salus kliniken

Jahrgang 16, Juni 2021

salü

EDITORIAL

Liebe Leserin,
lieber Leser,

nachdem wir uns in der letzten salü ausführlich mit dem Thema Corona in den salus kliniken auseinander gesetzt haben, sind wir froh, dass wir in dieser Ausgabe zum Teil wieder zur Normalität zurückkehren.

*So finden Sie in dieser Ausgabe einen Ausblick auf die Zukunft der verfahrensspezifischen Weiterbildung von Psychoterapeut*innen in Lindow.*

Unsere salus klinik in Castrop-Rauxel führt uns in die Besonderheiten bei der Behandlung von jungen geflüchteten Süchtigen ein.

Aus der salus klinik Friedberg erhalten wir einen Bericht über die gewinnbringende Erfahrung mit einer „IG-Selbstfürsorge“ bei der Behandlung von Suchterkrankten.

Die salus klinik in Friedrichsdorf hat die Zufriedenheit von stationären Patienten unter Pandemiebedingungen evaluiert und stellt erste Ergebnisse vor.

Hürth berichtet über die erfolgreiche Arbeit unserer Adaption und die damit verbundene Erweiterung unserer Kapazitäten und Optimierung unserer Möglichkeiten. In diesem Zusammenhang können Sie in dieser Ausgabe sehen, dass wir auch in anderen Bereichen die situationsbedingten Notwendigkeiten erkannt haben und ebenfalls viel „Neues“ in die Wege geleitet haben.

„Neues“ ist nicht immer das Maß der Dinge. Es gibt auch Bereiche, in denen Konstanz, beständige Förderung und Weiterentwicklung zu besseren Ergebnissen führen. Einen solchen Bereich sehen wir insbesondere bei der Personalentwicklung. Bei den salus kliniken konnten in den letzten Jahren eine Vielzahl von Führungspositionen mit „Eigengewächsen“ besetzt werden. Wer wäre geeigneter für diesen Bericht, als der „Vater“ dieser erfolgreichen Personalpolitik, unser Unternehmensgründer Alfons Domma.

Achten Sie weiterhin auf sich und auf andere, egal ob geimpft, genesen oder getestet.

Viel Freude beim Lesen.

Rodolfo Baumbach

PRAXIS UND THEORIE AUS EINER HAND

ZUKUNFT DER VERFAHRENS-SPEZIFISCHEN WEITERBILDUNG VON PSYCHOTHERAPEUT*INNEN IN DER SALUS KLINIK LINDOW

R. Schöneck

C. Nelles

In der salus klinik Lindow sind die Tätigkeit des*r Bezugstherapeuten*in und die Ausbildung zum*r psychologischen Psychotherapeuten*in schon immer eng verknüpft. Die Festanstellung mit entsprechender Vergütung sowie das klinikeigene Ausbildungsinstitut stellen dabei wichtige Aspekte dar. Praktische Tätigkeit und Therapieausbildung erfolgen in Lindow aus „einer Hand“, was in der Zufriedenheit der Auszubildenden und in der Qualität der therapeutischen Arbeit sichtbar wird. Es ist zudem Tradition, dass Studierende der Psychologie während eines Praktikums in der salus klinik Lindow, ein Einblick in die zukünftige therapeutische Arbeit und Ausbildung gewährt wird.

Seit 2019 ist die Reform des Psychotherapeutengesetzes verabschiedet und wird in den nächsten Jahren zu einer radikalen Veränderung der praktischen Aus- bzw. dann Weiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren führen. Für Kliniken ist nun ein sensibler Zeitpunkt, sich auf die Änderungen einzustellen. Die geplante Unterteilung zwischen geforderter stationärer und ambulanter Weiterbildung kann hierbei Vor-, aber auch Nachteile haben. Die Zusammenarbeit mit Universitäten wird in Zukunft noch bedeutender, da diese schon begonnen haben, die Weichen für die geforderte praktische Tätigkeit im Psychologie-Studium zu stellen. Die Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB) hat als eine der ersten Universitäten mit dem sogenannten Direktstudium begonnen, die salus klinik Lindow fungiert hierbei als Lehreinrichtung der MHB. Seit dem Sommersemester 2021 absolvieren erstmalig Studierende im Master ihren praktischen Teil in der salus klinik Lindow, nachdem in 2020 bereits die ersten Studierenden im Bachelor ihre berufspraktischen Einsätze hatten. Um dem berufspraktischen Anspruch gerecht zu werden und die Einsätze zu koordinieren, wurden durch die MHB Klinikkoordinations-Stellen geschaffen. Frau Carolyn Nelles, approbierte Psychotherapeutin und langjährige Bezugstherapeutin in der salus klinik Lindow, ist seit Anfang 2021 mit dieser Tätigkeit betraut.

Psychologie studieren mit Praxis: „Praktisch zur Approbation“

Angeglichen an die medizinische Ausbildung werden die Studierenden ihr Studium nach dem neuen Psychotherapeutengesetz bereits mit der Approbation beenden und danach hauptberuflich ihre 5-jährige Weiterbildung in einem der drei sog. Richtlinienverfahren (systemische Therapie; tiefenpsychologisch fundierte Therapie, oder Verhaltenstherapie) in regulärer Anstellung absolvieren.
In dem approbationskonformen Direktstudiengang stellt nun der Erwerb von therapeutischen Handlungskompetenzen einen absoluten Schwerpunkt dar, die dann in der staatlichen Approbationsprüfung in Form von einer Parcours-Prüfung nachgewiesen werden müssen. All dies bedeutet für die Universitäten aber auch alle therapeutischen Einrichtungen, die sich der praktischen Ausbildung der Studierenden annehmen wollen, eine große Herausforderung, aber auch eine große Chance!
Die salus klinik Lindow, als Kooperationsklinik und Lehreinrichtung der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB), ist dafür Bestens gerüstet.

Wir haben ein Konzept erarbeitet, die in der Approbationsordnung geforderten, praxisorientierten Studieninhalte für das Bachelor- und Masterstudium (sog. berufsqualifizierende Tätigkeiten) in unseren klinischen Alltag zu integrieren.

Die Bachelorstudierenden absolvieren dabei ein Semester lang jeweils wöchentlich einen sog. Kliniktag in unserem Hause. Die Masterstudierenden sind ein Semester lang an 3 Tagen pro Woche sowie in den Semesterferien 4 Wochen am Stück in unserer Klinik tätig. Insgesamt absolvieren Studieren-

Einzeltherapie

de bis zur Approbation auf diese Weise 1.120 klinische Stunden.

Jede*r Studierende wird einem*r Bezugstherapeuten*in (Mentor) zugeteilt und diesem in der Einzel- und Gruppentherapie assistieren und wo immer möglich auch therapeutische Aufgaben selbstständig unter Aufsicht übernehmen. Begleitet werden die Studierenden der MHB hierbei von der Klinikkoordinatorin. Die Unterstützung erfolgt dabei ganz praktisch durch Schulungen (bspw. Dokumentation im Kliniksystem), aber auch durch regelmäßige Supervision und Kompetenztrainings.

Für die Studierenden wurden Schulungs- und Büroräume auf dem Klinikgelände im sog. salus campus der MHB eingerichtet.

Hier können die Studierenden die notwendigen schriftlichen Aufgaben erledigen, Rollenspiele durchführen, diese mit der Kamera aufnehmen, sowie die Aufnahmen dann zur Nachbesprechung anschauen. Die zunehmende Übernahme von konkreten therapeutischen Aufgaben im Klinikalltag bedeutet für die Studierenden, Verantwortung zu haben, mitzudenken, sowie das für den Beruf benötigte Handwerkzeug ganz praktisch zu erlernen.

Eine weitere Komponente in der Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut*innen ist die Begleitung einer ambulanten Behandlung an der Ausbildungsambulanz für Verhaltenstherapie SIV der Klinik.

Die Studierenden verfolgen hier eine laufende ambulante Behandlung. Der Fokus liegt auf der Verknüpfung von theoretischem Wissen und praktischer Behandlung. Ein Leitfaden führt die Studierenden dabei durch die verschiedenen Abschnitte einer ambulanten Therapie. Dabei beschäftigen sich die Studierenden mit Fragen der richtigen Diagnosestellung, der Einschätzung des Schweregrades sowie der Einordnung von Symptomen bis hin zur Auseinandersetzung mit dem indizierten, individuellen Behandlungsansatz. Wesentlich ist dabei die Erstellung eines individuellen Störungsmodells, welches die Entstehung und Aufrechterhaltung der Patientenbeschwerden abbildet. Der Lernerfolg wird durch die Verknüpfung von Modelllernen (Hospitation), Schulung, Eigenaktivität, Reflexion und Verknüpfung von Theorie und Praxis sichergestellt.

Studierende im Campus

Zukunft verfahrensspezifische Weiterbildung

Wir werden nun die Zukunft der verfahrensspezifischen Weiterbildung der künftig approbierten Psychologiestudent*innen in der salus klinik Lindow ins Auge fassen. Unser Ziel ist dabei, unseren Mitarbeiter*innen weiterhin eine verfahrensspezifische Gesamtweiterbildung über 5 Jahre inklusive der stationären und ambulanten Anteile aus „einer Hand“ zu ermöglichen. Wir suchen dabei insbesondere nach kreativen Lösungen, die einen Qualitätsverlust der therapeutischen Arbeit der Klinik einerseits, aber auch eine Minderung der Stellung unserer psychotherapeutischen Mitarbeiter*innen im Haus abwenden, die dann entstehen könnten, wenn künftig alle Mitarbeiter*innen in fachpsychotherapeutischer Weiterbildung die Klinik spätestens nach 3 Jahren für die ambulante Phase ihrer Weiterbildung verlassen müssten.

Beispiel	Teilnahme im Alltag/Wochenablauf	Aufgaben
Woche 1.	Hospitation in der Bezugsgruppe (Sucht) und in der indikativen Schmerzgruppe	
Schulung	**Dokumentation in der elektronischen Patientenakte vorgenommen wird**	
Supervision	**Wie verlief der erste Patientenkontakt? Wie hat sich die „Therapeutenrolle“ hierbei angefühlt?**	
Woche 2. und 3.	Begleitung bei der Aufnahme neuer Patient*innen (Aufnahme- und Anamnesegespräche, störungsspezifische Diagnostik und Erstellung des psychopathologischen Befundes)	Dokumentation von Gruppentherapien und der Aufnahme neuer Patient*innen; Unterstützung in Anamnese und Diagnostik
Schulung	**Psychopathologischer Befund nach AMPD System. Anwendung, Auswertung, Eingabe, Interpretation und Rückmeldung der Diagnostik. Im Rollenspiel wird ein Anamnesegespräch geübt.**	
Supervision	**Beziehungsgestaltung: wie gelingt ein (komplementärer) Beziehungsaufbau**	
Woche 4./5./6. und 7.	Teilnahme an Einzel- und Gruppentherapie sowie an Psychodiagnostik	Dokumentation von Gruppentherapien, Unterstützung von Einzel- und Gruppentherapie, Durchführung einer Anamnese und Diagnostik unter Aufsicht.
Schulung	**Besprechung der Therapie-Materialien; Wozu dienen Therapieaufgaben (z.B. Verhaltensexperimente, Führen eines Selbstbeobachtungsprotokolls)**	
Supervision	**Wie ist das Anamnesegespräch gelungen? Videogestützte Auswertung des Aufnahmegesprächs**	
Woche 8./ 9./10. Und 11.	Teilnahme an Einzel- und Gruppentherapie sowie an Psychodiagnostik. Zunehmende Erledigung eigenständiger Aufgaben	Zusätzlich: eigenständige Hilfestellung/Begleitung von Patient*innen bei Therapieaufgaben. Diagnostisches Auswertungsgespräch, Prognosestellung und Psychoedukation unter Aufsicht
Schulung	**Die „neuen“ Gesprächsbausteine besprechen und einüben; geeignete Themen für Gruppentherapien werden erarbeitet und für die Gestaltung in der Gruppe eingeübt**	
Supervision	**Welche Besonderheiten bringt die Durchführung der Gruppentherapie mit sich?**	
Woche 12./13./14. und 15.	Neben bekannten Aufgaben, Begleitung bei besonderen Gesprächen, z.B. Angehörigengespräch	Weiterführung der bisherigen Aufgaben und punktuell Leitung der Gruppentherapie unter Aufsicht
Eine abschließende Reflexion erfolgt in schriftlicher Form, so dass die Studierenden sich nochmals mit den Inhalten auseinandersetzen und ganz praktisch schon geforderte Aufgaben erledigen.		

Tabelle 1. Strukturierung der berufspraktischen Einsätze im Master-Studium

Dr. Gregor Peikert, Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) im Gespräch mit Direktor Robert Schöneck und Prof. Johannes Lindenmeyer

Worauf kommt es der OPK bei der Ausgestaltung des approbationskonformen Studiums der Psychologie an?

G. Peikert: *Als OPK wünschen wir uns, dass in diesem Studiengang sowohl eine wissenschaftliche Ausbildung erfolgt als auch so viel therapeutische Handlungskompetenz erworben wird, dass die Studienabgänger*innen eigenverantwortlich Patient*innen diagnostizieren, begleiten und behandeln können. Es stellt eine besondere Herausforderung dar, gleichzeitig Wissenschaft und Heilkunde zu vermitteln.*

Was ist Ihr erster Eindruck von der Umsetzung der berufspraktischen Einsätze von Studierenden in der salus klinik Lindow?

G. Peikert: Die Medizinische Hochschule Brandenburg und die salus klinik Lindow leisten hier Pionierarbeit. Sie sind die Ersten in unserem Kammergebiet, die das realisiert haben. Ich bin insbesondere beeindruckt, wie weit Sie in Lindow mit der Ausgestaltung der berufspraktischen Einsätze der Studierenden gekommen sind. Bei der Entwicklung der Approbationsordnung hatten wir v. a. die Ziele der Reform im Auge. Entsprechend lag unser Schwerpunkt damals weniger darauf, wie man das in der Praxis konkret umsetzen kann.

Es ist bemerkenswert, welch großen Einsatz Ihre Klinik, v. a. aber auch Ihre therapeutischen Mitarbeiter*innen, hier bei der Umsetzung der Studiengangreform erbringen. Ich wünsche Ihnen dauerhaften Erfolg, damit dieser Weg auch Anregung für andere Kliniken sein kann. In Ihrem Fall ist sicher von Vorteil, dass die salus klinik Lindow schon immer einen Psychologen als Direktor hatte und hat und sehr viele Psycholog*innen beschäftigt.

Als OPK werden wir uns dafür einsetzen, dass Kliniken, die sich in einem solchen Ausmaß wie Sie in der Lehre der Psychologie einbringen, auch offiziell, wie in der Medizin, den Status eines akademischen Lehrkrankenhauses verliehen bekommen.

JUNG, GEFLÜCHTET, SÜCHTIG...

IN DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL

I. Claesens K. Hohagen C. Muhl

In Zeiten der Pandemie ist die Flüchtlingswelle von 2015 und 2016 kein relevantes Thema in den aktuellen Medien. Im Rahmen der medizinischen Suchtrehabilitation kommen nun jedoch die ersten Betroffen an.

Migration in der salus klinik Castrop-Rauxel

STATISTIK
Im Jahr 2020 hatten insgesamt 27 % der PatientenInnen einen Migrationshintergrund angegeben. Prozentual machten PatientInnen mit türkischer Herkunft mit 8 % die größte Gruppe aus. Von den insgesamt 23 PatientInnen, waren 17 als Kinder von Migranten in Deutschland geboren worden. Der Anteil an Frauen lag bei 13,6 %.

MERKMALE DER PATIENTEN
Als uns vorgeschaltete Stelle im Hilfesystem erhielten wir von der Beratungsstelle „Feedback" aus Dortmund die Information, dass im Jahr 2020 161 geflüchtete, zumeist männliche Personen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, Kontakt zur Beratungsstelle aufnahmen. Meist konsumierten die Betroffenen Amphetamine und Cannabis, oft begann der Konsum erst in Deutschland, ebenso bei unseren Patienten. Laut Landesstelle Sucht NRW beginnt der Konsum in 30% der Fälle erst in Deutschland.

Eine „junge Migrationsgeschichte" von wenigen Jahren weisen in unserer Klinik im Jahr 2021 drei Patienten auf. Die jungen Männer (19-22 Jahre) kamen aus Pakistan, Syrien bzw. Afghanistan. Alle Patienten flohen als Jugendliche nach Kriegserfahrungen alleine aus ihrem Heimatland und haben, nur selten, telefonischen Kontakt zur Herkunftsfamilie. Jeder der drei Patienten hat die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Das Jugendamt war zum Zeitpunkt der Therapie involviert und teilweise bestand eine gesetzliche Betreuung. Über diese Hilfestellen begann die Kontaktaufnahme zur zuweisenden Suchtberatungsstelle.
Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung spielte im therapeutischen Kontakt eine weniger starke Rolle, als zunächst anzunehmen wäre.

Die Diagnosestellung schien die Patienten zwar zu entlasten, eine intensivere Auseinandersetzung war zum Zeitpunkt der stationären Entwöhnung bei uns kaum möglich. Sozialrechtliche oder Teilhabe Aspekte standen im Vordergrund. Für weitere Helfer im Hilfesystem, wie Betreuer oder im weiteren Sinne auch Rechtsanwälte, bot die Diagnose allerdings neue Handlungsmöglichkeiten.

FALL-VIGNETTE
Ein 19-jähriger Patient mit einer Cannabis-, Amphetamin- und Alkoholabhängigkeit. Er lebt in einem Asylbewerberheim, ohne Familie. Diese befindet sich im Heimatland und es besteht nur sporadischer Kontakt. Im Alter von 15 Jahren kam er alleine nach Deutschland. Er hat einige Jahre als Produktionshelfer gearbeitet, ist aktuell jedoch arbeitslos. Aktuell habe er in Deutschland eine Duldung. Für den Alltagsgebrauch liegen ausreichende mündliche Sprachkenntnisse vor. Der Patient kann jedoch weder auf Deutsch lesen noch schreiben.

In Deutschland habe er mit dem Konsum begonnen. Der Patient gibt an, Cannabis zur Beruhigung konsumiert zu haben, wenn er an den Krieg gedacht habe. Er habe dann besser geschlafen. Zudem habe er die soziale Verbundenheit beim gemeinsamen Konsum genossen. Amphetamine und Alkohol habe er zur Stimmungsaufhellung eingesetzt.

Der Patient beschreibt Einschränkungen bei der Haushaltsführung und im Umgang mit Ämtern. Die Beziehungen zu anderen Menschen seien belastet. Vertrauen aufzubauen gelinge ihm nur schwer. Berufliche Arbeitsanforderungen würden ihn schnell überfordern. Er kann keine Hobbys benennen.
Die psychotherapeutische Behandlung orientierte sich stark an den Themen Beziehungsaufbau, Vermittlung von Sicherheit und Transparenz und diversen eher pädagogischen Tätigkeiten. Eine tiefgreifende Psychotherapie war nicht möglich. Dies lag zum einen an den Sprachkenntnissen, zum anderen an den vorrangigen Themen des Patienten. Die Beziehung zu beinah allen MitarbeiterInnen und MitpatientInnen war von Misstrauen geprägt. Ausgenommen einzelne MitpatientInnen, mit denen er sich verbündete. Er reagierte in Konflikten impulsiv, im Alltag zog er sich häufig zurück. Er bekam intensive männliche Unterstützung bei Lernen der Deutschen Sprachen, diese Hilfe konnte er gut annehmen.

Die Fallvignette beschreibt die Komplexität in der psychotherapeutischen Arbeit mit einem jungen Mann, der erst vor wenigen Jahren als Flüchtling nach Deutschland gekommen ist.

Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, fehlenden soziale Bindungen, kulturelle Differenzen und sprachlichen Barrieren schränken die Teilhabe an der Gesellschaft und am Arbeitsleben massiv ein. Häufig kann und muss im Behandlungsverlauf die Förderung dieser Teilhabe im Vordergrund stehen, da die PatientInnen keine Arbeitserlaubnis haben oder ihr Aufenthaltsstatus von ihrem Arbeitsverhältnis abhängt.

Zwei Aspekte des kultursensiblen Arbeitens

KRANKHEITSVERSTÄNDNIS
Der in der Fallvignette beschriebene Patient unternahm für die westliche Schulmedizin eine Selbstverletzung, während in seinem Krankheitsverständnis das Ritzen und der damit einhergehende Blutverlust die Vergiftung des Körpers beseitigen sollte.
Die PatientInnen aus dem mittleren Osten haben eher ein somatisches Krankheitsverständnis. Dies macht es schwer ein Verständnis für die eigene stoffgebundene Abhängigkeit zu entwickeln.

Neben Krankheit ist auch das Verständnis von Behandlung kulturell sehr unterschiedlich geprägt. Lernen hiesige Sucht- oder PsychotherapeutInnen Gesprächstechniken, um den PatientInnen Wege aufzuzeigen eigene Schlüsse ziehen zu können, fordern PatientInnen mit Migrationshintergrund aus dem mittleren Osten Anweisungen, was sie nun tun müssten. Sie empfinden Fragen der TherapeutIn wie z.B. „Was kann ich für sie tun?" als inkompetent.
Dies fordert nicht nur eine enorme Anpassungsleistung der PatientInnen, sondern auch der TherapeutInnen, welche einen Spagat zwischen ihren therapeutischen Grundhaltungen und den Bedürfnissen der PatientInnen vollführen müssen.

SPRACHE
Für BezugstherapeutInnen sind Sprache und Beziehung unser Handwerkszeug. Wie kann also eine erfolgreiche Therapie durchgeführt werden, wenn TherapeutIn und PatientIn nicht dieselbe Sprache sprechen? Es scheint profan und doch stolpern wir nicht selten in

der Psychotherapie über das fehlende Verständnis von in Deutschland genutzten Redensarten. Manchmal bleibt die Frage „Hat mein Patient mich verstanden?“ oder „Habe ich meinen Patienten verstanden?“ offen. Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes erschwert aktuell das therapeutische Geschehen und die Deutung der Mimik zusätzlich. In der Regel scheitern muttersprachliche Behandlungen an der geringen Anzahl von entsprechenden TherapeutenInnen. Benötigt es aber die Behandlung in der Muttersprache? Sicherlich schafft diese Nähe und verhindert Fehlkommunikation, sie ist aber nicht der Garant für gleiche identitätsstiftende Werte. Wichtiger scheint ein kultursensibles Arbeiten, das vor allem in einer reflektierten, selbstkritischen und unvoreingenommenen Haltung besteht. Somatisierung, das Phänomen des „Einverständnis im Missverständnis“ (es besteht ein Einverständnis in der Beseitigung der Symptome, aber ein Missverständnis in der Behandlungserwartung) und unnötige (medikamentöse) Behandlungen könnten durch kultursensible Behandlungen reduziert werden.

FAZIT

Die Kombination aus einer kurzen Migrationsgeschichte, einer kurzen Suchtgeschichte und einem jungen Alter stellt uns als BehandlerInnen in der medizinischen Suchtrehabilitationen vor große Herausforderungen.
Der „Königsweg“ der Suchtrehabilitation Umfeldwechsel, Aufbau von zufriedenstellender Freizeitgestaltung und Entwicklung einer beruflichen Perspektive greift hier nicht. Besteht ein Arbeitsverhältnis kann dies zur Sicherung des Aufenthaltstitels zwingend nötig sein. Ist der Arbeitsplatz jedoch ein Risikofaktor für einen Rückfall sind TherapeutIn und PatientIn in einem Dilemma. Ebenso kann die Wohnsituation nicht ohne weiteres verändert werden, lebt der/die PatientIn in einem Wohnheim für Asylsuchende. Die Freizeitgestaltung ist noch am ehesten zu verbessern. Finanzielle Grenzen kennen wir Behandler schließlich nicht nur von Patienten mit jungem Migrationshintergrund und sind hier geübt und kreativ.

Vermutlich werden in Zukunft mehr Menschen aus der „Flüchtlingswelle“ seit 2015 in die stationäre Suchtrehabilitation gelangen. Die Anpassung der Behandlung und die Überprüfung unserer eigenen kultursensiblen Haltung ist nun unsere Aufgabe. Anfangen sollten wir mit der stetigen Überprüfung hinsichtlich diskriminierender, fremdenfeindlicher und projektiver Tendenzen. Dies sollte beispielsweise in Teamsitzungen, Supervisionen oder Fortbildungsmaßnahmen explizit anvisiert werden. Zugangsbarrieren aller Art sollten identifiziert und nach Möglichkeit ausgeräumt werden (Czycholl, 2018).

VORSTELLUNG

Im Sommer 2009 fuhr ich mit meinem gerade erworbenen ersten eigenen Auto, einem VW Vox, zu meinem Vorstellungsgespräch für die salus klinik Hürth. Das Treffen fand im Privathaus von Frau Domma statt, da die Klinik in Hürth noch nicht fertig gestellt war. Ein Hund, Herr Schneider und die hochschwangere Frau Domma begrüßten mich sehr freundlich. Bereits in diesem Moment hatte ich das Gefühl, das könnte zu mir passen und dieses Gefühl ist geblieben.

In den letzten 12 Jahren habe ich meine Approbation als psychologische Psychotherapeutin, ebenso die Zusatzqualifizierung zur Kinder- und Jugendtherapeutin erworben, mich im Bereich der Schematherapie und bei der Behandlung von ADHS weitergebildet und die Ausbildung zur Supervisorin absolviert. Heirat und die Geburt meiner beiden Kinder waren weitere Highlights in dieser Zeit. Nachdem ich in der salus klinik Hürth Bezugstherapeutin von 8 unterschiedlichen Bezugsgruppen gewesen bin, in allen Abteilungen gearbeitet und so viele unterschiedliche Indikativgruppen geleitet habe, dass ich langsam den Überblick verlor, entwickelte ich den Wunsch nach einer neuen Herausforderung.

Und dieser Herausforderung begegne ich nun Tag für Tag als Direktorin der salus klinik Castrop Rauxel. Mein Ziel ist es, dass wir langfristig viele Vorteile, die bisher den größeren Kliniken vorbehalten waren, auch für unsere Klinik umsetzen können, ohne den Charme einer kleineren Klinik zu verlieren. Wir konnten bereits die Präsenz der medizinischen Mitarbeiter deutlich erhöhen und die ärztlich-therapeutischen Strukturen weiter ausbauen. Zum Beispiel werden spezielle Trauma- und ADHS-Sprechstunden angeboten. Das bereits große Indikativgruppenangebot konnten wir durch eine Trauma-Gruppe und eine Skillsgruppe weiter ergänzen. Für eine verbesserte und abgesicherte Diagnosestellung haben wir auch die testpsychologischen Prozesse erweitert und spezifiziert. Neben diesen fachspezifischen Veränderungen streben wir auch ein schönes Ambiente an, da ich überzeugt bin, dass Therapie an einem Wohlfühlort am besten gelingen kann. Das Wichtigste für ein gutes Ambiente liegt aber bereits vor – ein großartiges Team. Ein kompetentes Team, das sich sehr um unsere Rehabilitanden/-innen bemüht und offen ist für neue Entwicklungen. Vielen Dank dafür!

ENDSPURT

NEUE ADAPTION IN HÜRTH

F. Wulf

In Kürze wird ein dunkles Lavendel in die Hürther salus Raute einziehen. Gekonnt wird es sich neben die bereits bestehenden Farben einfügen:

Dahinter steht die neue salus adaption Hürth.

Die Geschichte der salus adaption Hürth beginnt 2014. Unter der Leitung von Frauke Wulf konnten seitdem 90% aller Rehabilitand*innen die Adaptionsmaßnahme mit einer vollen Arbeitsfähigkeit und 76% aller Rehabilitand*innen die Adaptionsmaßnahme regulär beenden. Ein Resultat, auf das wir durchaus sehr zufrieden blicken!

2017 haben wir uns wegweisend konzeptionell neu aufgestellt! Seitdem bietet unsere Adaption auch Plätze für Mütter, Väter und Paare mit / ohne Kind (Kinder ab dem 3. Lebensmonat bis 10 Jahre) sowie für gleichgeschlechtlich orientierte Frauen und Männer.

Auch durch die Eröffnung der Frauenklinik 2017 konnten wir umfangreiche Erfahrungen in der familienorientierten Arbeit mit Mutter / Vater / Eltern und Kind Adaption sammeln.

Um eine optimale Adaptionsbehandlung und Unterstützung in der Eltern–Kind-Interaktion zu gewährleisten, können wir auf folgende Elemente in der Behandlung zugreifen:

- Interne Kita
- Familientherapie
- Motopädie
- Interne Beschulung

Mutter- und Vaterschaft sind Lebensphasen, in denen die Notwendigkeit eines Entwurfs für das eigene Leben

durch die Sorge und die Pflicht für ein weiteres Leben erweitert wird. Dies stellt in der Phase der Adaption für die Bewohner eine zusätzliche Herausforderung dar, da diese die Phase des Übergangs von der Entwöhnungsbehandlung zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung ist.
Durch die Bereitstellung der kindgerechten Unterbringung im Kindergarten, den salus Wichtel, besteht die Möglichkeit, an allen Behandlungsangeboten teilzunehmen und so das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu verfolgen. Diese Betreuung gewährleistet, dass die Eltern an den Arbeitserprobungen teilnehmen können. Damit sie genügend Zeit für ihr Kind haben und nicht durch das Programm der Adaption überfordert werden, sind die Arbeitserprobungen an die Öffnungszeiten der Betreuungseinrichtung angepasst.

Neben der suchtspezifischen Adaptionsbehandlung besitzen wir zudem ein besonderes Know-how über indikative Behandlungsschwerpunkte wie:

- Pathologisches Glückspiel
- ADHS
- Medienabhängigkeit
- Arbeit mit gleichgeschlechtlich orientierten Menschen und Trans- und Intersexualität

Es geht somit um folgende Ziele:

- Aufbau eines tragfähigen sozialen Kontextes: Arbeit, Wohnen, suchtmittelfreie Kontakte.
- Konsolidierung der Selbstregulation: selbstständige Bewältigung des Alltags, befriedigende Freizeit.
- Aufarbeitung von Schulden und anderen sozialen Belastungen mit dem Ziel, Handlungsfähigkeit in diesen Bereichen aufzubauen und zu erhalten.
- Fähigkeit alleine zu sein.
- Knüpfen neuer, suchtmittelfreier Beziehungen, Erweiterung des sozialen Netzwerkes.
- Erkennen und Ausleben der Elternrolle im beruflichen und gesellschaftlichen Alltag (bei Eltern-Kind-Adaption)
- Bearbeitung und Stabilisierung des Familiensystems (bei Paar–Kind-Adaption

Aufgrund der hohen Nachfrage sind wir schnell an unsere Belegungskapazitäten gestoßen. Wir sind froh, dass wir uns mit unserem federführenden Leistungsträger, der DRV Rheinland, auf eine Erweiterung auf 24 Plätze einigen konnten. Durch den Neubau der gesamten Adaption verfügen wir ab Juli 2021 über 24 großzügig und modern eingerichtete Einzelappartements mit eigenem Bad und Küchenzeile und können überregional Plätze anbieten.

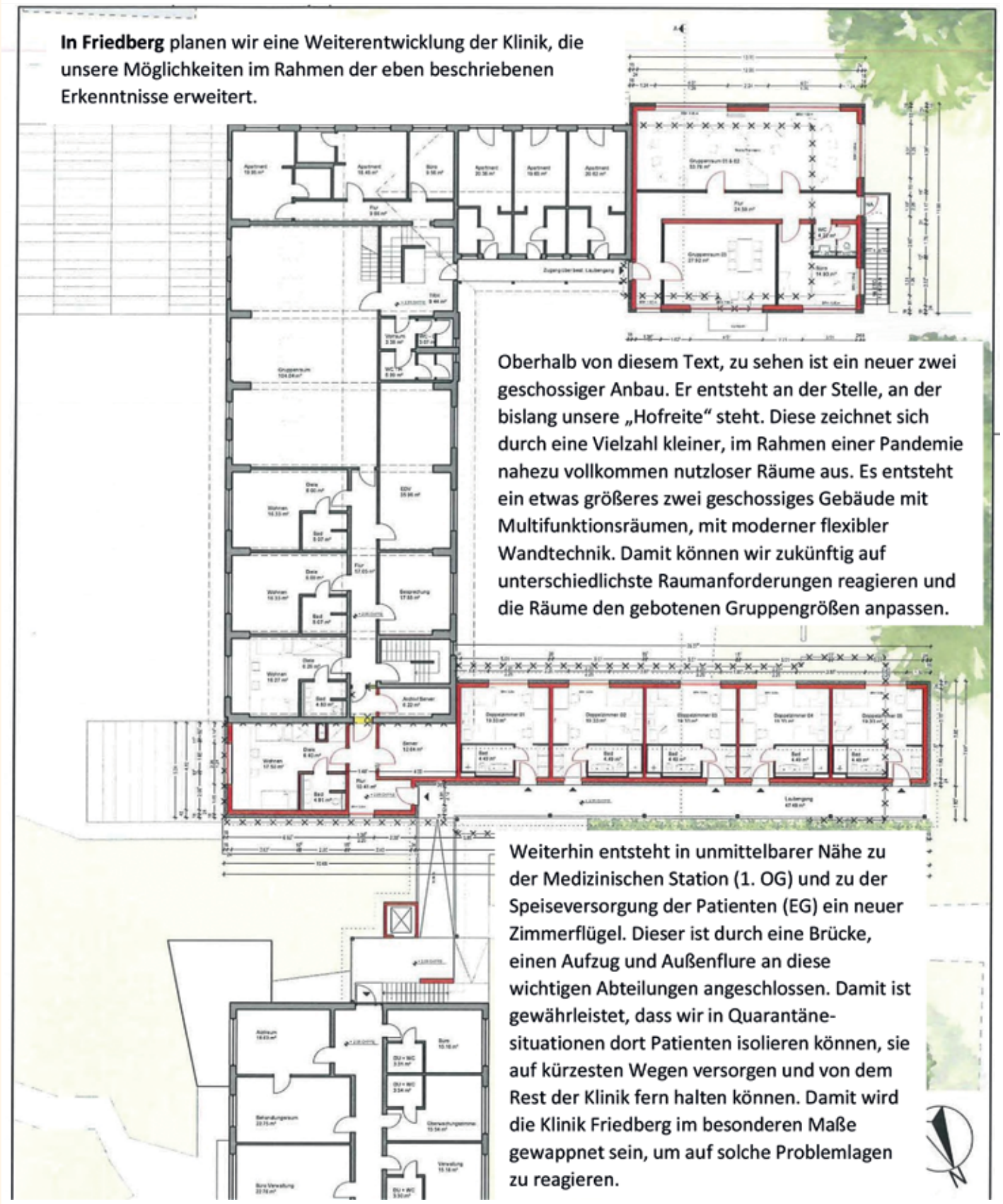
Das zukünftige Adaptionsteam mit Frauke Wulf, Maximilian Dornbusch, Vanessa Mientus und Leonie Becker werden nach dem Ansatz des Selbstmanagements den abhängigkeitskranken Menschen professionelle Unterstützung anbieten, um ihnen die Teilhabe an der Gesellschaft und im Beruf zu wieder zu ermöglichen. Durch eine intensive Kooperation verfügen wir über ein umfangreiches Netzwerk zu praktikumsgebenden Firmen, ambulanten BeWo Anbietern und Nachsorgeeinrichtungen. Therapeutisch bietet die Lage der Adaption günstige Möglichkeiten, bereits im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation Phase II die notwendigen Änderungs-, Adaptions- und Reintegrationsprozesse unter realen Bedingungen einleiten und durchführen zu können. Der Standort bietet sehr gute Möglichkeiten u.a. mit Betrieben im Großraum Köln / Bonn / Düsseldorf zusammenzuarbeiten, die großstädtische Infrastruktur zu nutzen sowie eine engmaschige Angehörigenarbeit in die Therapie zu integrieren.

... UND WIR HABEN WEITERE PROJEKTE...

SALUS KLINIK FRIEDBERG

IM UMBAU

In unserer letzten salü haben wir ausführlich beschrieben, welche Konsequenzen die aktuelle Pandemielage für unseren therapeutischen Alltag hat. Eine der wesentlichen Folgen war und ist, dass die Einhaltung der Abstandsregelungen uns und unsere Räume vor besondere Herausforderungen gestellt hat. Wir sind sehr froh, dass wir in vielen Bereichen in den vorhandenen Substanzen Antworten auf diese besonderen Aufgaben finden konnten und in einigen Fällen Weiterentwicklungsmöglichkeiten erarbeiten konnten, die teilweise schon angedacht waren und nunmehr auf die aktuellen Bedingungen angepasst und geschärft wurden.



VERGRÄMUNG UND UMSIEDLUNG BISHERIGER BEWOHNER

Bei Neubauprojekten kann es zu weilen zu Bauverzögerungen kommen, die mit „Altlasten“ zu tun haben. Auch wir, in unserem Bad Nauheimer Vorhaben, waren nicht davor gefeit. Im Zuge des Bebauungsplan-Verfahrens, wurden durch die öffentlich beteiligten Naturschutzverbände Hinweise auf das Vorhandensein kleiner Zauneidechsen Populationen vorge-

SALUS KLINIK FRIEDRICHSDORF

NEUBAU IN BAD NAUHEIM

Auch an unserem Nachfolgestandort für unsere salus klinik Friedrichsdorf in Bad Nauheim geht es voran. Nachdem es gelungen ist, Baurecht herzustellen und „die bisherigen Bewohner" des Grundstückes zu vergrämen und umzusiedeln (sehen Sie dazu den kurzen Tatsachenbericht auf dieser Seite), haben wir endlich angefangen, die auf dem nachfolgenden Bild visualisierte hochmoderne Klinik zu bauen. In ihr fließt die gesamte Erfahrung ein, die wir in den letzten Jahren und aktuell beim Bau und Betrieb von Rehakliniken an unseren anderen Standorten gesammelt haben. Die Patienten werden abteilungsübergreifend in Einzelzimmern untergebracht. Damit lassen sich Quarantänesituationen problemlos in der gesamten Klinik bewältigen. Die Klinik verfügt über ausreichende Funktionsräume, die ebenfalls vielfach multifunktional veränderbar sind.
Bei planungsmäßigen Verlauf werden wir die Klinik im ersten Halbjahr 2023 in Betrieb nehmen und Sie in den nächsten Ausgaben weiterhin über dieses Projekt auf dem Laufenden halten.

legt. Auf dem ersten Bild dieser Reihe ist das Eingriffsgebiet mit den potenziellen Eidechsenhabitaten zu sehen. In Abstimmung mit der unteren Naturschutzbehörde haben wir ein Maßnahmenkonzept entwickelt, welches die Vergrämung der schützenswerten Tiere in der Zeit von Juli 2020 bis Februar 2021 vorgesehen hat. Dieses sah die Rodung der Eingriffsfläche vor, die Errichtung eines Reptilienschutzzauns zur Führung der abwandernden Tiere (zu sehen auf Bild 2) und die „Herstellung von Habitatstrukturen als Rückzugsraum, Überwinterungsquartier und spätere Sonnen- und Eiablageplätze: Stein- und Totholzhaufen, mit Hohlräumen bis ca. 1,00 m im Erdreich verankert und umgeben Sandflächen" (sozusagen die besten Ersatzhabitate, die man haben kann; zu sehen auf Bild 3).
Ende Februar wurde festgestellt, dass im Eingriffsgebiet keine Zauneidechsen mehr vorhanden waren, so dass die Maßnahme für beendet erklärt wurde. Nach diesem Erfolg konnte es los gehen, bis wir unseren auf dem rechten Bildrand abgebildeten Fund unseres gotischen Zeitgenossen, seines Begleiters und seines Pferdes gestoßen sind, den wir Ihnen auch nicht enthalten wollen. Im Vergleich zu der Umsiedelung von Zauneidechsen, erfolgt die von Gebeinen in einer schwindelerregenden Geschwindigkeit, da diese innerhalb von 24 Stunden abgeholt werden müssen.

SUCHT UND SELBSTFÜRSORGE: „EINE GRUPPE WERT?“

IN DER SALUS KLINIK FRIEDBERG

S. Schmitz

SELBSTBEZIEHUNG

„Der Samen des Leidens in Dir mag stark sein, aber warte nicht, bis du kein Leiden mehr hast, bevor du Dir erlaubst, glücklich zu sein.“

Thich Nhat Hanh

Mit diesem Ausspruch berührt der buddhistische Mönch und Schriftsteller Nhat Hanh in einem Nebensatz ganz sanft und selbstverständlich das, was für viele Menschen im Verborgenen einer Unbewusstheit schlummert, obwohl es doch stets da ist:
Die Beziehung, die wir zu uns selbst haben und die Kraft der Möglichkeiten, die dieser Beziehung innewohnt.

Unabhängig davon, ob wir uns nun innerhalb oder außerhalb persönlicher Leidenskontexte bewegen, wirkt diese unsere Selbstbeziehung stetig in uns fort und entfaltet - oft subtil - ihre positiven oder auch negativen Kräfte. Je mehr Leiden uns erfüllt, desto größer wird unser Bedürfnis nach Zuwendung, Hilfe, Fürsorge und Stärkung, um dieses Leiden überwinden und bewältigen zu können (Schmitz 2021). Die Suchterkrankung stellt sicherlich mit all ihren biopsychosozialen Zusammenhängen einen erheblichen Leidenskontext da, der vielschichtig wirksam ist. Eine Suchterkrankung kann bereits entstanden und gewachsen sein auf dem Boden vielfältigen (biopsychosozialen) Leids. In ihrem Fortschreiten verfestigt sie dieses Leid oftmals und kreiert aus ihrer eigenen Dynamik heraus neues, sich wiederum verfestigendes Leid. (Petzold et al. 2007).

Ohne einen direkten Vergleich anstellen zu wollen, findet sich hier dennoch eine parallele zu unserer Selbstbeziehung. Denn auch eine negativ oder mangelhaft ausgeprägte, festgefahrene Selbstbeziehung entsteht oftmals im Laufe einer Biografie auf dem Boden vielfältigen biopsychosozialen Leids. Wie soll sie sich auch positiv formieren, wenn uns das keiner vorgelebt hat und/oder wenn die Belastungen des alltäglichen Lebens stets zu hoch waren, um über eine erfolgreiche Bewältigung positive Selbsterfahrungen machen zu können? Und ebenso wie die Suchterkrankung vermag ein chronisch negatives Selbstbild es, vielfältig bestehende Leidenszustände zu chronifizieren, neues Leid hervorzubringen und eigentlich vorhandene Ressourcen zu blockieren.
Dieser Kreislauf ist teuflisch. Kehrt man ihn aber um, so kann in ihm auch ein Schlüssel zu heilsamer Veränderung liegen. Denn eine Verwandlung der Selbstbeziehung hin zu mehr Selbstfreundschaft kann umgekehrt ebenso eine wirkungsvolle Kraft entwickeln. Ein positiveres Selbstbild darf dann wieder wachsen, verhasste und verleugnete Selbstanteile dürfen verstanden und (re)integriert werden, das Selbst darf wieder zu einer Einheit werden. Blockierte Selbstfürsorgestrategien werden frei gegeben, neue können erlernt, verfestigte Negativmuster können gelöst werden. Derart kann eine Umwandlung der Selbstbeziehung positiv zur Überwindung bestehender, festgefahrener Problemlagen beitragen und sich über die Schnittstelle des Biopsychosozialen auch günstig auf weiterführende Bewältigungsprozesse (wie die Regulierung der Sucht) auswirken (Grossmann;Russinger 2011).

Diese Umwandlung der Selbstbeziehung hin zu mehr Selbstfreundschaft ist direkt verknüpft mit einer gelingenden Selbstfürsorge.

SELBSTFÜRSORGE

Was aber steckt hinter diesem eigentlich recht selbsterklärend scheinenden Begriff der Selbstfürsorge? Klar, mag man denken. Für sich selbst sorgen natürlich. Das stimmt und doch geht es noch um etwas mehr. Denn um für sich selbst gut sorgen zu können, muss man erst einmal wissen, was man gerade braucht und was einem nachhaltig gut tut. Die Selbstfürsorge ist daher keine klar „abgrenzbare Fähigkeit“ oder Eigenschaft (Küchenhoff 1999). Vielmehr ist sie eine Komposition unterschiedlicher Elemente: eine liebevolle, wertschätzende Haltung sich selbst gegenüber gehört ebenso zu ihr wie das Wahr- und Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse.

Das alleine wäre aber nicht komplett ohne das Tragen der Verantwortung für sich selbst, um aktiv einen Beitrag zum eigenen Wohlergehen zu leisten (Dahl 2019). Dieser Beitrag kann simpel und unbedeutend scheinen oder auch eine wirkliche Veränderungsbereitschaft bestehenden Strukturen gegenüber bedeuten. Eine gelingende Selbstfürsorge kann auch beschrieben werden als eine positiv ausgerichtete Achtung, Wahrung und aktive Pflege der eigenen Selbstbeziehung. An dieser Beschreibung wird noch einmal deutlich, warum bei bestehender Schieflage der Selbstbeziehung eine Bewusstheit über diese Beziehung als voraussetzend für eine aktive Selbstfürsorge betrachtet werden kann. Denn wenn man gar nicht erst wahrnimmt, dass man selbst eine Person ist, zu der man auch selbst, ob man will oder nicht, eine wie auch immer geartete Beziehung hat, dann realisiert man oftmals auch nicht, dass man sich sich selbst gegenüber, ob man will oder nicht, auch immer auf die ein oder andere Art und Weise mit allen möglichen Konsequenzen verhält. Und dann kann man dieses Verhalten, da es eben unbewusst geschieht, auch nicht sehenden Auges beeinflussen. Dann agiert man quasi blind in einer Schattenwelt aus Affekten, Selbstwertkonflikten und oftmals unklaren, andauernden emotionalen Zuständen (Dally 2012).

Denn sicherlich kann ich besser für etwas sorgen, von dem ich klar und bewusst weiß, dass es existiert.

SUCHT UND SELBSTFÜRSORGE

Manch einer mag denken:“ Sucht und Selbstfürsorge, das widerspricht sich doch aus sich heraus.“ Das stimmt so jedoch nicht. Denn sowohl die Phase des anfänglichen Konsums (die zu differenzieren ist von der sich später aus

diesem Konsum ergebenden Abhängigkeit) als auch das spätere suchtgesteuerte Konsumverhalten müssen nicht verstanden werden als die vollkommene Abwesenheit von Selbstfürsorge, sondern können durchaus gelesen werden als ein kurzfristig wirksamer Akt der Selbstfürsorge. Die betroffene Person sucht dann in ihrer Außenwelt nach etwas, mit der sie sich selbst medikamentieren kann, um einen oder mehrere Leidenszustände zu kontrollieren. Die konsumierte(n) Substanze(n) (oder das konsumierte Verhalten) sind dann Versuche den persönlichen Stress zu regulieren, unangenehme, als unaushaltbar empfundene Gefühle erträglich zu machen, sich der inneren und äußeren Realität besser anzupassen, zumindest zeitweise vor sich selbst (als belastendem Stressor) fliehen zu können und/oder sich mit etwas als vorübergehend angenehmen empfundenem zu erfüllen (Grossmann;Russinger 2011). Diese Selbstfürsorge ist nur eben dysfunktional und nicht nachhaltig. Und nicht zuletzt verschlimmert sie, wie bereits beschrieben, auch durch die Entstehung von süchtigem Verhalten, oftmals genau die Leidensfragen- und Zustände, die sie zu beantworten und lösen sucht. Selbstverurteilung und Selbstabkehr sind dann (zusätzlich zu oftmals bereits bestehenden Negativselbstbildern) vermehrt die Folge, wenn man stets aufs Neue damit konfrontiert wird, dass man es statt besser nur noch schlimmer macht.

Das Leiden wird durch den so entstehenden, sich stets wiederholenden negativen Selbstdialog gefüttert und verlangt nach erneuter Linderung durch süchtiges Verhalten, durch das sich wiederum das negative Selbstbild weiter vertieft (ebd.).

IG-SELBSTFÜRSORGE

Während meines Praktikums beim klinischen Sozialdienst der salus klinik Friedberg konnte immer wieder an verschiedenen Stellen (Sozialberatung, Hospitation in verschiedenen therapeutischen Indikativgruppen) beobachtet werden, dass die Patient*innen von einer umfassend negativen Sicht des eigenen Selbst geprägt zu sein schienen, was sich unter anderem sichtbar in ausgeprägten Ambivalenzen der Selbstbeziehung, mangelnder Selbstorganisation sowie in Dysbalancen in der individuellen Anspannungs- und Entspannungsfähigkeit der Patient*innen äußerte. Um den Patient*innen hier ein therapieergänzendes, empowerndes Unterstützungsangebot von Seiten des Sozialdienstes anbieten zu können, entsteht im Rahmen des Praktikums die Idee zur Konzeptionierung und Durchführung des sozialtherapeutischen Gruppenangebotes „IG Selbstfürsorge“.

Ziele sind aus den oben dargelegten Gründen mit Hilfe verschiedener Techniken eine Bewusstheit für die eigene Selbstbeziehung zu schaffen, den Raum zur Reflexion über die Beschaffenheit dieser Selbstbeziehung zu geben und den Wunsch nach Selbstfreundschaft zu wecken. Im Kontext von Sucht und Selbstfürsorge reflektieren die Teilnehmer*innen sowohl bisherige Stressoren und Problemlagen als auch die Funktion ihrer bisher konsumierten Substanzen und eigene Selbsterwartungshaltungen bezogen auf alltägliche Anforderungen und Heilungsvorstellungen. Ein weiteres Ziel ist über die gemeinsamen Reflexionen in der Gruppe zu Sensibilisieren für den eigens praktizierten Selbstdialog und anzuregen zu einem wohlwollenderen, sanfteren, verständnisvolleren und verzeihenden Umgang mit dem eigenen Selbst, indem die Auswirkungen eines negativen Selbstdialoges veranschaulicht und den eigentlich angestrebten Wünschen nach Besserung gegenübergestellt werden. Auf diesem Weg möchte die „IG-Selbstfürsorge“ ihren Teilnehmer*innen gewissermaßen „Hilfe zur Selbsthilfe“ leisten, um Selbstwirksamkeit wieder positiv erfahrbar zu machen und so das Rüstzeug für eine selbstbestimmte, gelingendere Lebensbewältigung sukzessive zu stärken.

RESUMEE

Die „IG-Selbstfürsorge“ wurde insgesamt viermal in einem Zyklus mit vier 60-minütigen Sitzungen (je zwei pro Woche) als geschlossenes Angebot durchgeführt. Nach Vorüberlegungen wurde die Gruppe in Geschlechtertrennung als Männer- und Frauengruppe angeboten, um für alle Teilnehmenden einen möglichst vertrauten, sicheren Rahmen für die Auseinandersetzung mit dem Selbst zu gewährleisten. Diese geschlechtshomogene Aufteilung wurde besonders, aber nicht ausschließlich, von den Frauen uneingeschränkt gut aufgenommen und im Nachhinein als überaus wertvoll für den eigenen Öffnungsprozess benannt.

In den Gruppen herrschte uneingeschränkt eine rege Beteiligung. Die Teilnehmenden konnten die Thematik ohne Probleme auf eigene Bereiche übertragen, so dass die weiterführende Prozesshafte Bearbeitung in der Gruppe intensiv und ebenso vielfältig wie die Biografien der Teilnehmer*innen war.

Die nachfolgende evaluative Auswertung des Gruppenangebotes zeigte, dass 84% der Teilnehmenden nach der letzten Sitzung das Thema Selbstfürsorge besser verstehen konnten als vor der Gruppe und 89% glaubten, hilfreiche Erkenntnisse die eigene Selbstbeziehung betreffend gehabt zu haben. 90% fühlten sich durch die Gruppe angeregt etwas im Umgang mit sich verändern zu wollen und sich künftig (ebenfalls 90%) besser für sich einsetzen zu wollen. 85% der Teilnehmer*innen rechnete mit positiven Auswirkungen der Gruppe auf die eigene Selbstbeziehung (Schmitz 2021).

Auch wenn die Evaluationen Momentaufnahmen darstellen, kann abschließend doch festgehalten werden, dass die Zusammenarbeit in den Gruppen als besonders eindringlich und produktiv beobachtet werden konnte. Die Thematik der Selbstfürsorge als Pflege der Selbstbeziehung hat letztendlich für jeden Menschen Relevanz.

In der Triage von Multiproblemlagen, chronifiziert entgleister Selbstbeziehung und Suchterkrankung ist sie jedoch von besonderer Bedeutung.

Betrachtet man die Sucht neben anderem auch als fehlgeleitete, dysfunktionale Selbstfürsorge des leidenden, sich entfremdeten Selbst und somit auch als ein destruktives Aufbegehren verleugneter Selbstanteile, so hieße eine gelingende Selbstfürsorge nicht diese revoltierenden Anteile zu bekämpfen und zu eliminieren, sondern verstehen und annehmen zu lernen (Teischel 2014).

Mit (Selbst)Liebe zu besänftigen und zu (re)integrieren. Denn ist es nicht so, „daß das Destruktive in der menschlichen Entwicklung und im menschlichen Leben seinen Platz hat, ob wir wollen oder nicht, und daß es nicht verleugnet, sondern furchtlos registriert und durch Liebe eingeschränkt werden muß.“(Küchenhoff 1999)

Selbstfürsorge im Suchtkontext ist also allemal „eine Gruppe wert!“

Literatur

Dahl, Christina (2019): Warum es sich lohnt, gut für sich zu sorgen-Über den langfristigen Nutzen der Selbstfürsorge – Ergebnisse zweier empirischer Studien. In: Prävention und Gesundheitsförderung1. 2019, S. 69-78.

Dally, Andreas (2012): Störung der Selbstfürsorge und süchtiges Verhalten. In: Bilitzta, Klaus W. (Hrsg.): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Saarbrücken. S. 113-127.

Grossmann, Peter; Russinger, Ulrike (2011): Verwandlung der Selbstbeziehung. Therapeutische Wege zur Freundschaft mit sich selbst. Heidelberg.

Küchenhoff, Joachim (1999): Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge-die seelischen Voraussetzungen. In: Küchenhoff, Joachim (Hrsg.): Selbstzerstörung und Selbstfürsorge. Gießen, S.147-165.

Petzold, Hilarion G. (2004): Drogenabhängigkeit als Krankheit. Anthropologische, persönlichkeitsorientierte, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven. In: Petzold, Hilarion; Schay, Peter; Ebert, Wolfgang (Hrsg.): Integrative Suchtherapie.
Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. S. 465- 482.

Schmitz, Saskia (2021): Die Indikativgruppe
*Selbstfürsorge: Konzeptentwicklung und Durchführung eines sozialtherapeutischen Gruppenangebotes zum Thema Selbstfürsorge im Kontext der Suchterkrankung für Patient*innen einer stationären Entwöhnrehabilitation. Köln.*

Teischel, Otto (2014): Krankheit und Sehnsucht. Zur Psychosomatik der Sucht. Hintergründe-Symptome-Heilungswege. Klagenfurth.

STATIONÄRE THERAPIE WÄHREND DER CORONA-PANDEMIE

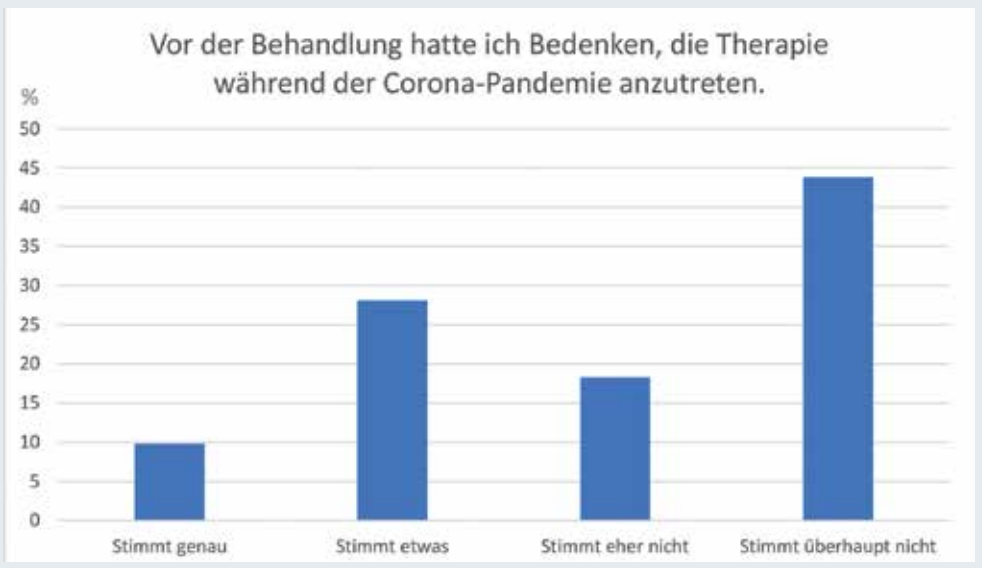
IN DER SALUS KLINIK FRIEDRICHSDORF

A. Khatib

„In Zeiten von Corona ist alles anders; nichts ist normal!". Den Satz hört man überall, im privaten wie öffentlichen oder beruflichen Leben. Es bleibt kein sozialer Lebensbereich, der von den einschneidenden Einschränkungen infolge der Pandemie nicht betroffen ist. Dies gilt auch für stationäre Rehabilitations-Behandlungen. Seit Ausbruch der Pandemie tagt ein „Corona-Krisenstab" der salus klinik Friedrichsdorf wöchentlich, bei Bedarf auch mehrmals, um Vorbeugungsmaßnahmen gegen die Ausbreitung der Pandemie in unserer Klinik zu besprechen und die hierfür nötigen Strategien einzuleiten. Therapieangebote mussten auf bestimmte Teilnehmerzahlen begrenzt werden, unsere (von Patient*innen sehr geschätzten) Sucht- und Psychosomatik-Vorträge eingeschränkt werden und in den besonders kritischen Phasen sogar gänzlich ausfallen. Hinzu kommen das ständige Tragen von Masken, das Einhalten von Mindestabstand, das Besuchsverbot von Angehörigen und Freunden, die Einschränkungen von Freizeitgestaltung außerhalb der Klinik und vieles mehr. So werden in unserer Klinik seit Ausbruch der Pandemie weite Teile unseres Therapiekonzepts von unserem Hygienekonzept kontrolliert. Wir haben uns daher gefragt, ob diese Umstände nicht zu einer allgemeinen Verstimmung unserer Patient*innen geführt haben könnten und infolgedessen ihre Zufriedenheit mit der gesamten Therapie leiden könnte. Diese Vermutung würde durch eine geringere Antrittsquote der Therapiesuchenden gestützt werden: im Vergleich zu den Jahren davor hat sich der Anteil der angemeldeten Patienten, die die Therapie nicht angetreten haben, um knapp 50% erhöht, möglicherweise aus Angst vor einer Ansteckungsgefahr.

Vor diesem Hintergrund beschlossen wir, die Zufriedenheit unserer Patient*innen zu untersuchen. Dafür wurde ein kurzer Fragebogen mit 18 Items zusammengestellt. Als Grundlage hierfür wurde unser „Wochenbilanzbogen" herangezogen; die Items wurden jedoch im Hinblick auf die Umstände in Folge der Corona-Pandemie umformuliert. 16 der Items wurden so gestellt, dass deren Beantwortung mit 4 Kategorien möglich war („stimmt genau", stimmt etwas", „stimmt eher nicht" und „stimmt überhaupt nicht"). Für die weiteren 2 Fragen gab es freie Antwortmöglichkeiten, die später bei der Auswertung thematisch kategorisiert werden sollten. Die Befragung wurde an einem Stichtag (17.03.2021) durchgeführt. Daran nahmen 235 Rehabilitanden der beiden Abteilungen (Sucht und Psychosomatik) teil.

Zunächst wurden die Patient*innen befragt, inwiefern sie vor der Behandlung Bedenken hatten, die Therapie wegen der Corona-Pandemie anzutreten. 43,8% der Befragten gaben an, keine Bedenken gehabt zu haben. Von den restlichen Patient*innen gaben 28,1% „etwas" Bedenken gehabt zu haben und weitere 18,3% hatten „eher keine Bedenken" (entsprechend der Einstufung als „leichtes" Bedenken zu interpretieren). Starkes Bedenken hatten 9,8% der Befragten.

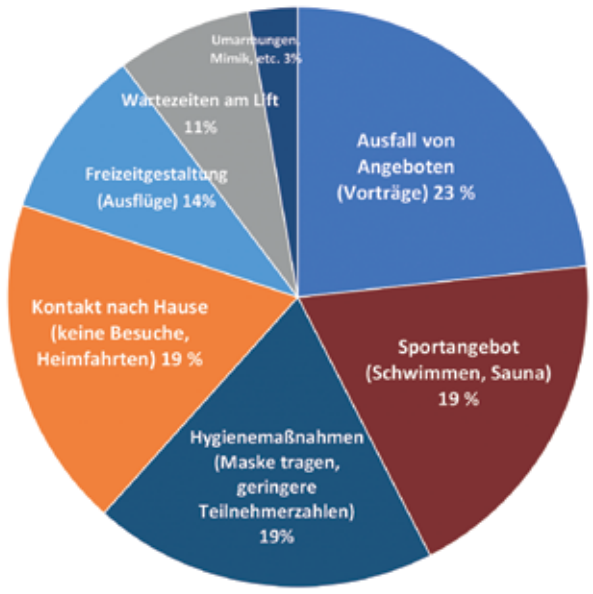


Trotz der Umstände in dem aktuellen Behandlungsangebot der Klinik infolge der Pandemie gaben insgesamt (Gesamtscore) 95,7% der Patient*innen an, zufrieden mit den Therapieleistungen zu sein; 49,4% davon sehr zufrieden.

Speziell mit der Bezugstherapie gaben 96,2% der Patient*innen an, zufrieden zu sein, wobei mehr als 2/3 (68,4%) sehr zufrieden seien. V.a. die Gruppentherapie sei „produktiv und anregend" (90,6%). Die Frage, ob die Patient*innen ihren Bezugstherapeuten vertrauen, bejahten 97,4%; davon 79,1% mit sehr. Mit der ärztlichen Betreuung sind 93,8% der Patient*innen zufrieden; 58,5% sehr. Mit der Unterstützung der medizinischen Station und Krankenpflege sind insgesamt 93,2% zufrieden, davon 57,3% sehr. Mit der Sport- & Körpertherapie sind insgesamt 91% zufrieden, davon 55,5% sehr. Mit dem Angebot der Ergo-, Kreativ- bzw. Arbeitstherapie sind insgesamt 87,2% zufrieden, davon 54,9% sehr. Mit dem Sozialberatungsdienst sind insgesamt 88% zufrieden, davon 58,5% sehr. Mit der Organisation der gesamten Therapieangebote und Behandlungsvorgänge sind 94,2% zufrieden, davon 48% sehr zufrieden.

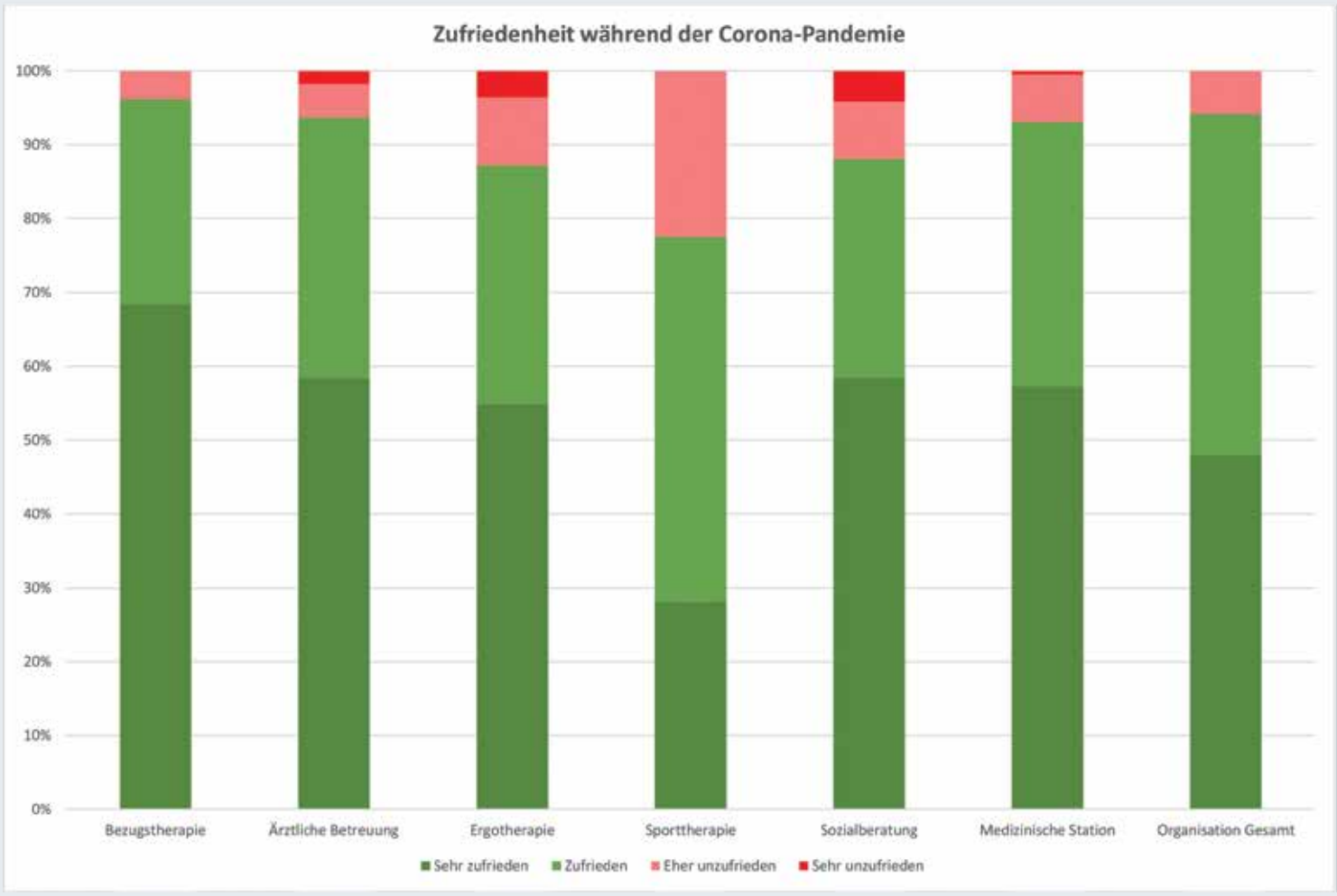
Ob die Patient*innen Nachteile in Kauf nehmen müssen, da sie sich einer Therapie während der Corona-Pandemie unterziehen, wurde von knapp der Hälfte der Befragten (48,7%) verneint.

Nachteile einer stationären Therapie während der Pandemie



Als Nachteile zählte die andere Hälfte (51,3%) in den freien Antwortmöglichkeiten auf: „Ausfall von (psychoedukativen) Vorträgen" (23,3%), „Reduktion des Therapieangebots", v.a. Schwimmen und Sauna (19,2%), „Einschränkung infolge der Hygienemaßnahmen", v.a. durch die Abstandsregelung, Tragen von Masken, Begrenzung der Teilnehmerzahlen u. ä. (19,2%), „fehlender (persönlicher) Kontakt zu Angehörigen" (18,5%), „begrenzte Freizeitgestaltung und Ausflüge" (9,6%), „Warten auf Lift" (7,5%) und Einschränkung bei der sozialen Interaktion, v.a. „fehlende Mimik, Umarmung" u. ä. (2,7%).

Auf die Frage, ob die Patient*innen auch Vorteile darin sehen, die stationäre Behandlung in unserer Klinik während der Corona-Pandemie aufzusuchen, antworteten 51,6% der Befragten mit „ja". Als Vorteile wurde in den freien Antwortmöglichkeiten am häufigsten genannt: der (beschüt-



zende) „Rahmen der Klinik“ gerade in der Pandemie-Zeit (38,4%), „mehr soziale Kontakte zu haben“ (22,4%), „Zeit zum Reflektieren“ persönlicher Lebensziele (11,2%) und (im Vergleich zum Alltag außerhalb der Klinik, gerade in der Pandemie) mehr Abwechslung und Tagesstruktur (8%). Auf die Frage, wie zuversichtlich die Patient*innen sind, sich einer erfolgversprechenden Therapie in unserer Klinik zu Zeiten der Pandemie zu unterziehen, antworteten 72,2 % mit „sehr zuversichtlich“ und 26,9% mit „zuversichtlich“ (insgesamt =99,1%).

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bedenken vor dem Therapiebeginn und Gesamtzufriedenheit mit der Therapie konnte nicht festgestellt werden (Pearson-Korrelation). Demnach sind die Patient*innen mit der Behandlung zufrieden, obwohl sie vor dem Behandlungsantritt Bedenken hatten. Je länger sich die Patient*innen in Behandlung befinden, umso signifikant stärker ist ihre Mitwirkung bei der Therapie (t=.16; p=.014), umso signifikant größer die Zufriedenheit mit der bezugstherapeutischen Unterstützung (t=.18; p=.007) und umso größer die Zufriedenheit mit der Organisation der therapeutischen Angebote (t=.14; p=.038).

Alle oben aufgeführten Ergebnisse gelten sowohl für die Patient*innen der Abteilung Sucht als auch der Psychosomatik. Mit einem Zufriedenheits-Gesamtscore zwischen 1,1 (1=max. zufrieden) und 1,8 fanden sich in allen Bezugsgruppen der beiden Abteilungen keine signifikanten Unterschiede (p=.138).

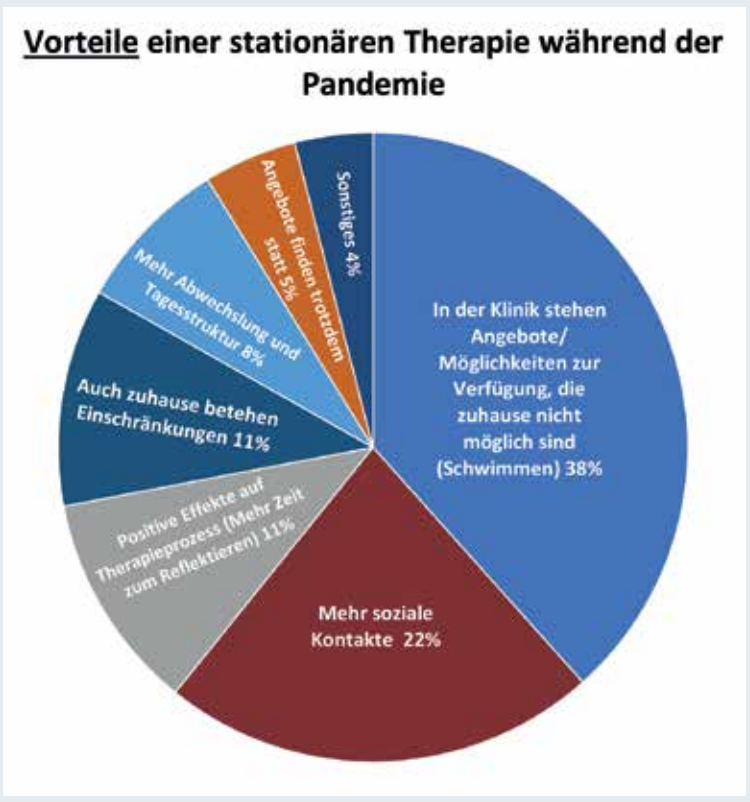
Die zufriedenstellenden Ergebnisse dieser Befragung führen wir in erster Linie auf die Therapiebereitschaft und Änderungsmotivation der Betroffenen zurück. Trotz der Einschränkungen in den verschiedenen Behandlungsvorgängen und drastischen Maßnahmen bei manchen Therapieangeboten, erkennen die Patienten die Notwendigkeit einer Behandlung als persönlich höchste Priorität, um eine fachliche Unterstützung zur Änderung ihrer Lebensgewohnheiten zu erhalten. Für die Einschränkungen infolge der Corona-Pandemie zeigen sie Verständnis und versuchen, sich den Therapieanforderungen unter den Umständen anzupassen, um so den Therapieerfolg zu maximieren.

Ein wichtiger Indikator hierfür könnte der Anteil der Rückfälle während der Behandlung sein. In Zeiten von Corona hat sich dieser Anteil verringert (und nicht erhöht!): im Jahr 2020 wurden 9,79% der Patienten während der Behandlung rückfällig; im ersten Quartal 2021 = 9,27% [in den Jahren zuvor 2019 = 12,49%; 2018=13,11%; 2017 = 14,51%; 2016 = 14,99%; 2015 = 13.10%].

Im Vergleich zu den jährlichen Ergebnissen im Rahmen unseres Qualitätsmanagements, zeigt die Befragung eine geringfügige Verschlechterung in der Zufriedenheit mit der Therapiequalität in unserer Klinik. Die o.g. Nachteile für die stationäre Behandlung während der Pandemie sind berechtigt. Sie sind als eine Rückmeldung nachvollziehbarer Empfindung zu verstehen, die aber die Zufriedenheit mit der Therapie zum Erstaunen aller nur minimal schmälert.

Für die verständnisvolle Haltung der Patient*innen gegenüber den aktuellen Einschränkungen in der Klinik ist ein transparentes und nachvollziehbares Hygienekonzept besonders wichtig. Dies muss einerseits dafür sorgen, dass die Infektionswahrscheinlichkeit auf das möglichste Minimum reduziert wird. Andererseits dürfen die Hygienemaßnahmen den Behandlungsprozess nicht lähmen und die Therapie quasi auf eine „Unterbringung“ der Betroffenen beschränken. Man kann vielleicht von Glück sprechen, dass die Pandemie sich bislang in der salus klinik – Friedrichsdorf nicht ausbreiten konnte. Das durchdachte Hygienekonzept der Klinik dürfte dabei aber auch gewiss eine effektive Rolle gespielt haben. Immerhin hatten wir in der Klinik (bis zur Durchführung der Befragung) drei Infektionsfälle! Diese wären für eine Ausbreitung der Pandemie ausreichend gewesen, hätten unsere Vorsorgemaßnahmen diese nicht schnell identifiziert und der Ausbreitung entgegengewirkt. Für die Transparenz des Hygienekonzepts gegenüber den Patient*innen nimmt das klinische Team (Bezugstherapeuten und –ärzte, Ergo- und Sporttherapeuten, Personal der medizinischen Station und andere Abteilungen) eine besondere Rolle ein: Informieren (z.B. über das Auftreten von Infektionsfällen), Erklären der notwendigen Einschränkungen, Appellieren an die Einhaltung der Hygienevorschriften, Würdigen des Verständnisses der Patient*innen für die Umstände u.a.. Auch die Therapieleitung muss - in der „Krisenzeit“ mehr denn je - die Nähe zu den Patient*innen suchen. Beim wöchentlichen Patientenforum, an dem Sprecher der Bezugsgruppen teilnehmen, stellt sich die therapeutische Leitung für Begründung von Maßnahmen und Erläuterung bestimmter Therapievorgänge zur Verfügung. Im Sinne einer Therapiegemeinschaft soll eine Behandlungsatmosphäre von Notwendigkeit und Verständnis geschaffen werden.

Das Verständnis des Behandlungsteams für die „unbequemen“ Umstände sollte allerdings authentisch sein. Denn auch wir - Therapeuten*innen und andere Mitglieder des klinischen Teams - teilen mit den Patient*innen ein Gefühl des Unbehagens. Auch wir sehnen uns nach Erleichterung, auch wir sehen uns nach den „Zeiten nach Corona“.



Die Befragung wurde mit Unterstützung von FIT (Friedrichsdorfer Institut für Therapieforschung) durchgeführt. Für die Auswertung danken wir Frau Sophie Müller & Sebastian Link.

A. Domma

Am 1. April 2022, also in knapp einem Jahr und hoffentlich nach der Pandemie, feiern die salus Kliniken ihren 30. Geburtstag. Seit dieser Zeit ist viel passiert und sicherlich werden wir für dieses Ereignis in einer Sonderausgabe unserer salü zurückblicken und resümieren.

Einen ganz wesentlichen Anteil an der Entwicklung der Gesellschaft und der Kliniken haben die Mitarbeiter*innen und die jeweiligen Leitenden der Klinik. Wenn eine dieser leitenden Stellen in der Klinik neu zu besetzen ist, so ist meist guter Rat teuer. Man sieht sich bei der Konkurrenz um, fragt Personalberater oder beauftragt gar einen Headhunter. Als Familienunternehmen haben wir stets versucht, solche Wege zu vermeiden und wir hatten Glück. Alle Nachbesetzungen konnten wir mit Mitarbeiter*innen aus unseren eigenen Reihen vornehmen.

Der Leitende Arzt unserer Mutterklinik in Friedrichsdorf, **Herr Dr. Dietmar Kramer**, ist als Direktor Herrn Ralf Schneider nachgefolgt, der dort, fast von Anfang an, die Verantwortung innehatte. Herr Dr. Kramer hat zudem die Regel durchbrochen, dass in salus Kliniken die Gesamtverantwortung bei Psychologen liegen soll. Er begann vor 25 Jahren in unserer Klinik als Oberarzt bei unserem damaligen Leitenden Arzt, Herrn Dr. Eckhard Roediger und ist diesem in der Funktion als Leitender Arzt nachgefolgt. Wir blicken bereits heute auf eine lange erfolgreiche Zusammenarbeit. Herr Dr. Kramer wird sicherlich als Direktor und Leitender Arzt die neu gebaute Klinik in Bad Nauheim eröffnen. Mit dem Bau haben wir begonnen und rechnen zum Jahreswechsel 2022/23 mit dem Umzug. Neben seiner Funktion in der Klinik ist Herr Dr. Kramer u.a. Mitglied im Vorstand des Fachverbandes Sucht.

In ebenso große Fußstapfen musste **Herr Robert Schöneck** in Lindow treten. Als unser Professor Dr. Johannes Lindenmeyer sich für den Ruhestand als Klinikdirektor und die Fortsetzung seiner universitären Karriere entschied, wusste er seine Nachfolge gut geregelt. Er selbst hat Herrn Schöneck für seine Nachfolge vorgeschlagen, nachdem Herr Schöneck bereits seit 10 Jahren, zuletzt als Leitender Psychologe, in der Klinik tätig war. Wir wissen, was wir an ihm haben und sind bisweilen erstaunt, wie schnell er die Klinik zu seiner gemacht hat. Immerhin war sein Beginn maßgeblich durch die Einschränkungen und Regelungen der Coronapandemie geprägt und beeinträchtigt. Er bildet

zusammen mit **Herrn Reto Cina** eine erstklassige und harmonische Klinikleitung. Sprachbarrieren oder -hemmnisse sind nicht zu erkennen. Herr Schöneck kommt „von da“ und Herr Cina, gut wahrnehmbar, aus der Schweiz. Auch Herr Cina hat als Oberarzt in der Klinik angefangen und ist Frau Rita Kolling in ihrer Funktion als Leitende Ärztin nachgefolgt.

Es war kurzfristig notwendig, die Leitung unserer Klinik in Castrop-Rauxel neu zu besetzen. Vor 12 Jahren hat sich **Frau Indra Claessens**, wie sie in dieser Ausgabe über sich selbst schreibt, bei uns vorgestellt. Uns war nach diesem Gespräch klar, dass wir eine Bewerberin gesehen haben, die über sehr gute Potenziale verfügt. Im Laufe ihrer klinischen Entwicklung in Hürth hat sie bewiesen, dass wir uns nicht getäuscht haben. Sie hat die Begabung, viele Dinge gleichzeitig zu tun, aber sie verliert nie den Überblick und ihre, ihr offenbar angeborene, Freundlichkeit. Sie hat einen guten Blick für das Wesentliche, packt entschlossen an und erledigt Dinge auch zu Ende. Die Situation in Castrop-Rauxel war nicht ganz einfach, aber scheinbar ist es ihr in kurzer Zeit gelungen, die Klinik hinter sich zu vereinen.

Wenn man über Frau Claessens schreibt, darf man natürlich nicht den Direktor unserer Klinik in Friedberg, **Herrn Christian Muhl**, vergessen. Er ist seit über 15 Jahren Mitarbeiter unserer Klinik in Friedberg. Er war als PIA in der Klinik Altburg in Daun, hat dort am EVI, Eifeler Verhaltenstherapie-Institut, das von Herrn Peter Missel mitgegründet wurde, seine Therapieausbildung begonnen und Frau Martina Fischer hat ihm dann eine Empfehlung für unsere Klinik in Friedberg gegeben. Hierfür bin ich Frau Fischer auch heute noch dankbar. Herr Muhl hat bei uns als Bezugstherapeut gearbeitet und hierbei die Approbation erlangt. Die Stelle des Leiters wurde 2013 vakant, weil Herr Michael Stehr in unsere Einrichtung nach Castrop-Rauxel wechseln sollte. Meine Tochter Alexa, die eine Weile als Bezugstherapeutin mit Herrn Muhl in Friedberg arbeitete, meinte, dass Herr Muhl die Befähigung zum Leiter habe. Sie lag in ihrer damaligen Einschätzung goldrichtig. Seine wissenschaftliche Kompetenz bringt er darüber hinaus in den Vorstand des Fachverbandes Sucht ein.

Und wenn ich über Eigengewächse rede, dann darf ich Eigengewächse in doppeltem Sinn nicht vergessen.
Meine Töchter Julia und Alexa haben beide in Gießen Psychologie studiert, haben beide während ihrer Therapieausbildung in Friedberg als Bezugstherapeutinnen gearbeitet und **Julia** ist mir unmittelbar als Geschäftsführerin der salus Kliniken nachgefolgt. Sie ist zunächst Direktorin der Klinik in Arnsberg gewesen und hat dann die Klinik in Hürth von anfangs 174 Betten auf jetzt 330 Betten weiterentwickelt und leitet sie parallel als Direktorin.

Meine Tochter **Alexa** hat zusätzlich zu ihrer Approbation als psychologische Psychotherapeutin eine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin abgeschlossen. Sie arbeitet auf unserem Gelände in ihrer eigenen Praxis, versorgt die Begleitkinder in unserer Frauenklinik, und zwar diagnostisch und psychotherapeutisch. Aus ihrer Tätigkeit können und müssen wir ableiten, dass die sogenannten „Begleitkinder“ eher auch zu behandelnde Patient*innen sind. Gerade arbeiten wir an einem tagesklinischen Konzept für Jugendliche, die Probleme im Umgang mit Medien etc. haben und an Störungen im psychosomatischen Formenkreis leiden. Ich will nicht verhehlen, dass mich insbesondere Letzteres besonders freut und mich mit einem gewissen väterlichen Stolz erfüllt. Es ist schön zu wissen, dass ein als Familienunternehmen begonnener Betrieb weiterhin als Familienunternehmen geführt wird.

Ganz zum Schluss: **Meine Frau Margit** unterrichtet seit der Eröffnung unserer Frauenklinik in Hürth als pensionierte Schulrektorin die schulpflichtigen Begleitkinder. Vor Aufnahme nimmt sie Kontakt mit der entsendenden Schule auf, unterrichtet jahrgangsübergreifend, schreibt Beurteilungen für Zeugnisse und dergleichen mehr. Es ist beinahe ein Fulltime-Job, den sie ehrenamtlich leistet. Ein derartiges „Eigengewächs“ hat für mich natürlich eine besondere Bedeutung und hierfür bin ich ihr sehr dankbar. Wir haben gute Aussicht, dass ihre Erfahrungen dazu führen, dass wir als Klinikschule staatlich anerkannt werden.

IMPRESSUM

Redaktion:
Sandra Fisch
salus klinik GmbH
Argelès-sur-Mer-Straße 3
50354 Hürth
Tel. 02233 8081-808
Fax 02233 8081-885

Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe:
R. Baumbach, I. Claessens, A. Domma, K. Hohagen, S. Igelmund, A. Khatib, D. Kramer, J. Lindenmeyer, C. Muhl, R. Schöneck, S. Schmitz, F. Wulf

Bilder:
Privat, shutterstock.com, thinkstock.de

Herstellungsleitung:
Sandra Fisch, salus klinik GmbH

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