salus kliniken

Jahrgang 22, Dezember 2024

# salü

## EDITORIAL

*Liebe Leserin,*
*lieber Leser,*

*WAS FÜR VERRÜCKTE ZEITEN!*

*Haben Sie sich das in letzter Zeit auch schon oft überlegt?*

*Wir erleben Zeiten, in denen leider wieder Krieg herrscht. Wir erleben Zeiten, in denen der Klimawandel deutliche Auswirkungen zeigt. Wir erleben Zeiten, in denen unvorstellbarer Weise das dumpfe „America first" wieder die US-Wahl entscheidet und gleichzeitig bei uns die Ampel scheitert, so dass unsere Adventszeit von Wahlkampf geprägt sein wird und danach zu befürchten ist, dass unserem Land ein Rechtsruck droht und die Regierungsbildung danach nicht wirklich leichter und besser sein wird, als vor dieser Wahl zu Unzeiten.*

*Wenn Sie all dem für einen kurzen Moment entfliehen wollen, sind Sie bei uns und unserer salü genau richtig. Hier können Sie daran Teil haben, wie wir unsere Kliniken, unsere Konzepte und unsere Mitarbeitenden beständig und innovativ weiter entwickeln.*

*In Hürth schauen wir auf den erfolgreichen und sukzessiven Aufbau des Standortes in den letzten 15 Jahren zurück.*

*In Bad Nauheim haben wir das entsprechende Klinikvolumen mit einer „nur" drei Jahre dauernden Baumaßnahme realisiert und dafür gesorgt, dass auch an diesem Standort seit dem 01.10.2024 Rehabilitanden und Mitarbeitende unter den besten Voraussetzungen zusammen arbeiten können. Sehen Sie dazu unsere Sonderausgabe der salü aus Bad Nauheim mit allen Informationen zum Projekt, dem Bau, dem gelungen Umzug und den neuen Möglichkeiten.*

*Unsere Kliniken in Castrop-Rauxel, Friedberg und Hürth gewähren uns Einblick in aktuelle Behandlungsformen und Elemente. Unsere Klinik Lindow stellt uns die Zukunft der Speisenversorgung in einer nachhaltig orientierten Klinik vor.*

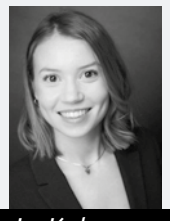
*Apropos Vorstellung, in unserem Fachverband sind ebenfalls einige personelle Entwicklungen zu verzeichnen, über die wir Sie aufgrund der besonderen Nähe hier ebenfalls informieren.*

*Wir hoffen, dass Sie Freude an der Lektüre haben, neue Einblicke in unsere Arbeit gewinnen und den eingangs erwähnten tristen Aussichten dabei kurz entfliehen konnten.*

*Wir wünschen Ihnen eine schöne Weihnachtszeit & und alles Gute für das neue Jahr!*

*Ihr Rodolfo Baumbach*

## EIN BEHANDLUNGSKONZEPT IN DER SALUS KLINIK HÜRTH



*M.Anders (Autorin)* *L. Kuhn* *Y. Körner* *K. Tucker* *C. Dokic*

***Die meisten Menschen (Studien zufolge zwischen 75 und 90%) erleben im Laufe ihres Lebens ein oder mehrere traumatische Erlebnisse, also Ereignisse, die als überwältigend, bedrohlich und existenzgefährdend erlebt werden***.

Es kann sich dabei etwa um Naturkatastrophen, Unfälle, körperliche, psychische oder sexualisierte Gewalt handeln. Etwa zwei Drittel der Betroffenen können sich von dem Erlebten nach einiger Zeit erholen und benötigen nicht unbedingt eine Therapie. Ungefähr ein Drittel entwickelt langfristig jedoch Symptome einer Traumafolgestörung. Das Risiko für die Diagnose einer Traumafolgestörung hängt von verschiedenen Faktoren ab, so etwa von der Anzahl, der Art und Schwere des Traumas, vom Alter der betroffenen Person, von den vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten sowie dem Ausmaß sozialer Unterstützung nach dem Erlebten.

Zwei häufig auftretende Formen einer Traumafolgestörung sind zum einen die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), zum anderen die Komplexe Traumafolgestörung (auch K-PTBS).
Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt oft nach schwerwiegenden traumatischen Erlebnissen auf und ist durch Symptome wie wiederkehrende, belastende Erinnerungen an das Ereignis (Flashbacks, Intrusionen, Alpträume) mit starker emotionaler und körperlicher Reaktion und einem anhaltenden Gefühl von erhöhter Wachsamkeit (Hypervigilanz) geprägt. Um Wiedererleben und Anspannung zu verhindern, vermeiden Betroffene daher etwa, über das Erlebte zu sprechen, daran zu denken oder sich in Situationen zu begeben, die der traumatischen Situation in irgendeiner Form ähneln.
Bei der Komplexen Traumafolgestörung kommen zu den beschriebenen Symptomen der PTBS noch weitere Problembereiche hinzu: Tiefgreifende Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und in Beziehungen zu anderen Menschen sowie ein negatives Selbstkonzept, häufig begleitet von starken Schuld- und Schamgefühlen. Zusätzlich können dissoziative Symptome, chronische Schmerzen und Störungen der Sexualität vorliegen. Der K-PTBS liegen in der Regel schwere, anhaltende oder sich wiederholende traumatische Ereignisse in der Kindheit zugrunde, häufig handelt es sich um körperliche, psychische und/oder sexualisierte Gewalterfahrungen.

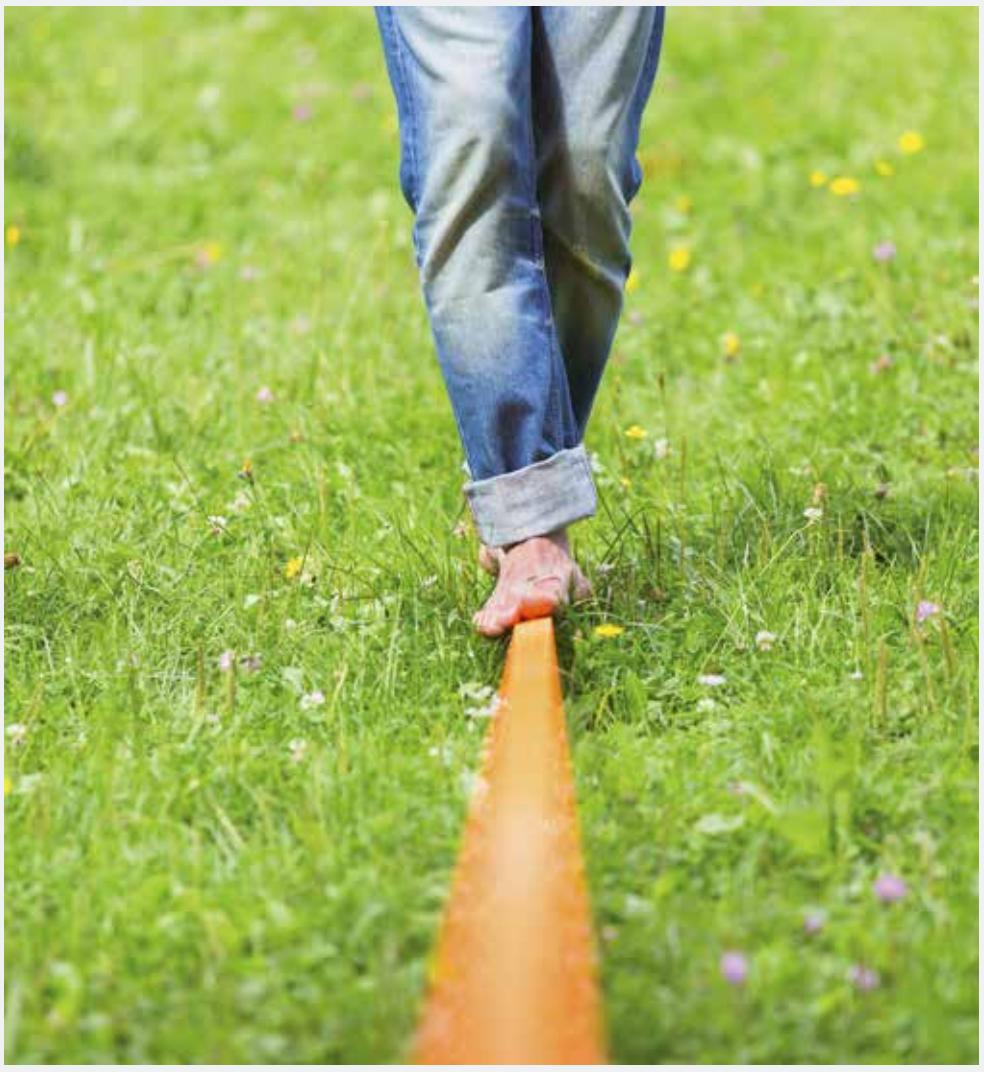
Rehabilitand*innen in stationären Entwöhnungseinrichtungen weisen deutlich häufiger traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit, häufig in der Kindheit und Jugend, auf als die Allgemeinbevölkerung. Es besteht also ein enger Zusammenhang zwischen Traumafolgestörungen und Suchterkrankungen. Der Verlauf dieser komorbiden Erkrankungen ist oft komplex, da sich Trauma und

Sucht wechselseitig verstärken können: Suchtverhalten dient häufig als Strategie zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse und deren Folgen, während gleichzeitig das Risiko für erneute Traumatisierungen steigt und weitere traumatische Erlebnisse wiederum häufig mit einer Zunahme des Konsums verbunden sind.

Die psychotherapeutische Versorgung steht nicht erst seit der Corona-Pandemie vor großen Herausforderungen: Der Bedarf psychotherapeutischer Behandlungen steigt kontinuierlich an, während es nach wie vor zu wenige Therapieplätze gibt. Dies gilt auch für die Traumatherapie: Sowohl für stationäre als auch ambulante Plätze sind die Wartelisten und -zeiten lang. Hinzu kommt, dass für Menschen mit einer Suchterkrankung der Zugang zur Psycho- bzw. Traumatherapie besonders erschwert ist. Abstinenz ist sowohl stationär als auch ambulant die Voraussetzung für Psychotherapie – wenn Konsum für Betroffene jedoch die einzige Möglichkeit zu sein scheint, mit den Symptomen einer Traumafolgestörung umgehen zu können, ist dies eine weitere Hürde, um eine angemessene Behandlung zu bekommen oder macht diese unmöglich. Symptome beider Erkrankungen manifestieren sich dann häufig und verschlimmern sich.

Forschungsergebnissen zur Therapie von Traumafolgestörungen zufolge sind insbesondere die traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als wirksame Verfahren zu nennen. Beide Verfahren werden in der S3-Leitlinie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als evidenzbasierte Methoden empfohlen, insbesondere zur Reduktion von Symptomen des Wiedererlebens. Für Patient*innen mit einer komplexen PTBS wird empfohlen, zusätzlich Strategien zur Emotionsregulation (z.B. mittels dialektisch-behavioraler Methoden) zu erlernen, soziale Kompetenzen zu verbessern und Interventionen zur Verbesserung von Selbstwert und Selbstkonzept durchzuführen. Grundsätzlich kann Traumatherapie in 3 Phasen unterteilt werden: Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration. Für die Stabilisierungsphase gilt es, Strategien zur Emotionsregulation und Selbstberuhigung zu erlernen, was die Grundlage bildet, um schließlich auch traumafokussiert arbeiten zu können. Integration beinhaltet zum einen die Akzeptanz des Erlebten und Einbettung in die eigene Lebensgeschichte, zum anderen aber auch die Neuorientierung, an Selbstbestimmung zu gewinnen und das eigene Leben (wieder) aktiv gestalten zu können.

Als Klinik für die stationäre Behandlung von Suchterkrankungen sehen wir uns in der Verantwortung, auch komorbide Erkrankungen mitzubehandeln insbesondere, wenn zwischen Sucht und weiterer psychischer Erkrankung ein enger Zusammenhang und Wechselwirkungen besteht. Um dieser Herausforderung im Kontext von Traumafolgestörungen Rechnung zu tragen, haben wir ein Behandlungskonzept „Trauma und Sucht“ entwickelt, was sich sowohl an Betroffene mit einer PTBS als auch an Betroffene mit einer komplexen Traumafolgestörung richtet. Die aktuellen Behandlungszeiten von 13 Wochen (Alkoholabhängigkeit) bzw. 22 Wochen (Drogenabhängigkeit) bieten zwar Zeit, um an Stabilisierungstechniken zu arbeiten und unter Umständen auch traumafokussiert zu arbeiten. Jedoch ist aufgrund der Vielzahl und oft auch der Schwere der Symptome der komplexen Traumafolgestörung zu berücksichtigen, dass die stationäre Behandlung ein erster Schritt in der Traumatherapie ist, häufig aber auch nicht ausreicht und es daher essentiell ist, Rehabilitand*innen bei der Suche von Weiterbehandlungen zu unterstützen. Die Ergänzung von stationären und ambulanten Angeboten stellt insbesondere bei der K-PTBS einen sinnvollen Ansatz dar.



Im Hinblick auf die Überprüfung oder Diagnostizierung einer Traumafolgestörung durchlaufen Rehabilitand*innen bei Vor- oder Verdachtsdiagnosen in unserer Einrichtung eine multimodale Diagnostik, die aus folgenden Elementen besteht:

- Verhaltensbeobachtung
- Biographische Anamnese, ggf. Fremdanamnese
- Psychiatrische Vorbefunde aus stationären oder ambulanten Vorbehandlungen
- Psychologische Eingangsdiagnostik
- Erfassung der Sozial- und Berufsanamnese
- PTSS-10 (Posttraumatic Symptom Scale, Maercker, 1998), Screeninginstrument mit 10 Items zur Erfassung einer PTBS
- IES-R (Impact of Event Scale-revidierte Fassung, Maercker & Schützwohl, 1998) zur Erfassung von vorliegenden Symptomen einer Traumafolgestörun
- Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)

Nach der erfolgten Diagnostik durch Bezugstherapeut*innen werden Rehabilitand*innen in der Traumasprechstunde vorstellig. Diese wird durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie eine Psychologische Psychotherapeutin geleitet, an welche vorab Ergebnisse der Diagnostik und Informationen über die Biografie vermittelt werden. In der Sprechstunde selbst wird nicht detailliert auf traumatische Erlebnisse eingegangen, um eine emotionale Überflutung auf Seiten der/des Rehabilitand*in zu vermeiden. Der Fokus der Sprechstunde liegt vielmehr auf einer konkreten Exploration der aktuellen Symptomatik sowie der Vermittlung von Informationen über die Indikativgruppe (IG) Trauma und Sucht sowie die begleitende Stabilisierungsgruppe und Kunsttherapie. Zudem wird darüber informiert, dass in diesen Einheiten keine inhaltliche Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse erfolgen kann, dies aber unter Umständen im Einzelsetting oder nach der Entwöhnungsbehandlung möglich ist. In der Sprechstunde wird schließlich aufgrund der Symptomatik sowie der diagnostischen Ergebnisse entschieden, ob eine Teilnahme am Behandlungskonzept indiziert ist, vorausgesetzt, dies entspricht dem Wunsch des/der Rehabilitand*in.

Die drei Bausteine (IG Trauma und Sucht, Stabilisierungsgruppe und Kunsttherapie) werden in einem Zeitraum von 6 Wochen in den Therapieplan gebucht und finden jeweils wöchentlich statt. Es handelt sich um ein geschlossenes Programm, das bedeutet, dass die Rehabilitand*innen über den Zeitraum von 6 Wochen in derselben Konstellation die Einheiten besuchen. Die Gruppengröße variiert zwischen mindestens drei und höchstens acht Teilnehmer*innen. Es gibt sowohl ein Angebot für Menschen aller Geschlechter sowie ein Angebot nur für weiblich gelesene Personen.

Die Rehabilitand*innen werden nach Diagnosestellung von ihren BezugstherapeutInnen sowie Vorstellung in der Traumasprechstunde und gegebener Indikation in die IG Trauma und Sucht eingebucht. Ziel der IG ist keine inhaltliche Traumabearbeitung, die Teilnahme an der Gruppe ist der „Stabilisierungsphase“ (die die Grundlage für eine Traumabearbeitung darstellt) zuzuordnen. Im Vordergrund stehen daher die Vermittlung von Informationen über Traumafolgestörungen, die Förderung des Verständnisses für sich selbst und

die eigenen Symptome, das Erkennen des Zusammenhangs von Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen, das Erlernen von Fertigkeiten für die Bewältigung von Symptomen sowie der Austausch mit anderen Betroffenen.  Auch wenn inhaltlich in der Gruppe nicht über Erlebtes gesprochen wird, stellt allein das Thema „Trauma“ und das Erscheinen der IG im Therapieplan häufig schon eine Belastung dar und erfordert, dass Rehabilitand*innen zumindest über erste Strategien zur Selbstberuhigung und Stabilisierung verfügen, mindestens einige Wochen abstinent leben und sich im klinischen Setting ausreichend eingewöhnt haben. Daher kann eine Teilnahme i.d.R. erst nach den ersten vier Behandlungswochen erfolgen. Ausnahmen hierbei stellen Fälle mit kurzer Behandlungszeit dar.

Um das Kontrollerleben der Rehabilitand*innen zu fördern, folgen die Sitzungen einer klaren Struktur: Zunächst erfolgt eine kurze Wiederholung der Inhalte der vergangenen Sitzung. Erlernte Strategien und deren Anwendung werden nachbesprochen. Nach einem Überblick über das neue Thema wird dieses ca. 60 Minuten aktiv bearbeitet. Die verbleibenden ca. 30 Minuten können bei Bedarf für individuelle Fragen, die im Gruppensetting nicht geklärt werden können, genutzt werden.

**Sitzung 1:**
**Was ist eine Traumafolgestörung?**
Die Sitzung beginnt mit einer Begrüßung durch die Gruppenleitung, der Erläuterung der Gruppenregeln und einer Vorstellungsrunde, in der auch Erwartungen und Befürchtungen gesammelt werden. Inhaltlich wird in der Sitzung über die Definition und Prävalenz traumatischer Erlebnisse informiert, außerdem, wie Menschen allgemein auf traumatische Erlebnisse reagieren. Hierbei können die Rehabilitand*innen bereits feststellen, dass ihre Symptome eine „normale“ Reaktion auf ein „unnormales“ Ereignis darstellen. Die Kriterien der PTBS und K-PTBS werden erläutert, bei Bedarf auch die Abgrenzung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung, falls Rehabilitand*innen während der Sitzung Überschneidungen erkennen, bei ihnen bereits eine BPS-Diagnose gestellt wurde oder im Raum steht. Der Wissenserwerb soll Sicherheit und daher auch Kontrollerleben fördern. Zudem können die Rehabilitand*innen feststellen, dass sie nicht „verrückt“ oder allein mit der Symptomatik sind.

**Sitzung 2:**
**Das limbische System, Besonderheiten des Traumagedächtnisses, Entstehung des Traumanetzwerkes**
Der Fokus der zweiten Sitzung liegt auf psycho- und neurophysiologischen Zusammenhängen bei Traumafolgestörungen. Das limbische System wird grob skizziert, insbesondere die Funktion und der Informationsfluss von Thalamus, Amygdala und Hippocampus werden erläutert und bildlich dargestellt. Die Wirkung von Hochstress auf den Körper und das Gehirn mit der Folge einer unvollständigen Verarbeitung des Erlebten wird vermittelt. Die Rehabilitand*innen lernen die Unterschiede zwischen dem „Traumagedächtnis“ und dem „normalen“ Gedächtnis kennen und können eigene Symptome, z.B. Erinnerungslücken oder plötzlich auftretende Erinnerungen mit starker emotionaler Beteiligung einordnen. Anhand eines für die Rehabilitand*innen neutralen Beispiels wird das sogenannte Traumanetzwerk mit seinen sensorischen, kognitiven, emotionalen und physiologischen Komponenten vorgestellt und die Entstehung von Flashbacks und Intrusionen durch Konditionierungsprozesse erläutert. Zuletzt wird ein Ausblick auf Behandlungsmöglichkeiten von Traumafolgestörungen gegeben und Informationen darüber, wie die Suche nach einem Therapieplatz erfolgen kann, vermittelt.

**Sitzung 3:**
**Entstehungsmodell einer Traumafolgestörung und der Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen**
In dieser Sitzung liegt der Fokus auf dem Zusammenhang der Suchterkrankung und der Traumafolgestörung. Die Rehabilitand*innen tauschen sich darüber aus, in welchem Zusammenspiel bzw. welcher Reihenfolge sich die Traumafolge- und die Abhängigkeitserkrankung entwickelt haben. Anhand eines Schaubilds kann ein eigenes Entstehungsmodell erarbeitet werden. Nach ausreichender Würdigung der bisherigen Bewältigungsstrategien und Versuche, die Symptome (zumindest kurzfristig) zu verringern, wird gemeinsam erarbeitet, inwieweit diese die Symptomatik aufrechterhalten oder auch verstärkt haben, insbesondere der Konsum, aber auch das Vermeidungsverhalten. Im Anschluss wird über die Möglichkeiten und Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen gesprochen. Ziel ist, dass den Rehabilitand*innen bewusst wird, dass sowohl nur eine Abstinenz ohne Behandlung der Traumafolgestörung als auch umgekehrt nicht möglich oder erfolgsversprechend ist. Hervorgehoben werden zudem Ressourcen, die bisher geholfen haben, sich in Behandlung zu begeben und Hilfe zu suchen, sowohl hinsichtlich der Abhängigkeit als auch der Traumafolgestörung.

**Sitzung 4:**
**Toleranzfenster und Selbstfürsorge**
Da viele Rehabilitand*innen mit Traumafolgestörung, insbesondere mit komplexer PTBS, aufgrund des Hyperarousals und dauerhaft höheren Stresslevels dazu neigen, schneller in Bereiche von Über- oder Untererregung zu geraten, wird in dieser Sitzung diesem Thema Rechnung getragen. Mithilfe des Stresstoleranzfensters (Window of Tolerance nach Siegel, 1999) erfahren die Rehabilitand*innen, wie sich Über- bzw. Untererregung äußern kann, in diesem Kontext wird auch Dissoziation erläutert. Sie lernen, wie sie selbst feststellen können, ob sie innerhalb ihres „Toleranzbereiches“ sind oder außerhalb. In Kleingruppen wird erarbeitet, welche Faktoren zu einer Verkleinerung des Toleranzfensters beitragen (z.B. zu wenig Schlaf, unregelmäßige Mahlzeiten, Konsum) und auf welche Art sie ihr Toleranzfenster vergrößern können. Nachdem die Kleingruppen ihre Ergebnisse vorgestellt haben, werden im Plenum hilfreiche und sinnvolle Verhaltensweisen und Routinen im Sinne von Selbstfürsorge gesammelt. Mithilfe eines Selbstfürsorgefragebogens überprüfen die Rehabilitand*innen, in welcher Hinsicht sie bereits selbstfürsorglich handeln (z.B. abstinent leben). Zum Ende der Sitzung wählt jede*r Teilnehmer*in eine Strategie aus, die er:sie in der nächsten Wochen gezielt üben möchte.

**Sitzung 5: Skills**
Zu Beginn der Sitzung wird nachbesprochen, wie die Anwendung der ausgewählten Selbstfürsorgestrategie funktioniert hat und welche Erfolge/Schwierigkeiten es dabei gab. Danach wird auf Basis des schon bekannten Toleranzfensters auf Zustände von extremer Über- oder Untererregung und deren Bewältigung eingegangen. Es werden spannungsregulierende Skills (auf sensorischer, kognitiver, emotionaler und behavioraler Ebene) vorgestellt und zum Ausprobieren zur Verfügung gestellt, das Prinzip der Skillskette erläutert und die Rehabilitand*innen angeleitet, für sich geeignete Skills auszuwählen und diese als Hausaufgabe zu erproben.

**Stabilisierungsgruppe** *(Y. Körner)*

**Sitzung 6:**
**Interpersonelle Fertigkeiten**
Insbesondere bei Rehabilitand*innen mit K-PTBS bedingen das oftmals negative Selbstkonzept und ein geringer Selbstwert ein in Beziehungen unterwürfiges Verhalten oder das wiederholte Dulden von Grenzüberschreitungen. Zu Beginn der Sitzung stellen die Rehabilitand*innen sich entlang einer Linie des „Nein-Sagens“ auf und tauschen sich darüber aus, in welchen Bereichen Abgrenzung bereits gelingt und in welchen Situationen sie noch schwer fällt. Gemeinsam werden Formen der Abgrenzung (zum Beispiel bei unangemessenen Forderungen anderer) erarbeitet. Mithilfe des Kiesler Kreises (Kiesler, 1986) reflektieren die Rehabilitand*innen ihr heutiges Verhalten im Kontakt mit anderen Menschen und mögliche Wechselwirkungen. Schließlich können zwischenmenschliche Situationen im Rollenspiel geübt werden und durch Rückmeldungen veränderte Verhaltensweisen aufgebaut werden. Zum Abschluss der 6 Wochen werden die anfänglichen Erwartungen und Befürchtungen aus Sitzung 1 überprüft, die Rehabilitand*innen ziehen Bilanz über den Verlauf und welche Inhalte und Übungen für sie persönlich besonders wichtig waren. Abschließend wird die Mitarbeit und aktive Teilnahme der einzelnen Teilnehmer*innen durch die Leitung gewürdigt, insbesondere, weil es den meisten Rehabilitand*innen aufgrund von Vermeidungsverhalten oder Befürchtungen zunächst schwer fällt, sich für die Teilnahme an dem Angebot zu entscheiden.

Die Stabilisierungsphase stellt eine zentrale Rolle in der Behandlung einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung dar. Dabei steht im Vordergrund, den Betroffenen ein Gefühl der Kontrolle, Sicherheit und Selbstwirksamkeit wiederzugeben. Die im Rahmen unseres Konzeptes vermittelten Übungen helfen den Betroffenen, ihre innere Balance und Kontrolle über ihre Gefühle und Reaktionen wiederzuerlangen. Dabei sollen sie vorrangging lernen, ihre Erregung (Hyperarousal), dissoziative Zustände oder Angst zu regulieren.

Die Stabilisierungsphase baut auf 5 Säulen auf:

1. **Emotionale Regulation:** Lernen, starke Gefühle wie Wut, Traurigkeit, Angst, welche als überwältigend wahrgenommen werden und Teil eines Symptomes einer K-PTBS/PTBS sind, zu kontrollieren und in einen für den Betroffenen angemessenen Kontext bringen.

2) **Reduktion von Dissoziationen/Depersonalisierung:** Das Gefühl von Abspaltung von der Realität oder der Abspaltung der Wahrnehmung des eigenen Körpers handhabbar machen. Die Kompetenz stärken, diesen Zustand zu erkennen, zum Teil auch lernen, Frühwarnzeichen wahrzunehmen und sich immer wieder in die Gegenwart zurückzubringen. Des Weiteren das Bewusstsein für den eigenen Körper stärken.
3) **Förderung der Fähigkeit, Sicherheit und Kontrolle wieder zurückgewinnen:** Selbst in sicherer Umgebung fühlen sich Betroffene unsicher. Ein zentrales Behandlungsziel ist die Fähigkeit wiederzuerlangen, sich selbst in Sicherheit bringen zu können und dies zu fühlen.
4) **Aufbau von Resilienz:** Die psychische Belastbarkeit, um den Alltag zu bewältigen, ist bei vielen Betroffenen geschwächt. Um eine langfristig stabilisierende Selbstwirksamkeit zu etablieren und damit auch eine gelingende Traumabearbeitung zu stützen, ist es ein wesentlicher Kern der Stabilisierungsphase, die Resilienzfähigkeit der Betroffenen zu stärken.
5) **Verminderung von Trigger-Reaktionen:** Symptome einer K-PTBS/PTBS sind unkontrollierte Reaktionen auf bestimmte Dinge (z.B. Geräusche, Menschen, Situationen). In der Stabilisierungsphase ist es ebenfalls ein zentraler Inhalt für die Betroffenen zu erkennen, welche Trigger (Auslösereize) sie in Angriff/Starre/Flucht-Situationen bringen, um dann entsprechend und sozial angemessen reagieren zu können.

Die Stabilisierungsgruppe findet am selben Tag wie die IG Trauma und Sucht statt, dauert ca. 30 Minuten und bietet den Rehabilitand*innen einen Rahmen, um konkrete Übungen zur Selbstberuhigung und Emotionsregulation kennenzulernen, auszuprobieren und schließlich selbstständig zu üben. Die Einheit findet in einem großen, lichtdurchfluteten Raum für Meditation und Achtsamkeit statt, in dem Rehabilitand*innen frei auswählen können, wo und wie sie sich hinsetzen oder -legen möchten und wieviel Abstand sie zu Mitrehabilitand*innen wünschen (Kontrolle wieder gewinnen). Es stehen unterschiedliche Sitzmöglichkeiten (Stühle, Sitzsäcke, Meditationskissen, Bolster) sowie Yogamatten zur Verfügung. Die Übungen werden durch eine erfahrene Suchttherapeutin angeleitet und sind zudem über QR-Codes über die Salus-App bzw. die Homepage abrufbar, sodass Rehabilitand*innen jederzeit auf die Übungen zugreifen und diese anwenden können. Inhaltlich handelt es sich überwiegend um traumasensible Achtsamkeitsübungen sowie ressourcenorientierte Imaginationstechniken nach Reddemann.

### Kunsttherapie (*K. Tucker)*

Die Kunsttherapiegruppe zur Stabilisierung findet an einem anderen Tag statt, als die IG und Stabilisierung Gruppe und hat drei Schwerpunkte, die sich durch alle sechs 90-minütigen Einheiten durchziehen: Achtsamkeit, Verbindung von Körper und Geist und die eigenen Stärken. Die Kunsttherapie dient als wirksames Mittel, um innere Erfahrungen nach außen zu kehren, Einblicke in Emotionen zu gewinnen und Selbstwahrnehmung sowie Selbstwirksamkeit zu fördern.

Die Einheiten sind wie folgt aufgeteilt:

1) **Sicherheit etablieren und spüren:** Imaginationsübung Wohlfühlort
2) **Achtsamkeit und Selbstregulierung:** Beobachtung des Atems und der Körperempfindungen
3) **Achtsamkeit und Selbstregulierung:** Beobachtung der Umgebung
4) E**mpowerment:** Innere und externe Stärken und Ressourcen
5) **Erfahren gesunder Bindung:** Eine positive Beziehung in ihrem Leben
6) **Rückblick und Erkenntnisse**

Nach einer ersten Orientierung in der Gruppe und im Kunstraum beginnt jede Sitzung auf vertraute Weise mit einer kleinen visuellen Befindlichkeit, bei der die aktuellen, emotionalen Zustände mit Farben auf Papier abgebildet werden. Danach werden die Rehabilitand*innen durch das Thema der Woche geführt. Dabei können sie Kunstmaterialien und Ausdrucksformen auswählen und erhalten Unterstützung bei deren prozessorientierter Verwendung. Der kreative Prozess hat durch seine individuelle, wiederholende und sensorische Natur eine ermächtigende und zugleich erdende Wirkung auf den/die Teilnehmer*innen.
In den letzten 30 Minuten der Gruppe werden die Kunstwerke präsentiert, sodass aus ausreichend Raum für Beobachtungen und Reflexionen sowie für gegenseitiges Feedback gibt. Dies fördert das Vertrauen und die Verbindung in der Gruppe. Das Thema jeder Woche wird mit der Psychoedukation zur Traumastabilisierung und zum allgemeinen Wohlbefinden verknüpft und fördert die Integration der Wissensinhalte und der Strategien aller drei Gruppen des Traumakonzeptes.

## Bisherige Erfahrungen und Ausblick

Das vorgestellte Konzept wird nun seit einigen Monaten durchgeführt und wird von den Teilnehmenden überwiegend als sehr positiv aufgenommen. Entgegen eines früheren offenen Konzepts bietet dieser Rahmen mehr Möglichkeiten, Vertrauen in die Gruppe aufzubauen, sich öffnen und austauschen zu können und ein Gefühl von Gemeinschaft zu erleben. Während die IG Trauma und Sucht primär einen informativen und psychoedukativen Charakter hat, kann in der Stabilisierungsgruppe aktiv geübt und damit das Selbstwirksamkeitserleben gefördert werden.
In der Kunsttherapie wiederum wird insbesondere der häufigen Schwierigkeit, dass sich Symptome nicht immer sprachlich benennen oder ausdrücken lassen, Rechnung getragen, sodass die Rehabilitand*innen auch über andere „Kanäle“ Ausdruck von Emotionen finden bzw. Selbstberuhigung erfahren können.

Dennoch wird von einigen Rehabilitand*innen kritisiert, dass sie sich zusätzlich ein traumafokussiertes Vorgehen wünschen und sie „nicht nur Stabilisierung“ erleben wollen.
Je nach Therapieerfahrung, vorhandenen Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und Behandlungsdauer ist dieser Kritikpunkt natürlich nachvollziehbar und entspricht insgesamt auch dem Wunsch unseres Behandlungsteams, auch weil wir leider häufig die Erfahrung machen, dass sich trotz großer Bemühungen von Rehabilitand*in und Therapeut*in die Anbahnung einer ambulanten Traumatherapie im Anschluss aufgrund der oben beschriebenen Versorgungslage als sehr schwierig gestaltet. Daher haben wir uns bemüht, für 2025 eine Inhouse-Fortbildung zu organisieren, in der Bezugstherapeut*innen in einem konkreten Verfahren zur Traumaexposition ausgebildet werden. So können wir unser Behandlungsangebot für Menschen mit Traumafolgestörung verbessern und im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung leitliniengerecht behandeln.

Des Weiteren planen wir, unser Konzept durch eine körpertherapeutische Einheit zu ergänzen, die von sporttherapeutischen Kollegen mit entsprechendem Schwerpunkt angeboten werden können. Insbesondere für traumasensibles Yoga als adjuvante Methode gibt es inzwischen zahlreiche Wirksamkeitsnachweise in der Behandlung von Traumafolgestörungen, weswegen sich eine Erweiterung unseres Konzepts für unsere Rehabilitand*innen sicherlich lohnen wird.

***Der Notfall-Koffer und das Heft zur IG Trauma und Sucht: zwei wichtige Instrumente in der Traumabehandlung!***

***Literatur:***

*Maercker, A. (Hrsg.). (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen: Grundlagen, Diagnostik und Therapie der psychischen Folgen traumatischer Erlebnisse. Springer Medizin Verlag.*

*Reddemann, L. (2017). Imagination als heilsame Kraft: Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Klett-Cotta.*

*Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) & Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapieverbände (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). AWMF-Registernummer: 051-010. Verfügbar unter: Leitlinien-Website der AWMF.*

*Emerson, D., & Hopper, E. (2012). Traumasensitives Yoga: Eine neue Methode zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen und emotionalen Traumata. Junfermann Verlag.*

*OpenAI. (2024). Antwort von ChatGPT (Version GPT-4) am 7. November. https://www.openai.com/chat*

# 15 JAHRE SALUS KLINIKEN HÜRTH … UND KEIN BISSCHEN LEISE!

J. Domma-Reichart

***…"warum müssen die denn zu uns in die Stadt?" so oder so ähnlich waren 2007 die Stimmen der Hürther Bürger, die sich gesorgt haben, dass mit unseren Rehabilitand*innen die Drogen kommen.***

Ja, der Kauf des Grundstücks an der Sudetenstraße wurde sehr skeptisch wahrgenommen.

Am 02.11.2009 konnten aber 84 Rehabilitand*innen aus Arnsberg die neuen Räumlichkeiten in Hürth beziehen und fühlten sich schnell wohl. Es dauerte nicht lange und die 170 Betten **Sucht und Psychosomatik** waren gefüllt.

Mithilfe von Tagen der offenen Tür 2010 und 2011 sowie öffentlichen Präventionsvorträgen konnten wir die Vorbehalte gegen uns schnell ad acta legen.

Inzwischen sind wir sehr gut in das Stadtleben integriert und stehen als Kooperationspartner u.a. auch Hürther Schulen (Präventionsarbeit), Betrieben (Beratung und Fortbildung) und Vereinen (z.B. Nutzung unserer Sporthalle) zur Verfügung.

Schnell wurde deutlich, dass der Bedarf Psychosomatischer Rehabilitand*innen sich von den Bedürfnissen süchtiger Menschen doch unterscheidet und wir bereits 2012 in die Planung des ersten Erweiterungsbaus auf dem Hürther Gelände gehen mussten. 2014 eröffneten wir die **Psychosomatische Klinik** und wuchsen direkt um 80 stationäre sowie 20 ambulante Behandlungsplätze an.

SEITE 40 — DONNERSTAG, 4. JUNI 2009 — NUMMER 127

RHEIN-ERFT … mit lokalem Wetter

BABY DER WOCHE

… aus Berrendorf haben eine Vorliebe für historische Vornamen. Deshalb sollte ihre Tochter einen Namen bekommen, der nicht in der Top-Ten-Liste zu finden ist. Nun heißt ihr Kind, das am 23. Mai im St.-Elisabeth-Krankenhaus Hohenlind zur Welt gekommen ist.

POLIZEIBERICHT

KERPEN
**Zugmaschine gestohlen**
Eine graue Sattelzugmaschine vom Typ Mercedes 1745 LS mit dem Kennzeichen HS - HP 926 wurde in der Zeit vom 29. Mai bis 2. Juni von einem Parkplatz an der Humboldtstraße gestohlen. Dort, wo der 41-jährige Beschäftigte der geschädigten Firma das Fahrzeug abgestellt hatte, lagen Glassplitter der Scheibe von der Beifahrerseite auf dem Boden. Hinweise an das Regionalkommissariat Kerpen unter (0 22 33) 520.

PULHEIM
**Diebe verscheucht**
Gestört und verscheucht wurden am Montag gegen 2.20 Uhr zwei Unbekannte durch einen Anwohner, als sie versuchten, von einem Firmengelände an der Donatusstraße in Brauweiler einen mit 25 Tonnen Kupfer beladenen Lkw zu stehlen. Die zwei etwa 20 jährigen Täter konnten flüchten. Sie trugen Jeansjacken und Jeanshosen, hinterließen am Tatort ein Walkie-Talkie, sowie eine schwarze Reißverschlusstüte.

## Suchtklinik-Bauherren feierten Richtfest

HÜRTH. Mit einem Gläschen Branntwein stießen die Bauherren Thomas Ernst, Julia Dommer-Reichart und ihr Vater Alfons Dommer (v.r.) mit Bürgermeister Walther Boecker auf das Richtfest zur neuen Klinik für Suchterkrankungen und Psychosomatik an. In dem rund 18 Millionen Euro teuren Neubau an der Sudetenstraße, der erst im Dezember begonnen wurde, stehen für die Patienten rund 180 Plätze zur Verfügung. Zwei Drittel davon sind für Suchtkranke reserviert. 90 bis 100 Arbeitsplätze entstehen auf dem 16 000 Quadratmeter großen Areal. Die Fertigstellung ist für Oktober geplant, pünktlich am 1. November soll das Haus eingeweiht werden. Neben der Klinik entstehen zudem eine Sporthalle, Werkräume, Ergotherapieräume sowie eine Physikalische Therapie. (rer./Foto: Rosenbaum)

POLIZEIBERICHT

HÜRTH
**Fünfjähriger verletzt**
Glück im Unglück hatte am Dienstag gegen 17.45 Uhr ein Fünfjähriger, der mit seinem Fahrrad von rechts auf den Wielering fuhr. Ein 22-jähriger Autofahrer konnte sein Fahrzeug noch rechtzeitig vor dem Kind abbremsen. Der Junge erschreckte sich jedoch, fiel mit seinem Fahrrad um und verletzte sich leicht. Der Autofahrer brachte den Jungen zu seiner Mutter und hinterließ dort Adresse und Telefonnummer. Dann fuhr er zur Polizei und zeigte den Verkehrsunfall an.

FRECHEN
**Nach Randale festgenommen**
Vor den Augen einer Polizeistreife zerstörten am Mittwoch gegen 0.25 Uhr zwei 25 und 31 Jahre alte Männer auf der Breite Straße ein Reklameschild. Die Polizei war wegen eines Streits gerufen worden, als sie die Randalierer bemerkte. Bei der Überprüfung gab der 25-Jährige zunächst falsche Personalien an. Beide Tatverdächtige waren alkoholisiert. Ein Alkoholtest ergab bei

Bereits während der Bauphase der Psychosomatischen Klinik hatten wir die Chance das ehemalige Schilddrüsenzentrum, das an unser Gelände grenzte, zu erwerben. Die erste Hürther Adaption war geboren und mit zunächst 7 Appartements noch sehr übersichtlich. Außerdem konnten wir hier eine Betriebskita für Mitarbeiterkinder unterbringen.

Stillstand ist nichts für uns und somit wurde das salus Rondell um ein weiteres Gebäudekomplex erweitert. 2017 eröffnete die **salus Frauenklinik** mit 71 Plätzen für psychosomatisch und süchtig erkrankte Frauen. 24 Appartements stehen hier Müttern mit bis zu 2 Begleitkindern zur Verfügung. Entsprechend wurde auch das Angebot um ein Kinderhaus sowie die Klinikschule erweitert.

Den letzten Streich haben wir zunächst mit dem neuen Gebäude der **salus adaption** Anfang 2022 fertiggestellt. 24 Bewohner durchlaufen in modernen Appartements hier nun die Phase 2 der Entwöhnung.

Fertig sind wir natürlich immer noch nicht…

2020 konnten wir das Bowlingcenter übernehmen, das nach der Testzentrumsphase nun auf den Umbau wartet. Hier soll eine Reha-Tagesklinik für psychosomatisch erkrankte Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche entstehen. Geplant ist darüber hinaus ein Lehrschwimmbecken, das vormittags dem Rehasport zur Verfügung steht und in dem nachmittags Kinder-Schwimmkurse angeboten werden sollen.

*Oben: Fachklinik für Sucht*

*Unten: Fachklinik für Psychosomatik*

*salus adaption*

***…und mal schauen, was die Zukunft uns noch bringt!***

*Fachklinik für Frauen*

# VERÄNDERUNG BRAUCHT KEINE KRISE

KANTINE ZUKUNFT BRANDENBURG

*„Knusprige Quetschkartoffeln aus dem Ofen auf Humus mit Chimichurri und Joghurt“*

E. Besier M. Ehrlich R. Schöneck

## „WARUM ESSEN IN DER SALUS KLINIK LINDOW ZUKÜNFTIG NOCH GLÜCKLICHER MACHT“

„Essen macht glücklich“ es klingt wie eine billige Plattitüde und doch steckt hinter diesem Ausspruch eine ganz einfache Wahrheit. Wenn uns das Essen nicht schmeckt, und dabei zählt natürlich auch die Optik, kann ein Ort noch so schön und eine Therapie noch so gut sein, es wird etwas ganz Wesentliches fehlen. Selbstverständlich kann „Essen“ keine Therapie ersetzen, muss manchmal auch erst wieder mühselig normalisiert werden und macht bei falschen Mengen und Inhalten auch krank. Und dennoch, wenn das Essen schmeckt, dabei noch gut aussieht, gesund und nachhaltig produziert wurde, haben wir eine gute Ausgangslage dafür geschaffen, dass auch die anderen Bausteine der Behandlung wirken können. Diesem Grundgedanken folgend, haben wir uns vor gut einem Jahr dazu entschieden, unsere Küche, Gerichte und Einkaufslisten offenzulegen und im Rahmen des Projekts „Kantine Zukunft“, welches durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg gefördert ist, einen Beratungsprozess zu durchlaufen, an dessen Ende wir uns eine noch bessere Qualität unserer Speisen für Patient*innen, Mitarbeitende sowie Klinikgäste erhoffen. Von der Umsetzung des Projekts hat sich Staatssekretärin Dr. Antje Töpfer (MSGIV) am Tag der Ernährung schon am 7. März bei einem persönlichen Besuch in der Klinik berichten lassen.

Der Anlass sich für das Projekt „Kantine Zukunft“ zu bewerben war keine Krise. Die Verpflegung in der Klinik wurde von der überwiegenden Anzahl der Patient*innen (Abteilung Psychosomatik 67% und Abteilung Abhängigkeitserkrankungen 77% (Quelle: Rehabilitand*innenbefragung der DRV Psychosomatik / Abhängigkeitserkrankungen stationär – Bericht 2024)) mit „sehr gut“ und „gut“ bewertet. In der jährlichen Befragung der Mitarbeitenden schnitt die Verpflegung im Durchschnitt mit der Bewertung „gut“ (Mitarbeiterbefragung salus klinik Lindow 2023) ab. Vielmehr wollten wir die nachweislich gute Qualität verbessern und dabei auch Aspekte der Nachhaltigkeit und gesunden Ernährung noch stärker berücksichtigen.

### ES GEHT AUCH UM DIE MENSCHEN DAHINTER

Dabei gab es noch einen weiteren wichtigen Grund unserer Küche mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Die Mitarbeitenden in der Küche sind für den Betrieb einer Klinik „systemrelevant“. Tagtäglich bereiten sie drei Mahlzeiten zu und sind auch für zusätzliche Aufgaben (Versorgung der Teeküchen, Catering bei Veranstaltungen, Essenslieferung auf die medizinische Aufnahmestation für Patient*innen, welche die Station nicht verlassen können) verantwortlich. Dafür arbeiten die Mitarbeitenden in 2 Schichten, an Feiertagen wie am Wochenende. Unsere Köch*innen und Küchenfachkräfte sind während ihrer Arbeit Lob und Kritik so direkt wie fast keine andere Berufsgruppe ausgesetzt. Zudem ist das Thema Verpflegung ein Bereich, wo nahezu jeder mitreden möchte, ohne in den meisten Fällen eine entsprechende Qualifikation zu besitzen. Wir wollten durch unsere Teilnahme am Projekt diesem wichtigen Bereich der Klinik und der damit verbundenen Berufsgruppe mehr Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommen lassen. In diesem Zusammenhang sind die Möglichkeit zur Teilnahme an Workshops und Weiterbildungen als ein ganz besonderes „Dankeschön“ zu verstehen.

*Bild: Besuch von Staatssekretärin Antje Töpfer, v.l.n.r.: Marko Ehrlich (Küchenleiter salus klinik Lindow), Karsten Schwarzenberg (Trainer „Kantine Zukunft“), Olga Graf (Projektleiterin „Kantine Zukunft“ Brandenburg), Dr. Antje Töpfer (Staatssekretärin MSGIV) und Robert Schöneck (Direktor salus klinik Lindow)*

### UNSERE LERNKURVE UND EIN ERSTES NEUES GERICHT

Während der bisherigen Projektzeit haben wir schon viel gelernt und erste Änderungen umgesetzt. Eine der sicher wichtigsten Erkenntnisse war, dass „Regional“ nicht gleich „Bio“ ist und „Bio“ nicht immer „Regional“ bedeutet. Wenn wir also Bio-Äpfel aus Spanien anbieten, dient das wirklich niemanden. Auf der anderen Seite haben Produkte aus der Region (z.B. Backwaren aus Lindow) nicht immer die Auszeichnung „Bio“. Wir haben uns gegen lange Lieferketten und für mehr Produkte aus der Region (kurze Transportwege; Unterstützung der regionalen Anbaugebiete) entschieden. Wenn wir diese dann auch noch in Bio-Qualität erhalten, sind unsere Ansprüche zur Genüge erfüllt. Mit Hilfe von Workshops von „Kantine Zukunft“ konnten wir Lieferanten und Lieferketten unter die Lupe nehmen. Dadurch gelang es uns innerhalb des ersten halben Jahres der Projektlaufzeit den Einkauf von „echten“ regionalen Produkten (aus Brandenburg, wie z.B. unsere kompletten Backwaren) sowie Bio-Produkten (u.a. Grundnahrungsmittel wie Kartoffeln und Nudeln) zu vervierfachen.

In Folge dieser Auseinandersetzung werden Lebensmittel nun bewusster ausgewählt. Zudem bemühen wir uns, Gespräche mit unseren Lieferanten zu führen, um mehr regionale aber auch bewusst Bio-Produkte einzukaufen. Zu unserer Überraschung war dies gar nicht so einfach. Konventionelle Lieferanten sind z.T. noch gar nicht auf diese Anfragen eingestellt und haben daher nur ein begrenztes Angebot an Bio-Produkten. Regionale Produkte sind zudem nicht immer lieferbar, da die Produzenten entweder noch keinen stabilen Absatzmarkt vorfinden oder bestimmte Produkte noch gar nicht in der Menge angebaut werden, um diese ganzjährig anbieten zu können. Erfreulicherweise konnten wir feststellen, dass durch einen geschickten Einsatz von Produkten und durch Veränderungen in den Abläufen in der

Herstellung von Speisen bestimmte Verarbeitungsschritte eingespart werden konnten. Die höheren Preise für Grundnahrungsmittel in Bio-Qualität können dadurch zum Teil kompensiert werden. Bei einer recht strengen Marge bei den Verpflegungskosten ist das ein wichtiger wirtschaftlicher Aspekt, den wir bei der Umsetzung des Projekts nicht aus dem Blick verlieren dürfen.

In diesem Zusammenhang entstand auch eine der ersten neuen Hauptspeisen „Knusprige Quetschkartoffeln aus dem Ofen auf Humus mit Chimichurri und Joghurt". Diese neue Speise ist mittlerweile neben den Klassikern Schnitzel und Frikassee der „Renner" bei den Hauptgerichten. Sicher half dabei auch, dass in Lindow schon seit über 10 Jahren aus ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten an einem Tag in der Woche nur vegetarische Hauptgerichte serviert werden.

## WIE GEHT ES WEITER?

Das Projekt läuft noch bis Ende 2024. Bis zum Ablauf der Finanzierung wird ein Trainer von „Kantine Zukunft" regelmäßig in die Klinik kommen, um die Küchenmitarbeitenden bei den Veränderungen zu unterstützen. Im Dezember ist eine Abschlussbilanzierung geplant. Doch mit Ende der Projektphase endet nicht das weiterhin geplante schrittweise Umsetzen des Gelernten. Dabei wollen wir mehr und mehr biologische und regionale Produkte einsetzen und dabei leckeres und gesundes Essen anbieten.

Zusammengefasst lässt sich mit ein wenig Abstand festhalten, dass wir von Beginn an wussten, dass mit dem Projekt „Kantine Zukunft" nicht nur ein gewünschter Veränderungsprozess verbunden sein würde, sondern auch höhere Kosten auf uns zukommen, welche nicht nur finanziell gemeint sind. Wir haben diese Herausforderung mit „Kantine Zukunft" angenommen. Wir haben Respekt davor, wie Herr Ehrlich und sein Küchenteam nun unseren Speiseplan weiterentwickeln und welche neuen Speisen präsentiert werden.

Wir haben mit dem Projekt den Fokus auf das Thema Verpflegung gelenkt, was auch mit unserem grundlegenden Verständnis übereinstimmt, dass wir als Gesundheitseinrichtung über gesunde Ernährung aufklären und neue Ernährungsgewohnheiten für eine gesunde Lebensweise vermitteln. Als Verhaltenstherapeuten wissen wir, wie wichtig es ist, angestrebte Verhaltensveränderungen gezielt einzuüben. Mit „Kantine Zukunft" wollen wir unser Speiseangebot attraktiver und nachhaltiger gestalten. Die Patient*innen sollen gesunde alltagsnahe Ernährungsgewohnheiten kennenlernen, die sie auf ihre häusliche Situation übertragen können. Damit dies bei ganz bestimmten Krankheitsbildern auch gelingt, bieten wir in der Lehrküche die Möglichkeit, dass Patient*innen ganz praktisch die Zubereitung von Gerichten üben können, um Wissen über ausgewogene gesunde Ernährung und Kochen direkt miteinander zu verbinden.

Wir hoffen, damit Ihr Interesse geweckt zu haben und laden Sie herzlich ein, sich von der Qualität unserer Küche und den Speisen zu überzeugen und ein bisschen von dem „Glück" mitzunehmen, was andere Gäste tagtäglich im Speisesaal der Klinik erhalten.

Sie wollen noch mehr zu „Kantine Zukunft" erfahren, dann besuchen Sie die Website **https://kantine-zukunft-brandenburg.de/faq/**

## „DREI BLICKWINKEL FÜR BESSERES ESSEN"

***Wir haben die Menschen interviewt bzw. um ihre Meinung gebeten, welche sich mit der Verpflegung in der salus klinik Lindow auseinandersetzen. Herr Schwarzenberg steht für das Projekt „Kantine Zukunft", unser Küchenleiter Herr Ehrlich und sein Stellvertreter Herr Schieferdecker vertreten die Perspektive unserer Küche und unsere Leitende Psychologin Frau Besier und Ökotrophologin Frau Wicht berichten über die Perspektive der Behandlung.***

**Herr Schwarzenberg,** Trainer bei "Kantine Zukunft", hat in seiner Lehrzeit in Weimar die gehobene Gastronomie und Hotellerie kennengelernt. In seiner Lehre hat er das Handwerk lieben gelernt. In Berlin hat er erst in der gehobenen Gastronomie gearbeitet, dann erlebt wie Kantinenessen neu erfunden werden kann. Mit „Kantine Zukunft" verfolgt er den Wunsch gutes Essen nicht einzelnen wenigen vorzubehalten, sondern gutes Essen der Allgemeinheit zugänglich zu machen. Wir haben ihn im Interview zu seinen Motiven und Visionen befragt.

**Herr Schwarzenberg, was ist „Kantine Zukunft"?:** *„Kantine Zukunft" ist ein großer Hebel, eine große Chance einen Zugang zu guten Mahlzeiten zu schaffen. Es geht um leckeres Essen, was schmeckt, mit guten Inhaltsstoffen. Das was mich antreibt, ist der Wunsch Veränderungen zu schaffen.*

**In welcher Rolle sehen Sie sich als „Trainer" bei „Kantine Zukunft"?**: *Als Trainer bin ich Außenstehender. Ich möchte nicht die Rolle eines Chefs annehmen, sondern mich in Prozesse integrieren – begleiten statt belehren. Ich erwarte Nichts, was die Beteiligten nicht können oder nicht wollen. Es soll anerkannt werden, was geleistet werden kann und in diesem gesetzten Rahmen wird mit allen Beteiligten in der Projektplanung bestimmt, wie Inhalte gestaltet werden. Beteiligte sollen da abgeholt werden, wo sie sind – vom Küchenchef bis Einsteiger. Dabei möchte ich auch Spaß an der Arbeit und am Handwerk vermitteln, Begeisterung fürs Kochen wecken.*

**Warum fokussiert sich „Kantine Zukunft" auf biologische Ernährung?**: *Die Qualität von Bio-Essen ist unbestritten besser als von konventionellem Essen. Das schmeckt man: Bio-Produkte schmecken einfach besser als konventionelle. Konventionelle Lebensmittel sind behandelt, nicht natürlich. Nicht umsonst zeigt die Bio-Tomate bereits nach einigen Tagen Spuren der Veränderung („weich" und „runzlig"), während die konventionelle Tomate auch nach einigen Tagen oder Wochen ihr Aussehen beibehält – nicht, weil die konventionelle besser ist, im Gegenteil.*

**„Herr Ehrlich und Herr Schieferdecker, was denken Sie über das Projekt „Kantine Zukunft"?":** *Wir haben in unserer Küche das Selbstverständnis zu kochen, „als würde die Familie zu Besuch kommen, eben nur in viel größeren Töpfen". Es soll schmecken, gesund sein, frisch, möglichst ohne Fertigprodukte. Als das Projekt von „Kantine Zukunft" aufkam, haben wir darin eine Chance gesehen unsere Grundsätze „mit frischem Wind" beizubehalten und uns weiterzuentwickeln. Mit Hilfe von Herrn Schwarzenberg haben wir den Einkauf und die Speisepläne analysiert und Handlungsfelder sowie Potenziale für eine Veränderung identifiziert. Die Suche nach biologischen und regionalen Lieferant*innen stellte, ebenso wie der Personalschlüssel, eine Herausforderung dar. Das Küchen-Team ist hoch motiviert gemeinsam unsere Küche voranzubringen, zeigt sich offen für neue Ideen und Experimente. Teilweise wandeln wir Gerichte ab und neue Gerichte kommen auf den Speiseplan. Es ist bereits gelungen nahezu alle Kohlenhydrate (u.a. Nudeln und Kartoffeln), Obst und Gemüse und auch schon einen Teil der Eiweißprodukte (u.a. Milch, Quark) auf biologische Produkte umzustellen. Unser Brot und die Brötchen kommen von der Bäckerei Rabeneck, einer Bäckerei aus Lindow. Das ist nicht nur regional, sondern quasi von nebenan. „Kantine Zukunft" hat nicht nur das Essen, sondern auch die Zusammenarbeit im Haus verändert. Es hat sich ein reger Austausch zwischen allen, die etwas mit Ernährung zu tun haben - Küche, Ökotrophologie und dem Bereich Essstörungen – entwickelt. Ökotropholog*innen und Psycholog*innen haben in der Küche mitgearbeitet, um Abläufe direkt zu erleben. Das bereichert das Miteinander und die Speisepläne.*

**„Frau Besier als Expertin für Essstörungen und Frau Wicht als Ernährungswissenschaftlerin, was sagen Sie zum Projekt „Kantine Zukunft"?":**
*Essen ist für unsere Patient*innen, wie wohl für die meisten Menschen, ein wichtiges Thema, was entscheidend zu Wohlbefinden beitragen kann. Dabei soll für viele Menschen Essen in erster Linie „lecker" sein. Mit „Kantine Zukunft" wollen wir unseren Patient*innen neue Essgewohnheiten nahebringen. Dabei berücksichtigen wir auch die Empfehlungen der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) und Besonderheiten in der Essstörungsbehandlung. Die Speisepläne haben sich bereits mit „Kantine Zukunft" nicht nur qualitativ (Lebensmittel in Bio-Qualität), sondern auch sichtbar verändert. So haben z.B. mehr Hülsenfrüchte und Vollkornprodukte auf den Speiseplan Platz gefunden, es gibt etwas weniger Fleisch und an den Bio-Kartoffeln bleibt oft die gesunde Kartoffelschale dran. Wir haben die Veränderungen im Speiseplan Stück für Stück etabliert, um unsere Patient*innen nicht zu „verschrecken" bzw. zu „irritieren". Die Reaktion der Patient*innen auf diese Veränderungen ist sehr unterschiedlich. Bei manchen gibt es noch etwas Unmut - es brauche mehr Fleisch, nur „weiße Nudeln" würden schmecken und Kartoffeln mit Schale seien „nicht essbar". Da braucht es von uns Aufklärung und Motivationsarbeit sich auf die Veränderungen einzulassen. Andere loben das Essen sehr und genießen die fortschrittlichen Kreationen. Bisher gelingt es, wenn auch teilweise nach anfänglichen Vorbehalten, ganz gut die Patient*innen für die Veränderungen auf dem Speiseplan zu gewinnen. So sind die „Knusprigen Quetschkartoffeln aus dem Ofen auf Humus mit Chimichurri und Joghurt" zu einem neuen Liebling geworden.*

# WENN'S BEIM ERSTEN VERSUCH NICHT KLAPPT...

## EIN BERICHT AUS DER SALUS KLINIK FRIEDBERG

L. Götz, Psychologie-Praktikantin

Nicht bei jedem reicht die erste Entwöhnungsbehandlung aus, um dauerhaft erfolgreich abstinent zu bleiben. Wir haben mit ein paar „Wiederholern“ unter unseren Rehabilitand*innen gesprochen, um herauszufinden, woran es gelegen haben könnte, dass die letzte Behandlung nicht die letzte Behandlung geblieben ist, und was sie aus ihren Erfahrungen heraus für ihren jetzigen Aufenthalt mitgenommen haben. Einige Interviewauszüge haben wir hier festgehalten.

**Wie lange sind Sie nach Ihrer letzten Behandlung abstinent geblieben und wodurch kam es wieder zum Konsum?**

**Herr G.:** Soll ich ganz ehrlich sein? Zwei Stunden. Meine letzte Entwöhnungsbehandlung war vor zwei Jahren. Der Grund für den erneuten Konsum war ganz einfach: Ich habe die falsche Entscheidung getroffen – ich bin nicht in Nachsorge gegangen und kam direkt in eine unausgewogene Lebenssituation. Vor der Therapie war ich ziemlich lange in Haft und wollte nach der Therapie einfach frei sein, deswegen habe ich mich bewusst gegen die Nachsorge entschieden. Ich bin also in ein Wohnheim gezogen, kannte dort niemanden und war einsam. Das Wohnheimzimmer war sehr klein und erinnerte mich an meine Zelle. Es kam für mich der komplette Absturz: Vier Monate lang erneuter Konsum. Dann habe ich bemerkt, dass es ziemlich bergab geht. Ich hatte den Gedanken „Wenn ich so weitermache, werde ich nicht lange überleben.“ Ich habe mich in Substitution und dann in eine Übergangseinrichtung begeben, habe mir von dort aus eine WG gesucht. Hier hatte ich mich dann unter Kontrolle, bis ich wieder mit meiner Ex-Partnerin zusammenkam und wir gemeinsam erneut abgestürzt sind – das ging dann drei Monate lang wieder so.

***Patient 2:*** *Ich bin vier Monate lang nach der letzten Behandlung clean geblieben. Meine letzte Entwöhnungsbehandlung war vor zwölf Jahren. Damals bin ich unvorbereitet rausgegangen in eine ungünstige Lebenssituation. Meine Wohnung musste renoviert werden und das musste ich gleichzeitig zu meiner neuen Arbeitssituation übernehmen, zu der ich jeden Tag mehrere Stunden pendeln musste. Außerdem hatte ich Auflagen zu erfüllen und landete in einer toxischen Partnerschaft. Dazu kamen noch weitere Ereignisse, denen ich mich hilflos ausgeliefert fühlte. Dann traf ich eine bewusste Entscheidung zum Rückfall. Zehn Monate lang habe ich erneut konsumiert, danach war ich nochmal sieben Jahre abstinent, bevor ich wieder in Haft kam und sich mehrere Rückfälle und Cleanzeiten abwechselten.*

**Frau V.:** Ich hatte vor meiner jetzigen Therapie bereits zwei Behandlungen, die ich beide abgebrochen habe. Meine letzte Behandlung habe ich nach zweieinhalb Monaten abgebrochen und direkt wieder konsumiert. Der Grund war Stress mit dem Jugendamt und mit meiner Familie. Ich kam damals aus der Haft in die Entwöhnungsbehandlung und wollte meine Kinder schnell wieder nach Hause holen. Das ist alles nicht so gelaufen wie erhofft und das war ein Rückschlag für mich.

**Weshalb haben Sie sich entschieden, nochmal eine Entwöhnungsbehandlung machen zu wollen? Warum haben Sie sich für unsere Klinik entschieden?**

**Herr G.:** Ich habe während der Entgiftung die Entscheidung getroffen, dass ich nochmal Therapie machen möchte, von dort aus habe ich bereits eine Kostenzusage für die Therapie gestellt. Für diese Entscheidung gab es mehrere Gründe. Vor allem die Gewissheit: Ich will so nicht leben. Ich habe einen Sohn, für den will ich da sein und clean sein. Mein halbes Leben lang habe ich sehr viele Leute enttäuscht, die mir sehr nah waren und auch mich selbst enttäuscht und das möchte ich einfach nicht mehr. Ich habe die Drogen schon immer gehasst, die mir die Träume, die ich als Jugendlicher hatte, zerstört haben und hasse auch den Menschen, den ich im Spiegel sehe, wenn ich drauf bin. Ich weiß, wo es immer hinführt – ins Gefängnis, Krankenhaus oder Grab. Außerdem habe ich erkannt, dass man bereit sein muss, das bisherige Leben loszulassen, denn es gibt dabei auch schöne Erinnerungen und Erlebnisse. Die salus klinik Friedberg hat mir schon bei meiner ersten Entwöhnungsbehandlung sehr gut gefallen. Damals wurde sie mir neben anderen Kliniken von einem Drogenberater in der Haft vorgeschlagen, das habe ich mir angeguckt und mich dann dafür entschieden, hier die Therapie zu machen.

***Patient 2:*** *Ich habe meine Abstinenz beziehungsweise meinen Kampf gegen die Sucht nie aufgegeben. Ich entschied mich für eine erneute Entwöhnungsbehandlung vor allem wegen meines Wunsches nach besserer Lebensqualität. Ich kenne die Konsequenzen von meinem Konsum und bin nicht mehr bereit, diese auf mich zu nehmen. Ich habe jetzt ganz andere Ansätze, Gedankengänge und Einstellungen als vor zwölf Jahren, meine Voraussetzungen haben sich geändert. Damals habe ich für meine Partnerin und meinen Sohn Therapie gemacht und um für andere gut auszusehen. Jetzt muss ich ein bisschen egoistisch sein: um gut zu anderen zu sein, muss ich erstmal gut zu mir sein, die Therapie mache ich diesmal also für mich selbst. Meine letzte Therapie habe ich auch hier in der salus Klinik Friedberg gemacht. Trotz meines darauffolgenden Rückfalls habe ich hier einiges mitgenommen und konnte viel lernen. Ich wollte da anknüpfen, wo ich aufgehört habe und fand das Konzept gut, dass hier auch Eigenverantwortung eine Rolle spielt und nicht alles „von oben aufgedrückt“ wird.*

**Frau V.:** Die Entscheidung für eine erneute Entwöhnungsbehandlung traf ich wegen meiner Kinder. Das soll ein neuer Versuch sein. Ich hoffe, dass ich dann meine Kinder wenigstens am Wochenende und in den Ferien bei mir haben kann. Die salus klinik Friedberg wurde mir empfohlen von einer Bekannten, die hier auch schon Therapie gemacht hat. Ich hatte mich hier schonmal vor längerer Zeit beworben und wollte aus meinem Heimatbundesland weg, wo meine zwei bisherigen Therapien nicht funktioniert haben. Ich war dort wohl einfach noch zu nah an meinem Umfeld. In der salus klinik Friedberg habe ich ziemlich schnell meinen Aufnahmetermin bekommen, dann war es umso klarer, dass ich hierherkomme.

**Was hat sich in der Behandlung hier bis jetzt für Sie verbessert?**

**Herr G.:** Ich habe viel besseren Kontakt zu meinem Sohn und zu meiner Familie.

Mir geht es gesundheitlich viel besser und ich sehe die Dinge jetzt mit einem klaren Kopf. Ich fühle mich jetzt stark und stabil. Ein Satz, der mir in den Kopf kommt, wenn ich darüber nachdenke, was ich hier gelernt habe, ist: die positiven Emotionen fühlt man zwar nicht so intensiv wie mit Drogen, aber dafür viel länger.

***Patient 2:*** *In der Behandlung hier konnte ich mir selbst eine bessere Perspektive erarbeiten. Ich habe meine Lebenssituation und -qualität und sogar meine körperliche Gesundheit verbessert. Außerdem habe ich mir neue Denkansätze und Verhaltensmuster erarbeitet, wie zum Beispiel Grenzen zu setzen und Nein zu sagen. Belastungen und Risikosituationen versuche ich von vornherein zu unterbinden oder von mir fernzuhalten, beispielsweise würde ich nie wieder eine toxische Beziehung eingehen, oder zu viel Wert auf Bewertungen durch andere legen. Auch meinen Bezug zur Familie habe ich wieder aufgebaut. Ich habe Fortschritte gemacht im Umgang mit Stresssituationen, neue Bewältigungsstrategien erlernt und empfinde mich als nicht mehr so belastbar wie früher. Ich sage mir dann „Das ist verschwendete Lebenszeit, sich wegen etwas verrückt zu machen".*

**Frau V.:** Ich bin zuverlässig und pflichtbewusst geworden, bin jetzt zum Beispiel pünktlich und man weiß, dass ich Aufgaben, die man mir überträgt, ordentlich mache. Außerdem habe ich wieder guten Kontakt zu meiner Familie und zu meinen Kindern - bisher digital, da aktuell eine weite Strecke zwischen uns liegt. Ich habe auch keine Drogen- oder Suchtgedanken mehr, mit meinem Ziel vor Augen.

**Was wird die wichtigste Veränderung in Ihrem Leben sein, die Sie sich für die Zukunft nach der Entwöhnungsbehandlung vorgenommen haben, um abstinent bleiben zu können?**

**Herr G.:** Mein Sohn ist an erster Stelle. Außerdem, ein komplett neues Umfeld. Ich habe mit meinen ganzen Freunden von früher abgeschlossen, meine Nummer gewechselt und die Kontaktliste gelöscht. Das fiel mir am Anfang ehrlich gesagt schwer, aber mit meiner Bezugstherapeutin habe ich im Einzel erarbeitet, dass es eine scheinbar harmlose Entscheidung ist, die Nummern zu behalten. Mit ihr zusammen habe ich dann alle Nummern gelöscht. Ich will mir nun einen komplett neuen Freundeskreis aufbauen. Nach der Behandlung hier werde ich in Adaption gehen und in einem nahegelegenen Fitnessstudio ein Praktikum machen - ich will nochmal Schule machen und Fitnesstrainer werden, ich habe mich darüber informiert und die Ausbildungsdauer und -bedingungen sehe ich für mich als machbar an. So kann ich meinen Körper stärken und mein Hobby zum Beruf machen - das wird mir auf jeden Fall Spaß machen.

***Patient 2:*** *(lacht) Erstmal nicht mehr rückfällig werden. Ich lasse nicht mehr zu, dass Situationen sich so aufschaukeln, dass sie mich zum Konsum bringen können, lasse Belastungen nicht mehr so zu, gehe Probleme schneller an, um besser mit Situationen umgehen zu können, in denen ich machtlos bin. Ich habe mir selbst eine andere Perspektive, einen anderen Blick auf die Dinge erarbeitet.*

**Frau V.:** Meine wichtigsten Veränderungen werden der Umfeld- und Wohnortwechsel und das Ziel, dass ich meine Kinder wieder haben kann – das wird wahrscheinlich noch ein harter Kampf. Mit dem Klinikaufenthalt ist es da wahrscheinlich nicht getan. Ich ziehe nach dieser Behandlung wieder bei meinem Vater in ein Dreifamilienhaus, dort will ich Vorbereitungen treffen, zum Beispiel damit jedes meiner Kinder ein eigenes Zimmer hat. Ich habe außerdem beruflich schon einen festen Arbeitsplatz in Aussicht, wo ich bald für ein paar Tage zum Probearbeiten vorbeikommen kann.

***Wir wünschen allen Rehabilitand*innen viel Erfolg bei der Umsetzung ihrer Ziele und der Erreichung einer dauerhaft abstinenten und selbstbestimmten Lebensweise.***

**C. Muhl**

# „KLINIK MEETS KLASSIK"

So hätte das Motto lauten können, als sich am 4. September in unserem Großgruppenraum Rehabilitand*innen und Mitarbeiter*innen einfanden, um die Pianistin Xiaomeng Wang im Duett mit dem Klarinettisten Hanwen Liu zu erleben. Beide sind Stipendiaten des Vereins Yehudi Menuhin Live Music Now in Frankfurt, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, mit seinem Programm klassische Musik auch an Orte zu tragen, wo sie üblicherweise nicht gespielt wird, wie z. B. eine Reha-Klinik für Drogenabhängige. Ein wenig mulmig war uns schon zumute, als wir uns vorstellten, wie die meisten unserer Rehabilitand*innen auf klassische Musik reagieren könnten, wo sie doch sonst eher Gangster-Rap, Techno oder Heavy Metal zu bevorzugen schienen. Würden sie da ein vierzigminütiges Klassik-Programm plus Zugabe überhaupt durchstehen. Und das Ganze auch noch ohne Raucherpause zwischendurch. Aber wie so oft haben uns die Rehabilitand*innen überrascht und waren es vielleicht auch selbst ein bisschen. Nämlich davon, wie bewegend Livemusik sein kann und wie faszinierend es ist, jemandem zuzuschauen, der sein Instrument beherrscht. Die Zusammenstellung der Stücke, von denen einige dem Publikum durchaus bekannt waren, kann man nur als gelungen bezeichnen. Dies belegte auch der Applaus, den die beiden Musizierenden für ihre Darbietung erhielten. Die Rückmeldungen, auch die der etwas skeptischeren Zuhörer, waren so positiv, dass wir uns dazu entschlossen haben, ein solches Event im kommenden Jahr auf jeden Fall nochmal zu wiederholen. Wenn Therapie auch bedeutet, neue Erfahrungen zu machen, dann haben die meisten Anwesenden an diesem Nachmittag sicherlich Therapie gemacht.

Pianistin Xiaomeng Wang und Klarinettist Hanwen Liu

# "LACHGAS"

## - ZUM LACHEN UND ZUM WEINEN -

**RÜCKFALLE MIT LACHGAS WÄHREND EINER ENTWÖHNUNGS-BEHANDLUNG IN DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL**

**I. Jesper**

Die Ein-Jahres-Prävalenz unter unseren Rehabilitand*innen, die eine Abhängigkeit von Lachgas (Distickstoffmonoxid - N2O) haben liegt bei 0% - das ist die gute Nachricht. Die schlechte Nachricht ist, in diesem Jahr gab es bei uns in der Klinik 10 aufgedeckte Rückfälle mit Lachgas. Keiner der Rückfälligen hatte bisher vermehrt Lachgas konsumiert.

Dabei ist festzustellen, dass die Gesamtanzahl der Rückfälle nicht zugenommen hat, aber sich das konsumierte Suchtmittel verändert. Kam es vor zehn Jahren noch vermehrt zu Rückfällen mit Spice, Alkohol und Kokain, so sind es heute sythetisce Opiate, Cathinone Medikamente wie Oxycodon und Pregabalin, ebenso wie Kratom, liquid CBD und eben Lachgas. Diese Entwicklung beobachten wir bei uns in der Klinik und auch viele andere Einrichtungen melden dieselbe Erfahrung zurück.
Was verursacht diese Entwicklung? Was macht die neuen Suchtmittel bei Rückfällen so verführerisch? Eine Auseinandersetzung mit all den genannten Suchtstoffen würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, daher liegt der Fokus in diesem Artikel auf Distickstoffmonoxid.

Im 19. Jahrhundert und in den 1970er-Jahren gab es bereits Konsumwellen mit Lachgas. In der Zeit von 1980-2010 hat Lachgas als Freizeitdroge jedoch kaum eine Rolle gespielt. Wiederentdeckt wurde es dann in der Rave- und Festivalszene. 2017/18 kam es dann in ganz Europa zu einem weiteren deutlichen Konsumanstieg. Die Nutzung und Produktion nahm deutlich zu, die Lieferketten wurden vielfältiger und professioneller, die Verfügbarkeit von Lachgas stieg an. Zwischenzeitlich wurde in vielen anderen europäischen Ländern auf politischer Ebene auf den Konsum reagiert und die Gesetzeslage verschärft, so dass der Verkauf und Besitz von Lachgas dort verboten sind. Deutschland hinkt hier im Vergleich noch hinterher, obwohl der Konsum, gerade unter Jugendlichen, weit verbreitet ist. Auch unter unseren Rehabilitand*innen haben die meisten Lachgas bereits ausprobiert. Die Konsument*innen empfinden die beschriebene euphorisierende und analgetische Wirkung, im Vergleich zum Rausch durch andere Substanzen, dabei jedoch als weniger stark und positiv. Begründet wird der Konsum vielmehr mit der Verfügbarkeit bereits im jungen Alter und der Art des Konsums: „Das ist dann wie nuckeln an der Babyflasche“. So weckt der Konsum über Kartuschen oder Luftballons die Neugierde der Konsument*innen. Die meisten Konsument*innen haben, nach einem Probierkonsum im jungen Alter, irgendwann andere Konsummittel priorisiert und Lachgas spielte vor ihrer Behandlung keine Rolle mehr.

### Woher kommen jetzt die Rückfälle im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung?

Unsere Rehabilitand*innen werden, während der Behandlung, vor allem durch drei Aspekte in Versuchung geführt:

**1. Die ständige Verfügbarkeit**
Unsere Rehabilitand*innen werden bei jedem Einkauf mit Lachgas konfrontiert. In jedem Supermarkt könnten sie Kartuschen für Sprühsahne erwerben. An nahezu allen Kiosken werden Lachgaskartuschen angeboten. Diese werden direkt neben Luftballons und in unterschiedlichen Geschmacksrichtungen verkauft. Insbesondere letzteres hat technisch gesehen keinen Anwendungsnutzen. Aber auch wenn jeder Kiosk geschlossen hat oder der/die Konsument*in kritische Blicke vermeiden möchte, kann Lachgas über Automaten z.B. am Bahnhof erworben werden. Wer Lachgas etwas kostengünstiger erwerben möchte, kann es im Internet in größeren Mengen bestellen. Heute bestellt, morgen geliefert – alles ohne Kontakt zum Dealer. Die Zahl der Webshops wächst, man kann die gesamte Ausrüstung bestellen, von „Starter-Packs“ mit Flaschen in allen erdenklichen Farben, bunten Bildern, bis hin zu 2 kg N2O-Behältern, die eher in den Bereich der Anästhesie gehören. Luftballons, Kapsel-Öffner und andere Gadgets sind selbstverständlich auch erhältlich. Manche Anbieter machen sich nicht mal mehr die Mühe, „Für Sahnespender“ auf ihren Kartuschen zu vermerken. Solange der Rechtsstatus sich in einer Grauzone bewegt, ist die implizierte Einladung zum Missbrauch nicht vermeidbar. Das Ganze weckt in jeder Hinsicht Erinnerungen an die Anfangsphase der synthetischen Cannabinoide.

**2. Die schlechte Nachweisbarkeit über Drogentests**
Das Molekül Distickstoffmonoxid (N2O) besteht nur aus zwei Stickstoff-Atomen und einem Sauerstoff-Atom. Beide kommen in der Natur, im menschlichen Körper, in der Atemluft vor. Es kommt nicht in den Stoffwechsel und wird vom Körper binnen einer Stunde ohne Metaboliten restlos ausgeschieden. Somit können im Blut bzw. Urin anschließend keine „körperfremden“, auffälligen Mo-

### WAS IST LACHGAS?

Lachgas (Distickstoffmonoxid ) wird seit 1776 als Narkosemittel verwendet. Bereits Im 19. Jahrhundert wurde es auf Jahrmärkten zur allgemeinen Belustigung eingesetzt. Heute wird es, aufgrund der kurzen Wirkungsdauer, noch häufig in der Zahnmedizin und der Geburtshilfe verwendet. Lachgas erhält seinen Namen, da es eine läppisch-heitere Stimmung verursacht und Lachanfälle auslösen kann.

### WIE WIRKT LACHGAS?

Wie Lachgas seine Wirkung genau entfaltet ist komplex und nicht vollständig geklärt. Unter anderem scheint das Blockieren der NMDA-Rezeptoren an vielen Prozessen beteiligt zu sein. Lachgas wirkt euphorisierend und schmerzlindernd. Ebenso tritt eine Angstminderung und Sinnestäuschungen bis hin zu Bewusstseinstrübungen ein.

### WARUM IST LACHGAS FREI VERKÄUFLICH?

In der Lebensmittelindustrie wird Lachgas aufgrund seiner Fettlöslichkeit genutzt (übrigens auch der Grund, warum es so schnell und stark im menschlichen Gehirn wirkt). So entsteht aus Flüssigsahne und Lachgas in kleinen Kartuschen Schlagsahne. In der Autoindustrie wird Lachgas zur Steigerung der Motorleistung genutzt.

leküle mit immunchemischen Verfahren oder Massenspektrometrie festgestellt werden. Dieses geringe Aufdeckungsrisiko führt unter Rehabilitand*innen zu erlaubnisgebenden Konsumgedanken, wie wir sie in der Suchtbehandlung gut kennen: „In den nächsten zwei Stunden bin ich sowieso allein"; „Ich bin ja schon clean von all meinen Suchtmitteln, da habe ich mir das als Belohnung verdient"; „Das kommt ja eh nicht raus".

wurden vorzeitig entlassen und konnten ihre Behandlung nicht regulär abschließen. Dies bedauern wir sehr, da wir allen Betroffenen den Weg aus ihrer Abhängigkeit wünschen.

**Fazit**

Die Rückfälle mit Lachgas während der Entwöhnungsbehandlung stellen eine neue Herausforderung dar, die wir als Behandler*innen jedoch durch solche

## WARUM SOLLTE NIEMAND LACHGAS ALS FREIZEITDROGE KONSUMIEREN?

- Bei der Lachgasinhalation kann es zu Verätzungen (eigentlich Erfrierungen) an den Lippen, dem Kehlkopf oder Lunge (bei direktem Konsum aus der Flasche) kommen.
- Durch die Gleichgewichtsstörungen bis hin zur Bewusstlosigkeit im akuten Konsum kommt es immer wieder zu Verletzungen bei Stürzen.
- In Einzelfällen ist es bei massivem Konsum auch zu Thrombosen und Embolien gekommen.
- Es kam zu Todesfällen durch Erstickung bei Sauerstoffmangel.
- Bei häufigem Nutzen kommt es zu einem Vitamin-B12-Mangel. Dieser verursacht eine Schädigung der Nervenbahnen: Myeloneuropathie. In vielen Fällen sind diese Schäden irreversibel.
  - o Diese Schädigung führt zunächst zu Kribbeln in Füßen und Händen, dann zu Taubheitsgefühlen und im späteren Verlauf zu Lähmungserscheinungen.
  - o Die Schädigung der Nervenzellen betrifft nicht nur den Körper, sondern auch das Gehirn. Dies führt zu kognitiven Einschränkungen von Konzentrationsproblemen bis hin zur Demenz.
  - o Wenn die Nervenschäden auch das zentrale Nervensystem betreffen kann dies zu Harninkontinenz, Verstopfung oder sexuellen Funktionsstörungen führen.
- Wem der eigene Gesundheitszustand egal ist, der sollte Lachgas nicht konsumieren, weil Lachgas massiv der Umwelt schadet. Lachgas ist ein Treibhausgas und 265-mal schädlicher als Kohlendioxid.

**3. Die kurze Dauer des Rausches**

Der flashartige Rausch von Lachgas tritt bereits Sekunden nach dem Konsum ein und nimmt nach einigen Minuten wieder ab. Nacheffekte wie Schwindel und Müdigkeit können noch einige Minuten anhalten. Wird der Konsum nicht fortgesetzt, ist der/die Konsument*in anschließend wieder „klar". Dieser begrenzte Rausch gibt den Konsument*innen das Gefühl einer im Vergleich zu anderen Suchtmitteln besseren Kontrollierbarkeit und verstärkt die erlaubnisgebenden Gedanken erneut.

Zurück zu unseren Rückfällen: Bei uns im Haus waren es in diesem Jahr mindestens 10 Rehabilitand*innen, die der Versuchung nicht widerstehen konnten. Bei allen Betroffenen lag ein polyvalentes Konsummuster vor. Der Jüngste gerade 18 Jahre alt geworden. Alle Rehabilitand*innen brachten noch eine gewisse Konsumnähe mit, waren jedoch in die Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum eingestiegen. Der Konsum fiel bei uns im Haus dadurch auf, das Gleichgewichtsstörungen und verwaschene Sprache beobachtet wurde, es wurden Verbrauchsmaterialien gefunden oder die Betroffenen wurden beim Konsum gesehen. Alle Rehabilitand*innen mit Spice kennen. Um der weiteren Verbreitung entgegenzuwirken gilt es jetzt, wie im Umgang mit synthetischen Cannabinoiden, Aufklärungsarbeit zu leisten. Zudem ist zu hoffen und darauf hinzuarbeiten, dass auf politischer Ebene nachgerüstet wird und besonders Jugendliche besser vor der Verfügbarkeit und somit dem Konsum von Lachgas geschützt 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:

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

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

# ES IST VOLLBRACHT!

Aus unserer Vision einer hochmodernen Rehabilitationsklinik, die allen Anforderungen einer zeitgemäßen und innovativen Rehabilitationsbehandlung gerecht wird, ist Realität geworden.

Seit dem 01.10.2024 haben unsere Mitarbeitenden und unsere Rehabilitanden unsere neue Klinik in Bad Nauheim in Besitz genommen. Einzelheiten zu dieser besonderen (Weiter-) Entwicklung der salus kliniken entnehmen Sie bitte unserer Sonderausgabe Bad Nauheim.

# EHRENVOLLE AUFGABE IN GROSSEN FUSSSTAPFEN...

**Fachverband Sucht+ e.V.**

**Dr. Julia Domma-Reichart**
Geschäftsführerin und Direktorin der salus kliniken Hürth
Neue Vorstandsvorsitzende des Fachverband Sucht+ e.V.

Seit Gründung der salus kliniken sind diese Mitglied im Fachverband Sucht + (FVS+) und mein Vater war jahrzehntelang genauso im Vorstand wie Ralf Schneider, der auch jahrelang den Vorsitz inne hatte.

Unterschiedliche Leitungskolleg*innen haben im Vorstand mitgearbeitet. Aktuell ist immer noch Dr. Dietmar Kramer stellv. Vorsitzender des Verbands und Rodolfo Baumbach und Christian Muhl sind aktiv im Vorstand tätig. Ich selbst bin ebenfalls seit 2 Jahren Vorstandsmitglied und arbeite schon viele Jahre in unterschiedlichen Arbeitskreisen aktiv mit. Von daher liegt uns das Wohl des Verbandes sehr am Herzen.

Nun hat sich unsere langjährige Vorstandsvorsitzende, Dr. Monika Vogelgesang, nochmal beruflich verändert und hat den Reha-Bereich verlassen. Keiner hatte damit gerechnet und wir haben dies sehr bedauert. Diese große Lücke aus Expertise, Engagement und Ansehen, gilt es nun bis zur nächsten Vorstandswahl im November 2025 zu füllen.

Ich fühlte mich sehr geehrt, als Frau Dr. Vogelgesang sowie Dr. Thomas Klein (Geschäftsführer) auf mich zukamen und mich fragten, ob ich mir vorstellen könnte, den Vorsitz zu übernehmen. Da ich mir der hohen Verantwortung bewusst bin, habe ich mir etwas Bedenkzeit erbeten und nach Gesprächen mit meiner Familie sowie meinen Leitungskolleg*innen mit hohem Respekt zugesagt.

Nachdem auch die Vorstandskolleg*innen meine Benennung befürworteten, habe ich auf der Mitgliederversammlung am 14.11.2024 das Amt von Monika Vogelgesang übernommen.

Wir lassen Monika schweren Herzens ziehen und die Mitgliederversammlung hat sie schon als Ehrenmitglied ernannt. Dies ist beruhigend, denn sie wird somit auch weiterhin dem Verband angehören und als Ratgeberin zur Verfügung stehen.

Ich freue mich nun auf die Zusammenarbeit mit Dr. Thomas Klein als enorm rührigem Geschäftsführer und seiner Stellvertreterin, Dr. Janina Dyba, sowie meinen Vorstandskolleg*innen, denen ich für das Vertrauen danke.

Im Januar wird unser neuer Geschäftsführer, Peter Schauerte, in die Belange des Verbandes von Thomas Klein eingearbeitet, der dann im April in seinen wohlverdienten Ruhestand geht. Mit Herrn Schauerte übernimmt ein ebenso kompetenter Reha-Experte die Geschäftsführung des FVS+. Er ist seit vielen Jahren in unterschiedlichen Gesellschaften der Rehabilitation als Geschäftsführer tätig.

Mein Ziel wird es sein, den Verband weiterhin zu stärken sowie zu entwickeln und unsere Anliegen in unterschiedlichen Gremien zu vertreten. Auch der Psychosomatischen Rehabilitation soll ein größerer Raum gegeben werden.

Ich freue mich darüber, dass unsere Geschäftsstelle gut besetzt ist und dass ich auf deren Unterstützung vertrauen darf.

***Es wird nicht ganz einfach, aber ich freue mich auf diese Aufgabe!***


## IMPRESSUM

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

**Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe:**
M. Anders, R. Baumbach, E. Besier, C. Dokic, J. Domma-Reichart, M. Ehrlich, L. Götz, S. Igelmund, I. Jesper, Y. Körner, L. Kuhn, C. Muhl, R. Schöneck, K. Tucker

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

**Herstellungsleitung:**
Sandra Fisch, Salus-Klinik GmbH

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