



EDITORIAL



Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

wie vorgesehen, sind die Patienten am 02.11.2009 von Arnsberg in die neue Klinik nach Hürth umgezogen. Bis zum Eintreffen der Busse wurden alle Räumlichkeiten geputzt und gewienert, damit die hohen Erwartungen an die neue Umgebung erfüllt werden konnten. Mitarbeiter und Patienten waren gleichermaßen darauf gespannt, wie sich die neue Klinik „anfühlt“ und insbesondere die Küche musste pünktlich zum Abendessen ihr Können unter Beweis stellen. Die vertrauten Laufwege aus der alten Klinik waren auf einmal andere, aber das totale Chaos blieb aus. Die Therapiepläne wurden tagesaktuell erstellt und dauernd den Erfordernissen angepasst. Überall standen Mitarbeiter oder Patienten, um sich darüber zu unterhalten, wie denn nun eigentlich eine neue Klinik „geht“. Denn nichts war wie bisher und alles war anders. Sicherlich wird man die Turbulenzen des Anfangs in späteren Erzählungen etwas verklärter sehen.

Nach einjähriger Bauzeit sind insgesamt 174 Therapieplätze entstanden, 158 Einzelzimmer, 6 Doppelzimmer für besondere Indikationsstellungen und 4 Betten in einer medizinischen Abteilung. Die Psychosomatische Abteilung, die neu hinzugekommen ist, verfügt über 54 Behandlungsplätze und ist in einer eigenen Etage mit eigenen Funktionsräumen untergebracht. Die personelle und räumliche Ausstattung entspricht den Anforderungen der Leistungsträger an eine moderne Rehabilitationsklinik. Patienten und Mitarbeiter müssen die Einrichtung jetzt in Besitz nehmen und sie mit Leben und Atmosphäre füllen.

Neue Mitarbeiter werden in die spezifischen Konzepte, die bei uns zur Anwendung kommen, eingewiesen und einige müssen sich in das neue Rheinische Wohnumfeld hineinfinden. Das wohl markanteste Wahrzeichen

PÜNKTLICH FERTIG

dieser Region ist der Kölner Dom, deshalb haben wir uns für ein Kliniklogo mit den beiden Türmen entschieden. Jetzt, wo das Laub von den Bäumen gefallen ist, kann man sie von der Klinik aus sogar sehen.

Mit dem städtischen Bus erreicht man in einer knappen halben Stunde den Kölner Dom und den Hauptbahnhof. Die gleiche Zeit benötigt man von Hürth aus auch mit der Straßenbahn nach Bonn.

Hürth selbst ist eine Stadt mit annähernd 60.000 Einwohnern am westlichen Stadtrand von Köln und war als ehemaliger Höchst-Standort bekannt. Heute tummeln sich in Hürth fast alle privaten Fernsehsender und die meisten Studiosendungen von RTL, SAT 1 und Pro 7 werden im Medienviertel produziert. Ein großes Einkaufszentrum liegt fußläufig zur Klinik und wird von Patienten, anfänglich nur in Kleingruppen, gut frequentiert. Die Klinik selbst liegt am „Willy-Brandt-Platz“ und in direkter Nachbarschaft befindet sich eine psychiatrische Tagesklinik, ein Sportpark mit Kegel- und Bowlingbahnen, Tennis- und Billard-Anlagen. Abgerundet wird das Gelände durch das städtische Freizeitbad „De Bütt“.

Für den März 2010 haben wir eine Eröffnungsfeier geplant und ich hoffe, dass der anfängliche Elan bis dahin noch sichtbar bleibt und dass gleichzeitig die Alltagsroutine so nach und nach Raum greift.

Allen, die am Bau der Klinik beteiligt waren, allen die den Umzug geplant und gemeistert haben, gilt mein allerherzlichster Dank und meine Anerkennung. Es war für mich persönlich eine spannende und ereignisreiche Zeit in 2009.

Allen aktuellen und zukünftigen Patienten, wünsche ich, dass sie bei uns im besten Sinne Heil und Genesung finden werden.



SALUS KLINIK HÜRTH: ENTDECKEN SIE DIE KLINIK!

Was passiert in einer stationären Entwöhnungsbehandlung und in der Psychosomatik? Wie werden die PatientInnen behandelt? Wie lange dauert das? Kann ich meinen Mann besuchen – und er mich? Wie komme ich in die Behandlung und was kommt dann? Wovon lebe ich, wenn ich in stationäre Entwöhnungsbehandlung gehe? Was sage ich meinem Arbeitgeber?

...nur ein kleiner Ausschnitt von vielen Fragen, die von ganz unterschiedlichen Stellen an uns gerichtet werden. Wir sind gespannt auf Ihre Fragen und begrüßen Sie in der salus klinik Hürth! Wir möchten allen Interessierten Gelegenheit geben, die salus klinik Hürth zu entdecken. Hierzu bieten wir ab dem 11.01.2010 jeweils Montags (ausgenommen sind Feiertage) in der Zeit von 18 bis 19 Uhr eine Klinikbesichtigung an.

Schauen Sie vorbei und entdecken Sie unser Behandlungsangebot in der salus klinik Hürth, Willy-Brandt-Platz 1, 50354 Hürth.

Ihr Ansprechpartner ist
Ulrich Pultke, Koordination & Information und Sozialdienst.
Tel.: 02233 / 8081823
u.pultke@salus-huerth.de

Mein besonderer Dank gilt unserem federführenden Leistungsträger, der DRV Rheinland, und der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für die sehr gute und kompetente Beratung bei der Implementierung eines modernen Klinikkonzeptes und ganz besonders für die faire und rasche Einigung bei der Vergütungssatzfindung. Wir werden unser Bestes geben, um das hierin angelegte Vertrauen nachhaltig zu rechtfertigen.

Allen Patienten, Mitarbeitern, Kooperationspartnern, Freunden und Kollegen wünsche ich ein besinnliches Weihnachtsfest und einen guten Start in das Jahr 2010. Die Wünsche nach draußen, natürlich auch im Namen aller Mitarbeiter.

Ihr
Alfons Domma



Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Psychotherapie bei Alkoholabhängigen

Das 3-Schritte-Konzept

Johannes Lindenmeyer



Viele Psychische Störungen gehen mit Alkoholproblemen einher. Trotzdem werden Alkoholprobleme im Rahmen ambulanter Psychotherapie nur selten explizit thematisiert. Offenbar hoffen alle Beteiligten, dass diese bei gesteigerten Wohlbefinden des Patienten von selbst wieder verschwinden. Dabei bietet eine ambulante Psychotherapie geradezu eine ideale Möglichkeit:

- 1) Alkoholprobleme differentialdiagnostisch abzuklären und die Betroffenen für ein alkoholspezifisches Behandlungsgebot zu gewinnen,
- 2) Riskanten bzw. schädlichen Alkoholkonsum durch explizite Einbeziehung in die ambulante Psychotherapie überwinden zu helfen,
- 3) im Falle einer Alkoholabhängigkeit eine vorrangige Behandlung des Patienten innerhalb des professionellen Suchthilfesystems einzuleiten.

Lediglich bei etwas über 1% aller Patienten werden im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie Alkoholprobleme diagnostiziert, obwohl dies nicht einmal dem Anteil von Personen mit Alkoholproblemen in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Dabei zeigt sich in epidemiologische Studien, dass Alkoholprobleme bei Patienten mit psychischen Störungen etwa 2-3mal so häufig verbreitet sind als bei Gesunden. In Wirklichkeit dürfte mindestens jeder 5. Patient in ambulanter Psychothera-

pie ein Alkoholproblem aufweisen. Ganz offensichtlich erfährt das Thema Alkohol innerhalb der ambulanten Psychotherapie bei weitem nicht die erforderliche Aufmerksamkeit. Hierfür gibt es eine Reihe von Gründen:

- Bagatellisierung und Leugnung der Alkoholprobleme durch die Patienten aus Scham und Angst vor Stigmatisierung;
- Angst der Behandler, durch die kritische Thematisierung von Alkoholproblemen einen Behandlungsabbruch des Patienten zu provozieren;
- Auftragsverständnis von ambulanten Psychotherapeuten, wonach die Behandlungsinhalte grundsätzlich auf die vom Patienten geäußerten Beschwerden beschränkt sind;
- Patienten und Behandler verstehen Alkoholprobleme vorrangig als Folge der Psychischen Störung und glauben daher, dass diese mit einer Linderung der psychischen Beschwerden im Verlauf der Behandlung von selbst wieder verschwinden.

Der Alkohol-Eisberg

Der Umgang mit Alkoholproblemen ist durch ein sog. „Eisbergphänomen“ gekennzeichnet (vgl. Abbildung 1). Deutschland verfügt zwar über eines der weltweit effektivsten Suchthilfesysteme mit einem dichten Netz von hochqualifizierten ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen. Diese Behandlungsangebote erreichen aber gerade einmal 10% aller Alkoholabhängigen. Der Rest der Betroffenen nutzt das Gesundheitswesen in ineffektiver Weise, ohne dass die Alkoholabhängigkeit entdeckt bzw. angesprochen würde. Über die ca. 1,5 Millionen Alkoholabhängigen hinaus betreiben in der erwachsenen Bevölkerung weitere 2,7 Millionen einen sog. schädlichen Alkoholkonsum dergestalt,

dass alkoholbedingt bereits körperliche, psychische oder soziale Schäden aufgetreten sind, ohne dass die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt wurden. Bei weiteren 7,9 Millionen ist ein riskanter Alkoholkonsum dergestalt zu verzeichnen, dass ein erhöhtes Risiko für Alkoholfolgeschäden besteht. Obwohl dadurch gesamtgesellschaftlich betrachtet sogar wesentlich mehr soziale Folgeschäden und Gesundheitsprobleme entstehen als durch Alkoholabhängige, hat unser Gesundheitswesen bislang so gut wie keine spezifischen Behandlungsangebote für Personen mit riskantem bzw. schädlichem Alkoholkonsum etabliert.

Angesichts der eingangs genannten Tatsache, dass hier mindestens jeder 5. Patient ein Alkoholproblem aufweist, stellt eine ambulante Psychotherapie geradezu einen idealen Ort dar, um Alkoholprobleme frühzeitig zu diagnostizieren und v. a. die Betroffenen in einer geeigneten Art und Weise anzusprechen, dass sie aufgeschlossen für die gebotene Veränderung ihres Alkoholkonsums werden:

- ambulante Psychotherapeuten verfügen durch ihre Ausbildung über ein besonders hohes Ausmaß an interaktioneller Kompetenz und Einfühlungsvermögen für die Erörterung sensibler Themen;
- die Veränderungsbereitschaft des Patienten ist dadurch befördert, dass der von ihm ersehnte Erfolg der Psychotherapie solange gefährdet ist, wie komorbide Alkoholprobleme nicht systematisch einbezogen werden;
- entgegen dem Nihilismus vieler Behandler haben sich direkt auf den kritischen Alkoholkonsum gerichtete ambulante Kurz- und Frühinterventionen als äußerst wirksam erwiesen.

Mangelnde Effizienz des Leidensdrucksparadigmas

Die Entwicklung von Alkoholproblemen ist ein schleichender Prozess, der lange Zeit unter der Wahrnehmungsschwelle aller Beteiligten verläuft. In einer sog. „gestörten Trinkkultur“ sind alle Formen des Umgangs mit Alkohol – einschließlich Wetttrinken, wiederholte Rausche, ein schwerer „Kater“ oder das ausschließliche Trinken von hochprozentigen Alkoholika – weit verbreitet. Selbst wer sich ein riskantes und gesundheitsschädliches Trinkverhalten angewöhnt, wird von seiner Umwelt lange Zeit keine eindeutige Korrektur erfahren.

Vor diesem Hintergrund ist das unter Psychotherapeuten verbreitete Leidensdruckparadigma, wonach mit einer Behandlung solange gewartet wird, bis der Leidensdruck des Betroffenen ausreichend gestiegen ist, wenig geeignet für die Behandlung von Alkoholproblemen. Es vergehen im Schnitt 11 Jahre bis ein Betroffener aufgrund von subjektivem Leidensdruck seine Schamge-

fühle überwindet und erstmals von sich aus das Suchthilfesystem wegen eines Alkoholproblems kontaktiert. Über diesen Zeitraum kommt es aber gleichzeitig alkoholbedingt zu einer stetigen Abnahme/Beeinträchtigung seiner persönlichen Ressourcen in körperlicher, sozialer und psychischer Hinsicht (vgl. Abbildung 2). Je später wir einen Betroffenen mit einem Alkoholproblem erreichen, umso geringer sind die Chancen für eine erfolgreiche Behandlung. Ambulante Psychotherapeuten sollten daher aus einer ethischen Verpflichtung heraus von sich aus aktive Anstrengungen unternehmen, Alkoholprobleme ihrer Patienten frühzeitig zu erkennen und ihre Patienten bei einer selbstkritischen Betrachtung ihres Alkoholkonsums zu unterstützen.

Schritt 1: Screening und Indikationsstellung

Entsprechend kommt dem routinemäßigem Einsatz von Screeninginstrumenten in der ambulanten Psychotherapie für die rechtzeitige Identifizierung von Alkoholproblemen größte Bedeutung zu:

- Als besonders nützlich haben sich hierfür Kurzfragebogen mit 5-10 Ja/Nein-Items (z.B: LAST, CAGE, AUDIT) erwiesen, deren Auswertung lediglich ca. 1 Minute beansprucht.
- Zusätzlich können Laborparametern (Gamma-GT, GOT, GPT, MCV, CDT) auf körperliche Folgen eines überhöhten Alkoholkonsums hinweisen.

Jedes auffällige Screeningergebnis sollte für den ambulanten Psychotherapeuten Anlass für eine qualifizierte differentialdiagnostische Abklärung eines möglichen Alkoholproblems sein, ebenso wie jeder Alkoholgeruch in den Therapiesitzungen oder jeder bekanntgewordene Alkoholexzess im Verlauf einer ambulanten Psychotherapie. Sollte ein ambulanter Psychotherapeut über keine ausreichende Erfahrung hinsichtlich der Diagnostik von Alkoholproblemen verfügen, so empfiehlt sich bereits an dieser Stelle eine konsiliarische Überweisung des Patienten an das Suchthilfesystem (ambulante Suchtberatungsstelle).

Die Ergebnisse der Differentialdiagnostik bilden die Grundlage für folgende Indikationsentscheidung (siehe Abbildung 3): Besteht beim Patienten lediglich ein riskanter oder schädlicher Alkoholkonsum, so ist eine explizite Mitbehandlung dieser Problematik im Rahmen der ambulanten Psychotherapie im Sinne des Paradigmas von „harm reduction“ indiziert. In diesem Falle sollte der Behandler zusätzliche Therapiestunden beantragen, um die alkoholbezogene Komorbidität der im Vordergrund der Behandlung stehenden psychischen Störung angemessen berücksichtigen zu können.

Ergeben sich dagegen Hinweise für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit, so ist

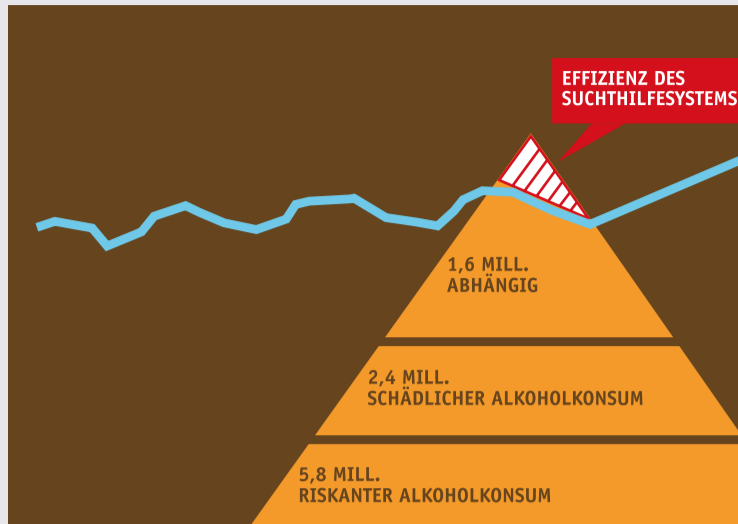


Abb. 1:
Der Alkohol-Eisberg:
Durch das Suchthilfesystem werden lediglich 10% der Alkoholabhängigen erreicht. Für riskanten und schädlichen Alkoholkonsum gibt es keine etablierten Behandlungsangebote.

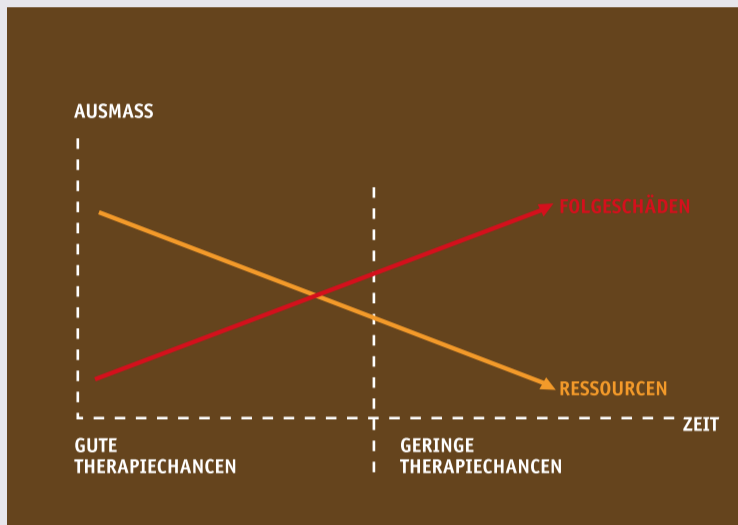


Abb. 2:
Die mangelnde Effektivität des Leidensdruckparadigmas:
Die Betroffenen kommen erst in Behandlung, wenn der Behandlungsaufwand sehr hoch und die Veränderungschancen eher gering sind.

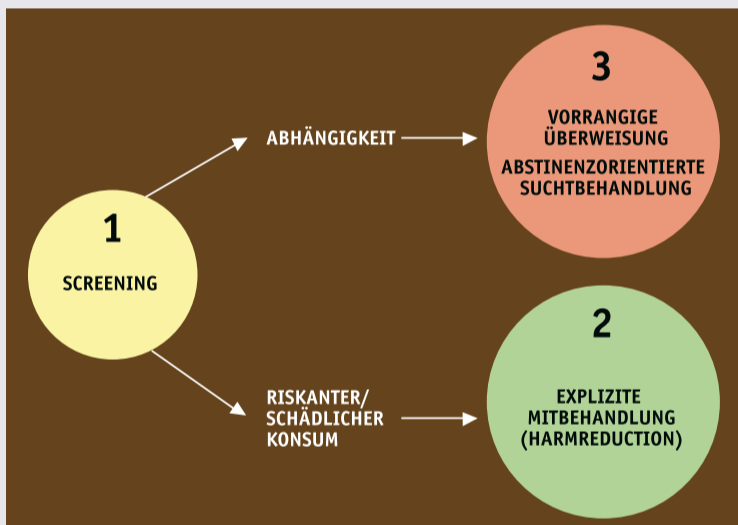


Abb. 3:
Indikationsentscheidung nach Schweregrad der Alkoholproblematik.

eine vorrangige Überweisung des Patienten an das Suchthilfesystem indiziert.

Schritt 2: Motivational Interviewing bei riskantem und schädlichem Alkoholkonsum

Die meisten Menschen mit einem riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum sehen keinen Unterschied zwischen sich und anderen Menschen bezüglich ihres Trinkverhaltens. Bei ihnen besteht dagegen motivationale Ambivalenz: Einerseits haben sie viel zu verlieren, andererseits ist ihre Situation (noch) nicht so, dass ihnen eine Veränderung ihres Alkoholkonsums zwingend erscheint. Entsprechend hat sich das von Miller und Rollnick entwickelte sog. „Motivational Interviewing“ als besonders effektives Therapieverfahren zur ambulanten Frühintervention bei Alkoholproblemen erwiesen. Es stellt eine direktive, aber klientenzentrierte Behandlungsform dar, um Veränderungsambivalenzen zu überwinden (Phase 1) und konkrete Veränderungsziele und -wege zu erarbeiten (Phase 2). Es wird dabei vom Einzelfall abhängen, ob ein ambulanter Psychotherapeut es für ausreichend hält, den Patienten mithilfe von Motivational Interviewing selbst her-

ausfinden zu lassen, in welcher Hinsicht er seinen Alkoholkonsum verändern möchte, oder ob er sich hierbei an den in verschiedenen Therapiemanualen für diese Klientel propagierten Zielen von kontrolliertem Trinken oder Punktabstinenz orientiert.

Voraussetzung ist allerdings, dass ein ambulanter Psychotherapeut über ein Mindestmaß an Qualifikation und Erfahrung in der Behandlung von Alkoholproblemen verfügt. Diese kann u. a. durch die Teilnahme an der 48 Unterrichtseinheiten umfassenden Weiterbildung „Fachkunde Suchtpsychologie“ erworben werden, wie sie regelmäßig von der salus Klinik Lindow angeboten wird (Information und Anmeldung: mail@salus-lindow.de).

Schritt 3: Vorrangige Überweisung in das abstinentorientierte Suchthilfesystem bei Alkoholabhängigkeit

Mehrere Gründe lassen nunmehr eine trinkzieloffene Mitbehandlung einer Alkoholabhängigkeit im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie nicht mehr aussichtsreich erscheinen:

- Neurobiologisches Ungleichgewicht: Bei Alkoholabhängigen haben sich

bildlich gesprochen die Machtverhältnisse zwischen rational-willentlicher Steuerung (Großhirn) und emotional-automatisierten Alkoholanreizprozessen (Zwischenhirn) dauerhaft verschoben. Entsprechend ist es nicht mehr ausreichend, dass sich ein Patient ernsthaft vornimmt, seinen Alkoholkonsum künftig zu reduzieren. Der Schwerpunkt einer Suchtbehandlung muss nunmehr darauf liegen, dass der Betroffene die erforderlichen Fertigkeiten trainiert, um künftig gänzlich auf Alkohol zu verzichten.

- Abstinenzler als Minderheit: Bei erfolgreicher Alkoholabstinenz entfremdet sich ein Betroffener von seinem bisherigen Trinkumfeld und gehört plötzlich zu einer Minderheit innerhalb einer erdrückenden Mehrheit von Alkoholtrinkenden. Eine Behandlung gemeinsam mit anderen Suchtkranken innerhalb einer abstinentorientierten Suchteinrichtung ermöglicht dagegen den Aufbau eines neuen sozialen Stützsystems von Gleichgesinnten.

Die Aufgabe des ambulanten Psychotherapeuten besteht somit darin, einen Alkoholabhängigen qualifiziert zu beraten, damit er möglichst rasch den Weg in das Suchthilfesystem findet. Hierbei kann die patientengerechte Vermittlung von suchtbbezogenen Informationen entscheidend sein (z.B. Lindenmeyer: **Ratgeber Alkoholabhängigkeit**, Hogrefe 2005). Je nach Einzelfall ist hierbei von Seiten des ambulanten Psychotherapeuten eher Geduld oder eher Konsequenz im Umgang mit Alkoholabhängigen erforderlich. Als ultima ratio ist die ambulante Psychotherapie solange zu unterbrechen, bis sich der Patient zu einer abstinentorientierten Suchtbehandlung bereiterklärt

Bei der Auswahl und Empfehlung einer geeigneten Suchtbehandlungseinrichtung sollte von Seiten des ambulanten Psychotherapeuten darauf geachtet werden, dass diese auch über die notwendige Erfahrung und Ressourcen verfügt, um die gleichzeitig mit der Abhängigkeit vorliegenden psychischen Störungen des Patienten angemessen zu behandeln. In allen 3 salus Kliniken für Alkoholabhängige ist dies allein schon aufgrund ihrer zusätzlichen Psychosomatikabteilungen gegeben.

Sobald ein Patient im Rahmen einer Suchtbehandlung in seiner Alkoholabstinenz ausreichend gefestigt werden konnte, ist eine möglichst nahtlose Rückkehr zu seinem ambulanten Psychotherapeuten zu organisieren, damit nunmehr vorrangig die psychische Problematik weiter behandelt werden kann. Zusätzlich können durch den ambulanten Psychotherapeuten ein Monitoring der Abstinenzbemühungen des Patienten sowie eine kurzfristige Krisenintervention für den Fall eines Rückfalls erfolgen.

DR. JULIA DOMMA-REICHART, INÉS FREGE UND M. ABU KATHIR. DIE LEITUNG DER SALUS KLINIK HÜRTH IM INTERVIEW:

Interview mit Dr. Julia Domma-Reichart

Frau Dr. Julia Domma-Reichart, warum sind Sie Psychologin geworden?
Bereits mit 12 Jahren habe ich davon gesprochen, Psychotherapeutin zu werden. Wenn wir meinen Vater in den Kliniken besucht haben, war ich immer von den Patienten und der Arbeit dort fasziniert. In der 12. Klasse habe ich mich dann zwischen einem Medizinstudium und der Psychologie für letzteres entschieden und bin sehr zufrieden mit meiner Entscheidung. Während meiner Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin habe ich als Bezugstherapeutin in der salus klinik Friedberg gearbeitet und erste Erfahrungen im stationären Arbeiten gesammelt. Erweitert habe ich diese durch meine ambulante Arbeit in der Institutsambulanz an der Justus-Liebig-Universität. Anschließend wusste ich, dass ich das stationäre Arbeiten in einem multidisziplinären Team vorziehe.

Als Direktorin arbeiten Sie nun weniger mit Patienten. Fehlt Ihnen diese Arbeit?
Auch als Direktorin bin ich immer nah an den Patienten. Nur auf diesem Weg erfahre ich, was in der Klinik gut und nicht so gut läuft. Die Patientenzufriedenheit ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal unserer Einrichtung.

Ich lerne alle neuen Patienten in der Einführungsveranstaltung „Therapeutische Info“ kennen, leite die Fallkonferenz von 6 Bezugsgruppen und nehme wöchentlich an der Gruppensprechersitzung teil, in der Patienten Raum haben, Wünsche und Veränderungsvorschläge zu diskutieren. Trotzdem kann ich mir gut vorstellen, dass ich irgendwann zumindest ambulant wieder einige Patienten behandeln werde.

Mit welchen Schlagworten würden Sie Ihre Einrichtung beschreiben?

Transparenter Führungsstil, flache Hierarchien, vertrauensvolle Atmosphäre, Multiprofessionalität, Innovation, Qualität, integrativer therapeutischer Ansatz mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Selbstmanagement.

Seit 4 Monaten sind Sie Mutter des kleinen Moritz. Wie schaffen Sie es, Arbeit und Familie zu vereinbaren?

Nun, ich habe einfach tolle Unterstützung von meiner Familie. Meine Schwester und Mutter sind immer für den Kleinen da. Morgens übernimmt häufig mein Mann die Betreuung und auch der stolze Großvater lässt so manches für seinen Enkelsohn liegen. Dann habe ich mit Frau Frege und Herrn Abu Khatir zwei leitende Ärzte an meiner Seite, denen ich vollkommen vertrauen kann und so auch selbst noch genügend Zeit für meinen Sohn finde. Ich habe schon immer gerne gearbeitet und brauche für mich diese Aufgabe. Dadurch bin ich auch als Mutter ausgeglichen und kann die Zeit mit meinem Sohn absolut genießen.

