Stadtplan unterwegs.

Menschen ohne Autismus können nichts dafür, dass sie sich nicht einfühlen und eindenken können in jemanden mit Autismus. Sie müssen es erst lernen. Genauso ist es aber auch umgekehrt: Autisten können auch nichts dafür, dass sie so sind, wie sie sind. Autisten müssen sich immer anstrengen, um ins System der größeren Menge der neurotypischen Gesellschaft „zu passen“. Diese gibt die Normen und den Verhaltenskodex vor.

Was ist Neurodiversität?

Der Begriff „Neurodiversität“ beschreibt die Annahme, dass neurobiologische Unterschiede als verschiedene menschliche Dispositionen wahrgenommen werden. Die neurologische Verschiedenheit wird als Ergebnis normaler genetischer Varianten gesehen. Zu diesen Varianten gehören u. a. Autismus, ADHS, Legasthenie oder Dyskalkulie. Somit sind sie keine „Störungen oder Erkrankungen“ im klassischen Sinne, sondern natürliche Variationen/ Varianten im menschlichen Gehirn. Das bedeutet aber auch, dass es für neurodivergente Menschen, eine große Herausforderung ist, in einer Gesellschaft zurecht zu kommen, die auf neurotypisches Erleben und Verhalten aufgebaut ist. Sie sind in einer Neuro-Minderheit.

Neurodiversität in der salus klinik Hürth, Fachklinik für Psychosomatik

Schon seit mehreren Jahren gibt es eine hohe Anzahl von ADHS Diagnosen bei den Rehabilitand*innen in der Psychosomatik. Nun sind zunehmend Rehabilitand*innen mit der Diagnose aus dem Autismus-Spektrum hinzugekommen. Im letzten halben Jahr haben wir 20 Prozent mit einer ADHS Diagnose und 10 Prozent mit einer Autismus Diagnose in unserem Haus behandelt. Die Menschen, die zu uns kommen, sind in verschiedenen Stadien der Psychoedukation.

Hier und heute möchte ich auf die Menschen mit einer Autismus Spektrum Diagnose eingehen. Auch hier finden sich Menschen, die schon seit vielen Jahrzehnten von der Diagnose wissen, aber auch Menschen, die mit einem Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) kommen oder erst seit kurzem von der Diagnose wissen (oft dadurch, dass bei ihren Kindern ein Autismus diagnostiziert wurde).

Ausgehend von dem Ansatz der Neurodiversität möchten wir Menschen aus dem Autismus-Spektrum als Neurominderheit behandeln, die Unterstützung bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Arbeitsleben bedürfen.

Autismus: Mehr als nur eine Diagnose

Autismus, auch Autismus-Spektrum-Störung (ASS) genannt, ist eine neurologische Entwicklungsstörung, die sich in verschiedenen Bereichen zeigt: Kommunikation, soziale Interaktion und Verhaltensweisen sind die Trias auf deren Basis eine Autismus-Diagnose vergeben wird. Das „Spektrum“ bedeutet, dass Autismus sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann – von Menschen, die kaum Unterstützung benötigen, bis zu solchen, die intensive Betreuung brauchen.

Der Autist Linus Mueller, M.A. schreibt: „Als Bezeichnung hätte ich einfach »Autismus« oder auch »Autismus-Spektrum« deutlich bevorzugt. Störung fügt inhaltlich nicht viel dazu, sondern sagt nur, dass nicht-autistische Menschen uns störend finden.“

Es wurden über 1.000 Gene identifiziert, die mit ASS in Verbindung stehen. Diese Gene spielen eine entscheidende Rolle in der Gehirnentwicklung und erklären die große Bandbreite an Symptomen und individuellen Unterschieden bei Menschen mit ASS. Ob es über Mutter oder Vater vererbt wird ist noch unklar. Man geht schätzungsweise von einer Heritabilität (Anteil der genetischen Faktoren an der Entstehung von Autismus) von etwa 70 – 80 Prozent aus.

Stärken und Herausforderungen

Autistische Menschen bringen oft beeindruckende Fähigkeiten mit: Ein außergewöhnliches Gedächtnis, kreative Denkweisen, künstlerische Begabungen, technisches Talent oder ein tiefes Verständnis für bestimmte Themen.

Gleichzeitig können Herausforderungen bestehen, etwa bei der sozialen Kommunikation, bei der Gruppentherapie oder bei der Verarbeitung von Reizen.

Für viele Autisten ist die Welt zu laut (wie durch ein Megaphon), sie ist zu hell, wie ohne Sonnenbrille in die Sonne schauen und die Kleidung fühlt sich kratzig und wie Schmirgelpapier auf der Haut an. Auch die Gerüche sind so, als ob man ständig in einer Parfümerie sei.

Autisten fällt es schwer soziale Kontexte und implizite Regeln zu erfassen. Routinen und Struktur geben hingegen Sicherheit und Stabilität.

Für uns als Klinik ist es wichtig, dass wir sensibel sind für das Erleben von Autisten, Verständnis zeigen und Barrieren abbauen, wo es möglich ist.

ASS in der Fachklinik für Psychosomatik Hürth

Als salus klinik haben wir uns intensiv mit Autismus-Spektrum-Störungen auseinandergesetzt, weitergebildet und qualifiziert.

Wie der Name schon sagt, handelt es sich um ein Spektrum und jeder Mensch aus dem Spektrum ist anders und braucht andere Therapien und Unterstützung.

Dabei sind wir keine stationäre Therapie für Autisten. Wir sind eine autismussensible Klinik und wissen, um die Problemfelder der Kommunikation, der sozialen Kompetenz und dass es Ritua-

EIN KLEINER BLICK IN DIE WELT DER AUTISTEN - BEISPIELE AUS UNSEREM ALLTAG

In der Facharztvisite sitzt mir eine Akademikerin gegenüber, die nicht weiß, wie sie es mit den Tabletten und dem Frühstück machen soll. Ich sage ihr, sie soll die Tabletten nach dem Frühstück holen. „Aber wann soll ich frühstücken?“, bricht es aus ihr heraus. Ich schlage vor, dass sie jeden Morgen um 7.30 Uhr frühstücken geht und sehe, wie ihr meine Ansage, die ersehnte notwendige Struktur gibt.

M. erklärt mir in der Visite, dass die Reha ihm nichts gebracht habe. Was interessiere ihn die Beziehungsproblematik seines Nachbarn. Er habe keine Beziehung, somit müsse er sich auch nicht mit dem Thema auseinandersetzten, dass sei Zeitverschwendung.

A. erklärt, sie könne hier nicht essen. So wie das Essen zusammengestellt sei, seien die Nährwerte nicht ausgewogen und es gäbe zu viele verschiedene Speisen (da es jeden Tag etwas anderes zu essen gibt). Wir einigen uns darauf, dass sie ihr Essen selbständig ergänzt.

D. klagt, dass er es nicht erträgt, wenn fremde Menschen (damit sind die Menschen der Hauswirtschaft gemeint) in seinem Zimmer Unordnung machen (Reinigung des Bodens). Das bedeute zusätzlichen Stress.

F. sagt: „Ich sage das, was ich denke und da steht nichts zwischen den Zeilen.“

le geben kann, beziehungsweise guter Strukturen bedarf.

Und trotzdem gehört die Gruppentherapie zum Rehabilitationskonzept. Dass Kommunikation schwerfällt, ist anzunehmen, soll aber im Haus in gemischten Gruppen geübt werden. Ebenso der Umgang mit Konflikten. Es gibt spezifische Gruppen für Menschen aus dem autistischen Spektrum, aber der überwiegende Teil der Therapie findet in Gruppen mit allen Symptomen und Syndromen statt.

Somit können und wollen wir keine „autismuskonforme“ Therapie anbieten, zumal die Menschen aus dem Spektrum mit verschiedenen Bedürfnissen zu uns kommen.

Wichtig ist, dass wir eine Rehabilitationseinrichtung bleiben, und somit dem Reha-Auftrag nachgehen. Da unsere Aufgabe dem Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dient, ist die Therapie darauf ausgerichtet. So wollen wir beispielsweise mit dem Rehabilitand*innen zusammen herausfinden, wie ein leidensgerechter Arbeitsplatz aussehen kann.

Deshalb haben wir auch bewusst kein gedämpftes Licht und auch keine Räumlichkeiten, die nur Stille vorsehen. Die Gruppen sind groß und die Angebote vielfältig.

Wir arbeiten mit den Menschen aus dem Autismus-Spektrum, wie sie mit (aus neurotypischer Sicht) normativen Situationen umgehen können und ggf. Hilfsmittel (zum Beispiel earbuds / Ohrstöpsel oder dunkle Brille / Kappe) nutzen können.

Eine Rehabilitation ist nur sinnvoll, wenn ein Rehabilitationsziel definiert werden kann. Da neurodiverse Menschen nicht per definitionem „krank“ sind, werden wir nicht versuchen sie zu „heilen“.

Es geht darum, sich eine bessere Lebensqualität zu erarbeiten, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und im Arbeitsleben zu stärken und dazu möchten wir unseren Teil betragen.

Warum Neurodiversität wichtig ist

Viele großartige Erfindungen und Kunstwerke sind das Ergebnis unterschiedlicher Denkweisen. Wenn wir die Stärken autistischer Menschen fördern, sie einen Lebensraum in unserer Gesellschaft finden und ihre Bedürfnisse respektiert sehen, profitieren wir alle – sowohl die Autisten wie auch die Gesellschaft, Wirtschaft und Kultur.

Vielen berühmte Menschen, wie z. B. Isaac Newton, Albert Einstein, Nikola Tesla, Ludwig van Beethoven, Vincent van Gogh werden autistische Züge nachgesagt.

Der berühmte Physiker Albert Einstein zeigte viele Verhaltensweisen, die auf Autismus hindeuten könnten, wie soziale Schwierigkeiten, eine starke Fokussierung auf seine Arbeit und ungewöhnliche Denkweisen.

Der Wissenschaftler Isaac Newton war bekannt für seine Einsamkeit, seine obsessive Beschäftigung mit seinen Studien und die soziale Zurückgezogenheit.

Der Künstler Andy Warhol gilt als einer der bedeutendsten Vertreter der Pop Art. Seine einsilbige Art und die Wiederholung alltäglicher Motive auf seinen Bildern deuten daraufhin, dass Warhol Autist gewesen sein könnte.

Ob sie wirklich Autisten waren, wissen wir nicht sicher. Die Einschätzungen basieren auf historischen Berichten und Analysen.

Temple Grandin wiederum ist eine lebende, bekannte Autistin, die selbst über ihre Erfahrungen spricht und durch ihre Arbeit in der Tierhaltung und als Wissenschaftlerin viel Bewusstsein für Autismus in den USA geschaffen hat.

Greta Thunberg, Dan Aykroyd, Sir Anthony Hopkins haben ebenfalls ihre Diagnose als Autisten publik gemacht und die Welt bewegt.

Sie alle sind ein lebendes Beispiel für die positiven Seiten der Neurodiversität.

Wie auch bei uns neurotypischen Menschen, sind nicht alle neurodiversen Menschen erfolgreich und berühmt, aber diese Beispiele sollen zeigen, dass viele Menschen mit außergewöhnlichen Fähigkeiten und Denkweisen möglicherweise autistische Züge hatten oder Autisten waren oder sind.

Indem wir die Vielfalt des menschlichen Denkens anerkennen, können wir vielleicht auch mehr Nischen und Verständnis für Menschen mit ASS schaffen, die aufgrund ihres kommunikativen und sozialen Anderssein doch noch sehr oft Ausgrenzung erleben.

Es ist wichtig, dass wir die Vielfalt der menschlichen Leben respektieren und nicht pathologisieren. Autismus ist kein einheitliches Bild. Und wie auch bei anderen Erkrankungen geht es darum mit den Folgen leben zu lernen und zwar gut Leben zu lernen.

BUCHTIPP

„Das Rosie-Projekt“ – Ein Einblick in die Welt eines autistischen Protagonisten

„Das Rosie-Projekt“ ist ein Roman des australischen Autors Graeme Simsion, der im Jahr 2013 veröffentlicht wurde. Die Geschichte dreht sich um Don Tillman, einen Professor für Genetik, der auf den ersten Blick sehr strukturiert, logisch und sozial etwas unbeholfen ist. Er hat strikte Routinen, Schwierigkeiten im sozialen Umgang und denkt sehr analytisch.

Inhalt und Handlung
Don beschließt, eine Partnerin zu finden, und entwickelt dafür das „Ehefrau-Projekt“, einen sechzehnseitigen Fragebogen, der auf wissenschaftlichen Kriterien basiert. Doch sein Plan wird durcheinandergebracht, als er Rosie begegnet, die ganz anders ist, als das, was er sich vorgestellt hat. Rosie ist impulsiv, unstrukturiert und lebt nach ihren eigenen Regeln. Trotz ihrer Unterschiede entwickelt sich zwischen den beiden eine ungewöhnliche Freundschaft und vielleicht sogar mehr.

Das Buch zeigt auf humorvolle Weise, wie Menschen mit autistischen Zügen die Welt erleben und wie sie trotz ihrer Unterschiede liebevolle Beziehungen aufbauen können.

ORGANISATION UND SELBSTMANAGEMENT

IN DER STATIONÄREN REHABILITATION DER SALUS KLINIK BAD NAUHEIM

S. Ott

Mit dem Begriff „Selbstmanagement“ wird allgemein die Kompetenz beschrieben, die persönliche Entwicklung weitestgehend unabhängig von äußeren Einflüssen zu gestalten. Hinzu kommen Teilkompetenzen wie zum Beispiel selbständige Motivation, Zielsetzung, Planung, Zeitmanagement, Organisation und Lernfähigkeit.

In der stationären medizinischen Rehabilitation verstehen wir unter Selbstmanagement-Therapie, Rehabilitand*innen dabei zu unterstützen, ihr Leben wieder ohne therapeutische Hilfe zu gestalten. Die Rehabilitation stellt in diesem Verständnis einen zeitlich begrenzten Lernprozess dar, in dessen Verlauf Personen befähigt werden, ihr reales Leben mit ihren Wünschen und Zielen weitestgehend in Einklang zu bringen. Da dieser Prozess des "In-Einklang-Bringens" im menschlichen Leben nie beendet ist, bemisst sich der Erfolg unserer Therapie unter anderem daran, ob es gelingt, unseren Rehabilitand*innen solche Selbststeuerungsfähigkeiten zu vermitteln, die diese nach Ende der formellen Therapie auch ohne weitere therapeutische Unterstützung nutzen und umsetzen können. Im Kern zielt unsere Behandlung also darauf ab, Rehabilitation und Therapeut*innen langfristig wieder überflüssig zu machen.

Die Gruppentherapie in der Bezugsgruppe stellt für diesen Prozess einen zentralen Behandlungsbaustein dar. In der stationären Entwöhnungsbehandlung werden die Rehabilitand*innen festen Bezugsgruppen zugeteilt, die jeweils von einem*r zuständigen Bezugstherapeut*in und einem*r Bezugsarzt/-ärztin betreut werden. Die Bezugsgruppen treffen sich während der gesamten Behandlung drei Mal pro Woche für jeweils 90 Minuten. Mit Unterstützung der Bezugstherapeut*innen werden die Teilnehmer*innen dazu angeleitet und motiviert, sich mit ihren individuellen Schwierigkeiten eigenverantwortlich auseinanderzusetzen, persönliche Ziele zu fokussieren und individuelle Lösungen zu erarbeiten.

Als eine besondere Form der Bezugsgruppe fungiert die GOS (Gruppe Selbstorganisation und Selbstmanagement) während der stationären Behandlung als eine Art Selbsthilfegruppe zur Stärkung der Selbstverantwortung während der Entwöhnungsbehandlung. Die Mitglieder einer Bezugsgruppe treffen sich zu den im Behandlungsplan festgelegten Abendterminen ohne Therapeut*in. Dabei besprechen sie spezifische Themen zur Vertiefung des Problembewusstseins, zur Förderung der Selbstakzeptanz und zur Verbesserung der Mitwirkung an der Behandlung. Darüber hinaus planen sie gemeinsame Freizeitaktivitäten und motivieren sich gegenseitig. Dadurch sollen die Kohäsion und das „Wir-Gefühl“ gestärkt werden, ebenso wie die Offenheit und das Vertrauen, dass eigene Anliegen respektvoll behandelt werden.

Zudem soll die Überzeugung von der Unterstützung durch die Bezugsgruppe gefestigt und die Bereitschaft gefördert werden, sich auf Neues einzulassen. Im Rahmen der GOS der Bezugsgruppe 4a ist dann auch zu Beginn dieses Jahres eine ganz besondere Aktion entstanden, die für viel positive Resonanz für die verantwortlichen Rehabilitand*innen und die gesamte Klinik sorgte.

INTERVIEW MIT EINER REHABILITANDIN

Ott: Wie haben Sie ihre Rehabilitationszeit in Bad Nauheim erlebt?

Agnes: Was ich schon betonen kann, was besonders gut war, ist das System mit dem Paten. Der kam auch aus Oberbayern. Es ist einfach ein schönes Ankommen gewesen, weil man sofort einen Ansprechpartner hat und klar, das Haus ist groß aber irgendwie war es dann auch gleich erschlossen und auch die ganzen Abläufe und wie man hier zurechtkommt. Innerhalb von ein paar Tagen habe ich mir das angeeignet und hab mich dann auch quasi schon Zuhause gefühlt. Die Gruppenmitglieder lernt man dann auch so nach und nach kennen und ich war schneller eingebunden als ich eigentlich gedacht habe. Aber das merke ich auch jetzt wie ich auf neue Patienten zugehe, wie das so eine Selbstverständlichkeit ist, wie man sie mitnimmt, einbindet und aufeinander aufpasst. Das war damals neu für mich und jetzt ist es selbstverständlich. Und das ist immer wieder schön, dass man das dann so weitergibt hier im Haus.

Ott: Was waren die Behandlungsangebote aus denen Sie am meisten für sich rausziehen konnten? Was hat Ihnen besonders geholfen? Wo konnten Sie am meisten profitieren?

Agnes: Ich bin mittlerweile ein absoluter Fan von Gruppentherapien. Am Anfang schaut man schon eher drauf 1x in der Woche hast du ein Einzel, das hatte eben eine besondere Gewichtung. Aber im Laufe der Wochen habe ich gemerkt, dass in den Gruppentherapien 100-mal mehr passiert (lacht) und ich die Einzel eher dafür nutzen konnte zu reflektieren, was eigentlich in so einer ganzen Woche mit mir passiert ist.
Es gab einzelne Indikationsgruppen, die könnte ich jetzt schon benennen, da habe ich wirklich sehr viel herausgezogen. Das war das Konfliktmanagement, wo ich im Vorhinein gar nicht so die Vorstellung hatte was man da so macht. Aber ich habe mich sofort nachtragen lassen, weil es einfach ultraspannend ist hinzuschauen, woher eigentlich die Konflikte rühren und es immer zurückgebrochen werden kann auf die eigenen Grundbedürfnisse und die eigenen Verhaltensmuster, die man sich angelegt hat. Das ist wahnsinnig spannend auch bei anderen damit hinzuschauen. Dass die Patienten untereinander wirklich oft die besten Ratgeber sind, dass der Therapeut oftmals eher die Rolle des Moderators einnimmt.

Ott: Gab es für Sie in den 17 Wochen besondere Erlebnisse, besondere Erfahrungen in der Zeit der Rehabilitation?

Agnes: Die mit prägendste Erfahrung war Weihnachten. Da war ich erst ein paar Wochen hier, und es war ein sehr langer Tag, ein wahnsinnig schöner Tag, aber sehr anstrengend. Das war ein Tag der mich sonst überfordert hätte und ich bin auch etwas an die Grenze gekommen, ich hatte zu diesem Zeitpunkt noch Sozialphobien oder einfach Probleme damit länger unter Menschen zu sein. Das war dann der erste Tag wo ich gemerkt habe, oh ich fang schon etwas zu zittern an. Aber nein ich kann es zulassen und dann waren wir noch auf einem Konzert. Wir sind sogar erst auf 23:00 Uhr zurückgekommen und dann war das der erste Tag, wo ich mir dachte wow, das hast du jetzt geschafft. Oder es ist jetzt nicht so schlimm gewesen, dass du da kurz gezittert hast, du kannst jetzt einfach so sein wie du bist, das erproben, austesten, üben was du lernst. Und so ging es dann weiter, dass ich den Mut gefunden habe diese Hürden dann immer wieder zu überspringen.
Kurzum gesagt hatte ich hier die Möglichkeit wieder ich selbst zu werden. Weil hier einfach sehr viele gute Therapeuten sind, die da mit mir genau hingeschaut haben und mich ermutigt haben. Auch von Patienten, die mich ermutigt haben mich auch in die Richtung geschubst haben Dinge auch wieder anzugehen, zu machen. Das ist ja auch das Motto der Klinik: Es gibt nichts Gutes, außer man tut es. Das ist mit das größte Aha-Erlebnis, dass ich mich wieder getraut habe Dinge anzugehen.

Ott: Welche Aufgaben haben Sie als Gruppensprecherin übernommen und was bedeutet diese Rolle im alltäglichen Geschehen hier in der Klinik?

Agnes: Die ganz konkreten Aufgaben, die mir gesagt wurden sind eben, dass man bei der GOS (Gruppe Organisation und Selbstmanagement) das Ganze leitet. Man führt da das Protokoll, man leitet schon dazu an, die Dinge zu besprechen. Also ich bin mir schon fast bisschen wie eine Ersatz-Therapeutin vorgekommen. Aber das kommt schon auf die Gruppe an, das kann schon in jeder Gruppe anders sein. Und dass

man ins Forum (Treffen aller Gruppensprecher mit Psychologischem Leiter) geht und dass man Informationen aus dem Forum wieder in die Gruppe trägt und Anliegen aus der Gruppe ins Forum trägt. Aber letztendlich ist man schon der Ansprechpartner für vieles geworden. Und Dinge, wo wir dann die s.A.M. (salus Aktivitäten Management) gemacht haben, da wusste ich schon, dass es einfach gut ist, wenn das ganze einer koordiniert und das Ganze in die Hand nimmt. Das habe ich dann eben gemacht und die Aufgaben und die Verantwortung verteilt.

Ott: Wie haben Sie diese Aufgabe für sich erlebt?

Agnes: Es war eine gute Übung für mich wieder Verantwortung zu übernehmen, und das auch gerne zu machen. Also ich habe das nie als Belastung empfunden oder als zusätzliche Arbeit, die man machen muss. Sondern, dass es ein Lernfeld für mich ist und ich glaube für fast jeden, der diese Rolle oder Aufgabe übernimmt. Das ist ein Lernfeld das man ergreifen kann. Das ist eher eine Gelegenheit als zusätzliche Arbeit.

Ott: Was hat das oben genannte Gremium Forum für Sie als Patientin für eine Funktion?

Agnes: Das Forum ermöglicht wirklich jedem Patienten eine Stimme zu geben. Was manchmal etwas anstrengend sein kann (lacht), wenn die Gruppensprecher nicht abwägen, ob das wirklich relevant ist das Ganze ins Forum hineinzutragen. Aber das ist ein Procedere, das wird sich noch hunderttausendmal wiederholen, weil es immer wieder neue Gruppensprecher gibt und neue Patienten gibt. Man bekommt die Möglichkeit auch was zum Klinikalltag und zur Gestaltung beitragen zu können. Und auch wiederum aus erster Hand Rückmeldung zu bekommen, was möglich ist. Es löst viele Dinge. Es ist gut das es wöchentlich ist, weil sonst einige ihre Ärgernisse lang mit sich herumtragen würden. Dass es Raum und Luft bekommt, dass sie es einfach mal weitergeben können. Und das trägt ganz viel zu der guten Atmosphäre hier in der Klinik bei. Wenn das nicht wäre könnte ich mir auch vorstellen, dass manchmal auch so etwas wie Groll entsteht. Wenn man das Gefühl hat, man wird nicht wahrgenommen. Es fördert gegenseitiges Verständnis.

Ott: Was konnten Sie aus der s.A.M. Aktivität „Sauberhafte Usa" für sich persönlich gewinnen? Welche Erfahrungen nehmen Sie aus der Organisation dieser Aktivität für sich mit?

Agnes: Absolute Selbstwirksamkeitserfahrung. Wir hatten die Idee, es war eine ganz schöne Dynamik drin. Weil der eine die Idee hatte wie wir das Plakat gestalten, der andere wie wir das vom Ablauf her machen. Oder dass er noch Handschuhe besorgt. Ich hatte die Idee die Stadt Bad Nauheim miteinzubinden. Das war dann eine Sache, die auf gegenseitige Sympathie gestoßen ist, dass man so etwas macht und dass dann die Klinik mit der Stadt in Kontakt kam. Wir hatten einfach viel Spaß dabei. Dass das dann so ein Ding wurde und wir das wirklich so organisiert haben mit den Bereichen, die von der Stadt gewünscht waren und wir dann eine relativ große Gruppe wurden. Und wirklich von jedem Einzelnen ein schönes Feedback kam. Der nächste hatte noch die Idee mit den Lunchpaketen. Jeder hat dazu beigetragen, dass es eine schöne runde Sache wurde. Und auch die Teilnehmer waren total begeistert und haben mich wochenlang nach einer Wiederholung gefragt.

Ott: Und wie hat sich diese Aktion auf Ihr Wohlbefinden ausgewirkt?

Agnes: Das führt wieder zu mehr Selbstbewusstsein. Da war etwas Stolz dabei. Jeder von uns ist danach etwas aufrechter gegangen. Ein gutes Gefühl und eine Erkenntnis, dass man wieder Gutes bewirken kann und das über sich selbst hinaus.

Ott: Selbstmanagement und Eigenverantwortung in der Entwöhnung. Wo gab es weitere Punkte in Ihrer Behandlungszeit? Wo war der Ansatz für Sie noch erlebbar?

Agnes: Wenn ich bei neueren Patienten mitbekomme, dass sie sich überfordert oder ungesehen fühlen in der Therapie. Wo ich aber eher, wie jetzt zu schmunzeln anfange, weil ich verstanden habe, dass die Therapeuten darauf aus sind, dass die Rehabilitanden selbst ins handeln kommen oder selber verstehen sollen worum es geht und ihnen mit Absicht nicht der Weg genau vorgezeichnet wird, den sie gehen sollten. Sondern es selbst herausfinden dürfen.

Ott: Ist das für Sie stimmig?

Agnes: Für mich ist das absolut stimmig. Man wächst mit seinen Aufgaben. Und eine stückweite Irritation schadet dabei auch nicht, weil dann der Aha-Effekt umso größer ist. Über manche Dinge darf man auch schon nachdenken und grübeln und sich auch mal ärgern, weil dann der Weg dorthin oder die Lösung zu finden umso schöner ist. Es ist schön zu merken, oh mein Gott ich habe das jetzt selbst geschafft. Ich habe es ja dann alles selbst gemacht. Bei mir war es auch so. Eine Abhängigkeitserkrankung führt einfach dazu, dass man vieles vermeidet und Dinge verdrängt und ihnen aus dem Weg geht. Und dann wieder dahin zu kommen, dass man das Leben selbst in der Hand hat und diese Dinge selbst bewirkt. Das ist einfach ein wahnsinnig schönes Gefühl, das kann ich nur immer wieder betonen.

Ott: Was bedeutet das nun für die Zeit nach der stationären Rehabilitation?

Agnes: Dass ich mich zum einen wieder unabhängig fühle aber mit dem Wissen, dass ich die Dinge nicht immer alleine bewältigen muss. Dass ich gelernt habe mit den Dingen besser umzugehen und mir dazu aber auch wieder Menschen in mein Leben einlade die mich dabei begleiten. Und dass ich jetzt zu Beginn auch noch professionelle Hilfe dabei in Anspruch nehme.

Ott: Jetzt steht in der kommenden Woche Ihr letzter Tag in Bad Nauheim bevor. Welche Gedanken kommen da? Welche Erinnerungen nehmen Sie mit?

Agnes: Ich werde es sehr vermissen. Viele schöne Erinnerungen. Am Sonntag habe ich hier in Friedberg beim Wintersteinlauf mitgemacht. Ich habe mich also auch den regionalen Aktivitäten angeschlossen. Ich war des Öfteren am Winterstein oben. Da bin ich häufiger hingewandert, zum Teil um 07:00 Uhr morgens im Dunklen los gelaufen bei Frost. Ich werde tatsächlich auch nochmal in die Kirche gehen denn das ist in Gauting schon wiedergekommen. Aber auch hier. Ich bin dazu gekommen die Kirche wieder für mich zu entdecken. Dass es mir wieder etwas gibt. Aber natürlich auch einzelne Therapeuten, bei denen ich mich bedanken will.

*MÜLLSAMMELAKTION DER REHABILITAND*INNEN DER SALUS KLINIKEN BAD NAUHEIM KOMMT GUT AN*

27 Rehabilitand*innen der salus kliniken Bad Nauheim haben am Samstag den 15. Februar 2025 eine Aktion „Sauberhafte Usa" durchgeführt. Diese selbstorganisierte Müllsammelaktion von Rehabilitand*innen hat sich bei den Verantwortlichen der Stadt Bad Nauheim schnell herumgesprochen. So kamen zu diesem Anlass Bürgermeister Kreß, der Stadtverordnetenvorsteher Oliver von Massow und weitere Verantwortliche der Stadt Bad Nauheim in die salus kliniken Bad Nauheim, um den beteiligten Rehabilitand*innen für ihr Engagement zu danken.

Die Teilnehmer*innen zogen in 3 Sammeltrupps los, um von der Stadt ausgewiesene Grünflächen von Müll zu befreien. „Wir sammeln mit Euch Müll und Unrat, um unsere Natur und das Tierreich zu schützen." war auf dem selbstgestalteten Aushang in der Klinik zu lesen, mit dem die Initiatoren bei allen Rehabilitand*innen der Klinik für die Teilnahme warben. „In der GOS ist die Idee für unsere Aktion geboren", schildert die Gruppensprecherin der Bezugsgruppe 4 a. Eine erfüllende Freizeitgestaltung ist bei der Behandlung ein wichtiger Baustein, der dazu beitragen soll langfristig stabil die Herausforderung im Alltag zu meistern.

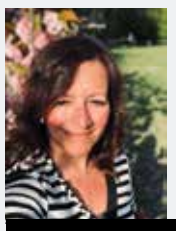
Nicht nur die Vertreter*innen der Stadt Bad Nauheim, auch der Klinikdirektor Dr. Kramer ist begeistert von dem Selbstmanagement der Rehabilitand*innen. „Wir überlegen uns, ob eine solche Aktion regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Stadt Bad Nauheim durchgeführt werden kann" äußert der Klinikdirektor gegenüber den Verantwortlichen der Stadt und den beteiligten Rehabilitand*innen. Bereits am 28. März wurde erneut von Rehabilitand*innen der salus kliniken Bad Nauheim an diese tolle Aktion angeknüpft und erneut das Ufer der Usa von Müll befreit.

Die sinnvolle und eigenverantwortliche Planung der therapiefreien Zeiten im Rahmen der bestehenden Absprachen und Regeln ist ein integraler Bestandteil der Rehabilitation und gleichzeitig ein wichtiger Baustein einer abstinenten Lebensführung. Hierbei können die Rehabilitand*innen erleben, wie sich die aktive Gestaltung der Freizeit auf sie positiv auswirkt. In den salus kliniken Bad Nauheim besteht die Möglichkeit, aus einem vielseitigen Freizeitangebot auszuwählen und dieses mit den eigenen geplanten Aktivitäten zu kombinieren. Sofern es den Therapieerfolg unterstützt, können auch in der Freizeit Therapieaufgaben durchgeführt werden. Außerhalb der Klinik bietet Bad Nauheim vielfältige Möglichkeiten zur selbstorganisierten Freizeitgestaltung und der Erprobung der eigenen Kompetenzen.

MEHR ALS AUFKLÄRUNG:

DIE ROLLE DER SEXUALBERATUNG IN DER SUCHTREHABILITATION

IN DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL



A. Peykan

Bereits vor einem Jahrzehnt erkannte die salus klinik Castrop-Rauxel, dass die Themen Beziehung und Sexualität integraler Bestandteil der Rehabilitation junger Erwachsener sein sollten. Infolgedessen absolvierte ich zunächst eine Ausbildung zur Sexualpädagogin. Im Laufe der Zeit zeigte sich jedoch, dass der Beratungsbedarf weit über eine rein pädagogische Aufklärung hinausging. Um den Rehabilitand*innen in der salus klinik Castrop-Rauxel fundiertere Unterstützung bieten zu können, schloss ich daher eine weiterführende Ausbildung zur Sexualberaterin ab.

Die Arbeit als Sexualberaterin im Kontext der Rehabilitation von Menschen mit illegalem Substanzkonsum stellt eine besondere Herausforderung dar. Sexualität und Suchtverhalten sind sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene eng miteinander verknüpft.

Aktuelle Studien verdeutlichen die Bedeutung einer integrativen Sexualberatung innerhalb der Suchttherapie. Die GESID-Studie ("Gesundheit und Sexualität in Deutschland") liefert fundierte Erkenntnisse über das Sexualverhalten in der deutschen Bevölkerung und beleuchtet zentrale Herausforderungen im Bereich der sexuellen Gesundheit. Insbesondere bei suchtkranken Menschen zeigt sich, dass Drogenkonsum häufig mit riskantem Sexualverhalten korreliert, was sowohl psychische als auch physische Gesundheitsrisiken birgt. Viele Betroffene berichten zudem von einer problematischen Sexualitätsentwicklung, die im therapeutischen Prozess Berücksichtigung finden sollte.

Die SubSex-Studie, die sich explizit mit der Wechselwirkung von Substanzkonsum und Sexualität befasst, bestätigt, dass Menschen mit illegalem Drogenkonsum häufiger sexuelle Funktionsstörungen, ein vermindertes Selbstwertgefühl im Hinblick auf ihre Sexualität sowie Schwierigkeiten in intimen Beziehungen erleben. Besonders der Konsum von Kokain, Amphetaminen oder Opiaten wird mit Libidoverlust, erektiler Dysfunktion oder Anorgasmie in Verbindung gebracht. Gleichzeitig berichten Rehabilitand*innen über eine subjektiv intensivierte Wahrnehmung der Sexualität unter Drogeneinfluss, was das Risiko für riskante sexuelle Praktiken weiter erhöht.

Diese Erkenntnisse unterstreichen die Relevanz einer Sexualberatung innerhalb der Suchtrehabilitation. Ein sexualberaterischer Ansatz geht über die bloße Aufklärung über sexuell übertragbare Infektionen oder Verhütung hinaus. Er umfasst vielmehr eine ganzheitliche Betrachtung der individuellen Sexualitätsentwicklung der Rehabilitand*innen. Viele Betroffene haben in der Vergangenheit traumatische sexuelle Erfahrungen gemacht oder nutzen Substanzen gezielt zur Enthemmung und zur Ermöglichung von Nähe. In der Beratung werden daher Themen wie sexuelle Selbstbestimmung, gesunde Beziehungsführung und alternative Formen der Luststeigerung ohne Substanzkonsum behandelt.

Mit der Einführung des ICD-11 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich wesentliche Änderungen in der Diagnostik psychischer und sexueller Störungen ergeben. Im Bereich der Sexualmedizin ist insbesondere die Entpathologisierung verschiedener Paraphilien sowie der transidenten Identität hervorzuheben. Während im ICD-10 beispielsweise Transsexualismus noch als psychische Störung klassifiziert wurde, wird im ICD-11 die Geschlechtsinkongruenz nun als Zustand im Bereich der sexuellen Gesundheit geführt, um Stigmatisierung entgegenzuwirken. Zudem wurde mit dem ICD-11 die Kategorie der "Zwanghaften Sexualverhaltensstörung" (Compulsive Sexual Behavior Disorder, CSBD) eingeführt,

die häufig in Zusammenhang mit Substanzgebrauchsstörungen und problematischem Pornographiekonsum steht. Die Pornographienutzungsstörung wird zunehmend als klinisch relevantes Phänomen diskutiert, insbesondere im Hinblick auf negative Auswirkungen auf das psychosexuelle Erleben und das Sozialverhalten. Eine frühe und übermäßige Nutzung pornographischer Inhalte kann sich beispielsweise negativ auf die Fähigkeit zur sexuellen Intimität auswirken und problematische Erwartungshaltungen an Sexualität verstärken. Besonders junge Rehabilitanden, die schon früh täglich Pornographie konsumieren zeigen in der Praxis deutliche Defizite bezüglich Beziehungsanbahnungen und dem Ausleben realer und befriedigender Sexualität. In der Rehabilitation ist es daher essenziell, diesen Aspekt in die therapeutische Arbeit zu integrieren und Betroffenen Strategien zur gesunden Sexualitätsentwicklung anzubieten.

Im Jahr 2022 und 2023 wurde in unserer Klinik mehrfach das Konzept Salus in Love erprobt, bei dem ein externer Sexualpädagoge mit den Rehabilitanden arbeitete. Die durchweg positiven Rückmeldungen bestätigten den Bedarf an einer begleitenden Sexualberatung. Aus diesem Grund entschied ich mich, meine Ausbildung zur Sexualberaterin fortzusetzen, um dieses essenzielle Thema langfristig in die Rehabilitationsarbeit zu integrieren.

Die Implementierung einer Sexualberatung in der Suchtrehabilitation trägt dazu bei, die Lebensqualität der Rehabilitand*innen zu verbessern. Eine wertfreie, professionelle Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglicht es Betroffenen, ihre Sexualität anders als in Konsumzeiten zu erfahren und auf gesündere Weise in ihr Leben zu integrieren – unabhängig von ihrem früheren Substanzkonsum.

Die Forschungsergebnisse der GESID- und SubSex-Studien sowie die neuen diagnostischen Entwicklungen im ICD-11 unterstreichen die Relevanz dieses integrativen Ansatzes und die Notwendigkeit, Sexualität als festen Bestandteil der Suchttherapie zu etablieren.

GAT - lohnt sich das?

DAS GANZTÄGIG AMBULANTE BEHANDLUNGSANGEBOT IN DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL

I. Jesper

Die salus klinik Castrop-Rauxel bietet neben stationären auch ganztägig ambulante Therapieplätze (GAT) an. Hier werden Rehabilitand*innen behandelt, die eine über die Reha-Fähigkeit hinausgehende ausreichende Belastbarkeit und Mobilität mitbringen. Zudem ist diese Behandlungsform als Übergangsphase sinnvoll, wenn nach ausreichender Stabilisierung während der stationären Entwöhnung die letzte Behandlungsphase stattfindet.
Zu erörtern ist wann eine über die Reha-Fähigkeit hinausgehende Belastbarkeit vorhanden ist? Bisher gibt es dazu Beispiele und Auflistungen, jedoch keine klare kategoriale Festlegung. In der Praxis sind die Gründe für die beantragte ganztägig ambulante Behandlungsform häufig ohnehin andere: ein zu betreuendes Haustier, zu betreuende Kinder oder negative Erfahrungen aus stationären Vorbehandlungen. Dies sind nachvollziehbare und vordergründig gute Gründe für eine GAT-Behandlung, allerdings kein Hinweis auf eine höhere Belastbarkeit der Rehabilitand*innen. Eventuelle sogar Hinweise auf eine höhere Belastung des Umfeldes.

Wir führen daher ein Vorgspräch mit den zukünftigen GAT-Rehabilitand*innen, um über die Rahmenbedingungen aufzuklären und die Gründe hinter der Behandlungsanfrage besser zu verstehen. Dennoch kommt es vermehrt zu Nichtantritten oder Behandlungsabbrüchen bei Kostenzusagen für GAT. Woran liegt das?
Die GAT-Behandlung erfordert einen funktionierenden Tag-Nacht-Rhythmus, der bei der stationären Behandlung häufig zunächst im Rahmen der Therapie aufgebaut wird oder durch andere Rehabilitand*innenen aktiv unterstützt wird. Die pünktliche Abgabe von drei Abstinenznachweisen in der Woche ist ebenfalls für viele zu Behandlungsbeginn eine Herausforderung. Die größte Hürde erscheint jedoch die soziale Integration in die Klinikgemeinschaft, da die Gespräche zum Feierabend und die Teilnahme an Freizeitangeboten fehlen.

Meist empfehlen wir daher, mit einer stationären Behandlungsphase in unserem Hause zu beginnen, gerade wenn die Gründe für eine ganztägig ambulante Rehabilitation nicht die stabilen Rahmenbedingungen sondern externe, zusätzliche Faktoren sind.
Im Behandlungsverlauf kann dann gemeinsam entschieden werden, wann der Zeitpunkt für einen Wechsel in eine ganztägig ambulante Behandlungsform sinnvoll ist. In diesem Fall stellen wir als Behandler einen Antrag beim zuständigen Kostenträger für einen Wechsel von stationärer Behandlung in GAT im eigenen Hause. Die Bewilligung erhalten wir leider nach sehr unterschiedlichen Zeitspannen. Mal nach 3 Tagen, mal auch erst nach 4 Wochen. Wechselt der/die Rehabilitand*in dann in die ganztägig ambulante Behandlungsform verbleibt er/sie in seiner Bezugsgruppe und nimmt auch am übrigen Therapieprogramm weiterhin teil. Häufig wird schon kurz nach dem Wechsel deutlich, wo zukünftig die Schwierigkeiten im Bereich der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe liegen. Vermeidungs- und Rückzugstendenzen, die im stationären Setting kaum eine Chance hatten, werden aktiviert. Es kommt zu Krankmeldungen, Verspätungen, Unklarheiten oder fehlenden Absprachen. Die Rehabilitand*innen stehen im Spannungsfeld zwischen einerseits dem Wunsch, wieder aktiver Teil des sozialen Umfeldes zu sein, und andererseits den Anforderungen durch die Behandlung und der Abstinenzorientierung. Dieses Spannungsfeld kann besonders in der Entlassungsphase zur Festigung der Strategien aus der Rückfallprävention genutzt werden. Im Idealfall kommt es dann nach einigen Wochen GAT zu einer Vermittlung in eine ambulante Nachsorge. Die letzte Herausforderung für uns Behandler*innen besteht darin, die Anforderungen der KTL-Leistungen innerhalb weniger Wochen ganztägig ambulanter Entlassungsphase zu erfüllen, da diese unabhängig von den Therapieangeboten der stationären Behandlung ausgewertet werden.

In der Gesamtbetrachtung wünschen wir uns einen Abbau der formalen Hürden. Beispielsweise könnte die Umwidmung von stationärer in ganztägig ambulanter Behandlungsform ohne Antrag oder Warten auf eine Kostenzusage geschehen. Die Bewilligungen könnten zum einen flexibel für GAT oder stationär einsetzbar sein, ohne bei einer Veränderung einen vollständig neuen Antrag stellen zu müssen. Zum anderen könnte die Wertung der KTL-Leistungen einmalig über den gesamten Behandlungszeitraum ausreichen. Eine solche Flexibilisierung wird die Anzahl ganztägig ambulanter Behandlungstage in jedem Fall erhöhen.

Durch die vermehrten Anträge und/oder Umschreibungen beinhaltet unser Vorgehen einen deutlichen Mehraufwand für die Vermittler*innen, die Rehabilitand*innen, die Kostenträger und uns Behandler*innen. Dennoch erscheinen die Vorteile der ganztägig ambulanten Behandlungsform unersetzbar:

- Die Hilfen erreichen Betroffene, die sonst keine Hilfe erhalten würden.
- Ein weicherer Übergang aus der stationären Behandlung in den Alltag zurück ist riskant und arbeitsintensiv, aber sinnvoll.

HOW TO GET AWAY WITH RELAPSE

VOM UMGANG MIT RÜCKFÄLLEN IN DER THERAPIE DER SALUS KLINIK FRIEDBERG

C. Muhl

„Arbeiten Sie mit Rückfällen?“, ist eine der am häufigsten gestellten Fragen, wenn ich zu Informationsgesprächen in Entgiftungsstationen oder Drogenberatungsstellen eingeladen werde. Meine Antwort darauf lautet dann immer: „Grundsätzlich ja, aber…“, gefolgt von einem mehrminütigen Monolog, in dem ich lang und breit erkläre, unter welchen Umständen eine Weiterbehandlung in unserer Klinik erfolgt und welche Gründe für eine vorzeitige Beendigung der Therapie sprechen. Das Interesse ist verständlich, denn obwohl gerade die stationäre Suchtrehabilitation darauf ausgerichtet ist, dass Risiko von Rückfällen während der Behandlung so gering wie möglich zu halten, zeigt sich in der Realität, dass es sich niemals ganz ausschließen lässt.
Die Krux der Suchtbehandlung war schon immer, dass die angestrebte Abstinenzfähigkeit sowohl Ziel ist, aber auch durch das Konsumverbot während der Therapie ein Stück weit vorausgesetzt wird. Diese Problematik zeigt sich im Umgang mit Rückfällen während der Rehabilitation.

Ein Rückfall während der Behandlung löst in der Regel dieselben emotionalen Reaktionen aus, wie jeder Rückfall. Auf Seiten der Rehabilitand*innen sind dies vor allem Scham, Enttäuschung und Angst vor negativen Konsequenzen. Aber auch die Behandelnden können sich oft nicht ganz frei machen von Gefühlen, wie Enttäuschung oder auch Ärger und vor allem dem sich einstellenden Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Abstinenzvorsatzes. Dies dürfte als emotionale Reaktion ziemlich genau dem entsprechen, was die meisten Rückfälligen durch ihr cleanes soziales Umfeld in einer solchen Situation schon erlebt haben dürften. Dass dies nicht die günstigsten Voraussetzungen für einen offenen Umgang mit dem Rückfall sind, ist offensichtlich.
Um nun mit den rückfälligen Rehabilitand*innen ins Gespräch zu kommen, setzen wir auch hier etwas voraussetzen, was meist erst im Laufe der Behandlung entsteht. Nämlich das Vertrauen, dass wir uns in der therapeutischen Bearbeitung anders mit dem Rückfallgeschehen und seiner psychischen Dynamik auseinandersetzen, als dies im oft überforderten sozialen Umfeld der Rehabilitand*innen der Fall ist.

RÜCKFALL, UND NU?

Ehrlichkeit ist im Umgang mit einem Rückfallgeschehen von großer Bedeutung. Damit ist zum einen die Ehrlichkeit zu sich selbst gemeint, einen Rückfall nicht zu bagatellisieren und quasi „unter den Tisch fallen zu lassen“, aber auch nicht diesen zu überhöhen und als Beweis zu verstehen, dass Abstinenz unerreichbar ist. Zum anderen aber ist die Ehrlichkeit gegenüber den Behandelnden von besonderer Wichtigkeit. Denn der Rückfall ist ja ein Hinweis darauf, dass die Abstinenzfähigkeit noch nicht in jeder Situation ausreichend ausgebildet wurde und es dementsprechend therapeutischer Hilfe bedarf, um zukünftige Wiederholungen zu verhindern. Das „Aufmachen“ des Rückfalls von sich aus, ist dabei ein Beleg dafür, sich mit diesem auseinandersetzen zu wollen und sich für seine Abstinenz einzusetzen. Entscheidend für die konstruktive Bearbeitung ist vor allem die authentische Selbstmitteilung und Schilderung des Rückfallereignisses und der vorhergehenden Bedingungen. Eine sozial erwünschte Darstellung zur Vermeidung vermeintlich negativer Folgen ist natürlich nicht hilfreich, um passende therapeutische Interventionen folgen zu lassen und effektiv helfen zu können. Wichtig für die Rehabilitand*innen ist die Bereitschaft der Behandelnden zur unvoreingenommenen Auseinandersetzung mit dem Rückfallgeschehen. Allerdings kommt diese Unvoreingenommenheit nicht einer Absolution gleich, sondern bedeutet zunächst eine wichtige Voraussetzung für den Einstieg in die Aufarbeitung des Rückfalls.

DIE „51%-REGEL“

Im folgenden Abschnitt soll es um das von mir anfangs erwähnte „aber“ gehen, wenn ich davon spreche, dass wir in der Klinik mit Rückfällen arbeiten. Ich drücke das dann immer folgendermaßen aus: „Wenn Sie von sich aus einen Rückfall aufmachen und wir diesen nicht zufällig, z. B. durch eine Routinetestung nachgewiesen haben, behandeln wir sie zu 51% weiter. Wenn Sie dies nicht tun, beenden wir zu 51% die Behandlung.“ Die 51% ist natürlich keine wirkliche Maßzahl, sondern soll nur verdeutlichen, dass die Entscheidung über Entlassung oder Weiterbehandlung nicht willkürlich getroffen wird, sondern dass die Rehabilitand*innen einen maßgeblichen Einfluss darauf haben. Wir wollen damit auch den Mut wertschätzen, den jemand aufbringt, um das alte Muster des Verheimlichens zu durchbrechen und interpretieren dies als ein aufrichtiges Zeichen, die Abstinenzbemühungen fortsetzen zu wollen. Etwas schwieriger stellt sich dies dar, wenn der Rückfall nicht aufgemacht wurde. Auch hier findet in jedem Fall ein gemeinsames therapeutisches Gespräch statt, mit dem Ziel das Rückfallgeschehen aufzuklären und die weitere Perspektive zu erörtern, allerdings unter etwas anderen Vorzeichen.

Was verbirgt sich nun hinter den restlichen 49% und hat einen Einfluss darauf, ob wir weiterbehandeln wird oder nicht? Vorweggesagt, eine automatische Garantie auf Weiterbehandlung nach einem Rückfall kann es, unserer Meinung nach, nicht geben, da im stationären Kontext einer Rehabilitationsbehandlung verschiedene Interessen und Bedürfnisse berücksichtigt werden müssen. Zum Beispiel erfolgt im Falle eines Rückfalls auf dem Gelände der Klinik eine unmittelbare Entlassung aus der Behandlung. Für die rückfälligen Rehabilitand*innen mag es keinen Unterschied machen, je

nachdem in welcher Situation sie sich befinden, wo der Rückfall stattfindet. Für die Mitrehabilitand*innen bedeutet ein Konsum in der Klinik aber eine unmittelbare Verletzung des geschützten Rahmens, den eine stationäre Behandlung bietet und beschwört damit auch für andere eine ansonsten vermeidbare Risikosituation herauf. Hier steht der Aspekt der Fremdgefährdung im Vordergrund, die es zu verhindern gilt. Die Anzahl an Rückfällen dagegen ist nicht per se ein Grund für eine Entlassung, sondern kann eher als prognostischer Faktor angeführt werden, dass eine Behandlung trotz intensiver Bemühungen nicht zum gewünschten Erfolg führt und daher abgebrochen werden muss. Hier steht die Klinik in Verantwortung zu Leistungsträgern und auch zukünftigen Rehabilitand*innen, die noch auf einen Therapieplatz warten.

Dagegen ist Verschweigen eines Rückfalls, auch wenn der Verdacht naheliegt, auch kein untrügliches Zeichen dafür, dass sich die Rehabilitand:innen gänzlich vom Abstinenzvorhaben und damit aus der Therapie verabschiedet haben. Allerdings steht auch hier eine ungünstige Prognoseerwartung im Raum, da es den Rückfälligen sogar in einem dafür vorgesehenen Setting nicht ausreichend gelingt, selbstfürsorglich Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dieser prognostische Eindruck kann durch entsprechende positive Beobachtungen im bisherigen Therapieverlauf, wie aktiver Teilnahme und Verantwortungsübernahme für die eigene Behandlung, ausreichende Problemeinsicht und erkennbare Veränderungsbereitschaft entkräftet werden, so dass in solchen Fällen eher eine Fortsetzung der Behandlung erfolgen würde.
Der umgekehrte Fall kommt natürlich auch vor und kennzeichnet sich häufig durch eine unklare oder geringe Motivation zur Behandlung bzw. Abstinenz, eine geringe Bereitschaft zur Mitwirkung in der Therapie und der Anerkennung der stationären Rahmenbedingungen. Ein Rückfall, selbst aufgemacht oder nicht, erscheint dann meist eher, wie die logische Folge des bisherigen Therapieverlaufs mit entsprechend ungünstiger Prognose. In solchen Fällen tendieren wir zur Entlassung.

DIE ROLLE DER MITREHABILITAND*INNEN

Einen Rückfall aufzumachen und sich damit auseinanderzusetzen ist nie leicht. Ein Umfeld, das einem dabei helfen kann und in dieser Hinsicht unterstützt, ist deshalb viel wert. In der Klinik können dies neben den Therapeuten auch die Mitrehabilitand*innen sein. Doch die Übernahme dieser Verantwortung fällt den Meisten schwer, da das Öffentlichmachen eines Rückfalls anderer szenetypisch als „Anzinken“ betrachtet wird. Zudem haben auch nicht rückfällige Mitrehabilitand*innen oft die Befürchtung, dass den Rückfälligen negative Konsequenzen drohen, wenn der Rückfall bekannt wird. Auf der anderen Seite haben die Rehabilitand*innen meist ein gutes Gespür dafür, was in einer Einrichtung toleriert werden kann und was nicht und sind daher selten damit einverstanden, wenn ein Rückfall verheimlicht wird, und es dadurch vielleicht zu noch mehr Rückfällen kommt. Sie handeln also eigentlich im eigenen und im Interesse aller anderen Mitrehabilitand*innen, wenn sie mit dafür sorgen, dass Rückfälle zur Sprache kommen. Um dies zu stärken, wenden wir in der Klinik die 51%-Regel deshalb auch in solchen Fällen an, in denen wir durch Mitrehabilitand*innen auf einen Rückfall aufmerksam gemacht werden. Sollte sich danach mit den Rückfälligen ein offenes, konstruktives Gespräch über den Rückfall führen lassen und keine schwerwiegenden Gründe, wie z. B. Konsum im Haus, dagegen sprechen, würden wir auch in diesen Fällen die Behandlung fortführen.

JENSEITS DER „KÄSEGLOCKE“

Häufig scheitert die Überwindung eines Rückfalls nach der Behandlung daran, dass Rehabilitand*innen nicht sofort nach dem Rückfall Hilfe aufsuchen, sondern meinen, den Rückfall allein mit sich selbst ausmachen zu müssen. Dabei unterschätzen sie häufig die Veränderung, die ein Rückfall im Gehirn bewirkt. Das sofortige Umstellen auf das erlernte „Suchtprogramm“ erhöht die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Konsums innerhalb kürzester Zeit. Und jeder weitere Vorfall macht es schwieriger, dass Suchtverhalten zu unterbinden. Um dies zu verhindern setzen wir uns in der Behandlung sehr für einen vorausschauenden und planvollen Umgang mit möglicherweise eintretenden Rückfällen auseinander. Deshalb ist die Ausarbeitung eines genauen Notfallplans unter Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen oder Institutionen eine wichtige Voraussetzung zur Bewältigung eines zukünftigen Rückfallgeschehens.

Hierzu gehören in unserem Behandlungskonzept:

- Das Rückfallmanagement zur Analyse eines Rückfallgeschehens, Erkennung von Risikofaktoren und Überprüfung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Drogenverlangen.
- Angehörigen- und Paargespräche zur Informationsvermittlung über die Suchterkrankung, Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und Ausarbeitung von Handlungsplänen und Vereinbarungen für Krisensituationen
- Motivierung zur Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen und die Einleitung ausreichender bedarfsgerechter Nachsorgemaßnahmen

Unter Berücksichtigung der genannten Maßnahmen bedeutet ein Rückfall nicht das Ende der Abstinenz, sondern stellt u. U. einen Erkenntnisgewinn dar, den die Betroffenen für sich nutzen können, um ihre Abstinenzfähigkeit zu stärken. Denn diese umfasst nicht nur das Abstinentbleiben sondern auch das wieder Abstinentwerden.

ALTE TÖPFE KOCHEN GUT

Nachdem wir sieben Jahre lang unsere Küche von einem Caterer haben betreiben lassen, sind wir mit Auslaufen des Vertrags im Sommer zu der Entscheidung gekommen, den Küchenbetrieb wieder in die eigene Hand zu nehmen, um so die Essenversorgung unserem Bedarf noch besser anpassen zu können. Dabei haben wir glücklicherweise das Beste unseres Caterers übernehmen können, das Personal. Und so werden auch in Zukunft Küchenleiter Stefan Thiele und Koch Mehmet Arslan unsere Rehabilitand*innen mit schmackhaften Gerichten der vegetarischen und nicht ganz so vegetarischen Art versorgen.

Beide haben in den vergangenen Jahren nicht nur dafür gesorgt, dass unser Speisenangebot abwechslungsreicher geworden ist, sondern haben es darüber hinaus verstanden, mit Menschlichkeit und Sachverstand einen guten Draht zu unseren Rehabilitand*innen aufzubauen. Es ist ihnen dabei gut gelungen Kundenwünsche und Wirtschaftlichkeit übereinzubringen und so freuen wir uns sehr auf die weitere Zusammenarbeit.

Küchenleitung meets Gesamtleitung

DIE MAGIE DER HAUSWIRTSCHAFT

EINE AKTION DER SALUS KLINIKEN HÜRTH

N. Bouraoui-Gretter

Anlässlich des Internationalen Tags der Hauswirtschaft am 21. März 2025 hat das Hauswirtschaftsteam der salus kliniken Hürth, unter der Leitung von Nadia Bouraoui-Gretter, eine kreative und ansprechende Aktion ins Leben gerufen. Diese Initiative fand im Rahmen der Aktionswoche des Deutschen Hauswirtschaftsrats statt, die unter dem Motto „Die Magie der Hauswirtschaft – Glitzer, Glanz & Glamour für jeden Tag“ steht.

Das Hauswirtschaftsteam überraschte die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Kolleginnen und Kollegen in der Mittagszeit mit einem liebevoll gestalteten Stand mit süßen Speisen. Diese Aktion zielte nicht nur darauf ab, kulinarische Köstlichkeiten anzubieten, sondern auch eine positive Atmosphäre zu schaffen, die das Gemeinschaftsgefühl und die Lebensqualität in der Klinik fördern.

Die angebotenen Crêpes und Waffeln, verziert mit „Glitzer und Glamour“, waren nicht nur ein Genuss für den Gaumen, sondern auch ein visuelles Highlight, das Freude und Lächeln zauberte. Gegen eine kleine Spende konnten die Teilnehmenden diese Leckereien genießen, wobei die Einnahmen für weitere hauswirtschaftliche Projekte verwendet werden.

Die Wartezeit wurde durch ein kurzes „Tast-Spiel“ verkürzt, was für große Erheiterung sorgte.

Diese Aktion verdeutlicht die bedeutende Rolle der professionellen Hauswirtschaft in der Gesundheitsversorgung. Sie trägt nicht nur zur physischen Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei, sondern fördert auch deren psychosoziales Wohlbefinden. Durch solche Veranstaltungen wird die Hauswirtschaft als essenzieller Bestandteil der ganzheitlichen Betreuung anerkannt, der sowohl für die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre als auch für die Aktivierung sozialer Interaktionen sorgt.

Insgesamt zeigt die Aktion des Hauswirtschaftsteams der salus klinik, wie wichtig es ist, die Profession Hauswirtschaft nicht nur als Dienstleistung, sondern als eine Quelle von Freude, Gemeinschaft und Lebensqualität zu betrachten.

Die „Magie der Hauswirtschaft“ wird somit zu einem integralen Bestandteil des Rehabilitationsprozesses, der weit über die bloße Erfüllung von Alltagsaufgaben hinausgeht.

Das Team hatte große Freude an der Aktion und zaubert schon an der nächsten magischen Aktion.

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

darf ich vorstellen: Yvonne Fenia Körner – und vielleicht hören und sehen wir uns bald öfter!

Meine berufliche Reise startete im kaufmännischen Sektor der Stadt Remscheid. Doch schnell spürte ich, dass mein Herz für tiefere Verbindungen und das Verstehen menschlicher Seelen schlägt. So sattelte ich um, absolvierte ein Diplom in Sozialarbeit und Sozialpädagogik und krönte meine akademische Laufbahn mit der Anerkennung als Suchttherapeutin (Master of Science).

Seit 2011 bin ich nun schon mit Leib und Seele hier in unseren salus kliniken Hürth als Bezugstherapeutin tätig. Wer mit mir arbeitet, merkt hoffentlich schnell, dass da jemand mit Leidenschaft und viel Empathie am Werk ist. Meine unstillbare Neugierde und der Wunsch, Menschen noch ganzheitlicher zu begegnen, haben mich zur Weiterbildung als Psychodramatherapeutin geführt. Diese wunderbare Methode erlaubt es mir, über die reine Verhaltensebene hinauszugehen und auch die oft so wichtigen systemischen, körperlichen und emotionalen Prozesse in unsere gemeinsame Arbeit zu integrieren, was ich als echten Mehrwert für unsere Rehabilitand*innen erlebe!

Aber ich bin natürlich nicht nur Therapeutin. Privat, allen unter dem Namen Fenia geläufig, finde ich meine Energie und meine innere Balance in meinen Hobbys. Beim Wandern oder Windsurfen, beim Yoga und Qigong oder in der Praxis als Achtsamkeitstrainerin für „Living Mindfulness“ komme ich im Hier und Jetzt an. Und sonst? Unser Hund, mein Partner und wirklich gutes Essen sind absolute Lebenselixiere!

Nach nunmehr 14 Jahren, die mich hier in der Bezugstherapie unglaublich erfüllt haben, spüre ich, dass es Zeit für neue Herausforderungen ist. Ich freue mich auf meine neue Mission: Die so wertvolle Arbeit, die wir hier leisten, nach außen zu tragen und Menschen Mut zu machen, in oft scheinbar ausweglosen Situationen den ersten Schritt zur Hilfe zu wagen und ihre eigenen inneren Kräfte wiederzuentdecken.

Ich möchte mit all jenen in Kontakt treten, die für Menschen in psychischen oder suchtbegründeten Krisen die erste wichtige Anlaufstelle sind. Ich bin fest davon überzeugt: Gemeinsam können wir Türen öffnen und Wege zur Genesung sichtbar machen.

Herzliche Grüße,
Ihre Yvonne Fenia Körner

IMPRESSUM

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

Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe:
R. Baumbach, N. Bouraoui-Gretter, R. Cina, I. Frege, K. Grümer, S. Igelmund, I. Jesper, Y. Körner, M. Krämer, C. Muhl, S. Ott, A. Peykan

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

Herstellungsleitung:
Sandra Fisch, Salus-Klinik GmbH

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

BUCHTIPP

Das neue Therapie-Tools: Pornografienutzungsstörung. Eine Antwort auf die therapeutische Herausforderung zwischen Drang, Vermeidung und Scham

In den salus kliniken Hürth haben die Autor*innen in der Behandlung von Suchterkrankungen und psychischen Störungen einen speziellen Fokus auf die Pornografienutzungsstörung (PNS) und Hypersexualität entwickelt. Die Pornografienutzungsstörung (PNS) und Hypersexualität sind durch das stets verfügbare Internet eine zunehmende Herausforderung für Männer. Die Betroffenen können ihre intensiven, wiederkehrenden sexuellen Impulse nicht kontrollieren. Sie haben einen hohen Leidensdruck oder eine erhebliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, Bildungs-, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen. Gleichzeitig ist es nach wie vor ein schambesetztes Thema und führt sowohl bei Betroffenen als auch bei Angehörigen und Behandlern zur Vermeidung, was eine Bewältigung der PNS erschwert.

Für eine Sexualität ohne Leid und Scham
Der Therapie-Tools-Band liefert mit über 80 Arbeits- und Informationsblättern umfangreiche Materialien für die Arbeit mit Männern, mit denen man den Pornografiekonsum differenziert betrachten kann. Es ist ein Angebot in Therapie und Beratung, hinter das konsumierte Material zu blicken, Scham abzubauen und gesunde Wege zu finden, mit der eigenen Sexualität umzugehen. Dabei wird auch die Beziehung zu den Partner*innen berücksichtigt. Es soll dabei unterstützen den eigenen Pornografiekonsum besser zu verstehen, einen angemessenen Umgang mit der eigenen Sexualität aufzubauen und eine möglicherweise belastete Paarbeziehung wieder zu stärken.

Aus dem Inhalt
Exploration und Anamnese – Motivation, Ziele und Rückfallprophylaxe – Verhaltensänderung – Paar- und Angehörigenarbeit – Selbstreflexion für Therapeut*innen

Therapie-Tools Pornografienutzungsstörung - Mit Online-Material - Michael Krämer, Katrin Grümer | BELTZ