



MEDIAN Klinik Tönisstein

Festschrift 50 Jahre

Seit 1974 haben wir uns der Aufgabe verschrieben,
Menschen mit Suchterkrankungen neue Chancen zu bieten.
Mit Stolz blicken wir auf ein halbes Jahrhundert zurück,
in dem Engagement, Menschlichkeit und Fortschritt unser
Handeln bestimmt haben.

Das Leben leben



MEDIAN Klinik Tönisstein
Festschrift 50 Jahre

Inhalt

Geleitwort <i>Heike Abbing</i>	5
Die Gegenwart zählt – wer eine Vergangenheit hat, hat auch eine Zukunft. <i>Prof. Dr. Wilma Funke</i>	6
50 Jahre <i>Dr. Hubert Buschmann</i>	10
Impressionen aus der Fachklinik Bad Tönisstein	22
Bad Tönisstein und Bad Neuenahr – unsere Klinik gestern und heute. <i>Michaela Farber</i>	24
Impressionen aus der Median Klink Tönisstein	28
Was wirkt in Tönisstein?	30
Typisch Tönisstein. <i>Jannes Hecht</i>	31
Tönisstein im Ausnahmezustand: 2020 bis 2023 <i>Kerstin Kluttig</i>	33
Non scholae sed vitae discimus – nicht für die Schule, für das Leben lernen wir. <i>Dr. Bernd Schneider</i>	37
Vin Mariani oder warum ich die Geschichte mag. <i>Przemyslaw Sas</i>	46
Ein Internist in der Suchtklinik. <i>Dr. Ömer Bozcićek</i>	52
Und wer sind eigentlich die Therapeuten? Gedanken über das therapeutische Personal in Suchtkliniken. <i>Oliver Kreh</i>	54
„Freu dich über alles, was dir die Augen öffnet!“ <i>Ein Interview mit Dr. Martin Wallroth über Philosophie, Sucht und Tönisstein.</i>	60
Wenn Sie einem Abhängigen nur einen Rat geben könnten ...	63

Liebe Leserinnen und Leser,

ein halbes Jahrhundert – das ist eine beeindruckende Wegstrecke, die wir gemeinsam gegangen sind. Mit dieser Festschrift feiern wir 50 Jahre Suchtklinik Tönisstein, ein Jubiläum, das uns mit Stolz erfüllt. Seit 1974 stehen wir im Dienst der Menschen, die mit einer Suchterkrankung kämpfen, und bieten ihnen Hoffnung, Unterstützung und einen Weg in ein gesundes, selbstbestimmtes Leben.

In diesen 50 Jahren haben sich die Therapieansätze weiterentwickelt, neue wissenschaftliche Erkenntnisse wurden in unser Behandlungskonzept integriert und auch die gesellschaftliche Wahrnehmung von Suchterkrankungen ist im Wandel begriffen. Doch eines bleibt unverändert: unser Engagement und die tiefe Überzeugung, dass jede und jeder eine zweite Chance verdient hat.

Diese Festschrift soll den Geist der Gemeinschaft einfangen, der unsere Arbeit stets geprägt hat. Wir möchten Ihnen mit diesem Buch die Möglichkeit geben, hinter die Kulissen unserer Klinik zu schauen und sowohl die Erfahrungen als auch die Gedanken unserer aktuellen und ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu teilen. Sie haben mit ihrer Kompetenz, ihrem Engagement und ihrer Menschlichkeit wesentlich dazu beigetragen, dass die Suchtklinik Tönisstein heute auf eine so lange und erfolgreiche Geschichte zurückblicken kann.

Wir danken allen, die diesen Weg mit uns gegangen sind und denen, die uns weiterhin begleiten. Unser besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren dieser Festschrift, die mit ihren Beiträgen die Vielfalt und Tiefe unserer Arbeit dokumentieren.

Mögen die nächsten 50 Jahre ebenso von Innovation, Mitgefühl und der unermüdlichen Arbeit für das Wohl unserer Patient*innen geprägt sein.

Mit herzlichen Grüßen,
Heike Abbing



„Die Gegenwart zählt!“ Wer eine Vergangenheit hat, hat auch eine Zukunft.

Prof. Dr. Wilma Funke

Herzlichen Glückwunsch,
Tönisstein!

Fünfzig Jahre ist ein
ordentliches Alter! Als
Mensch haben wir dann
meist die Lebensmitte
überschritten, uns etab-

liert in Familie, Beruf und Umfeld bzw. unseren Lebensstil gefunden. Wir sind Irrwege gegangen und haben Fehler gemacht, aber wenn es gut läuft, sind wir doch weitgehend im Reinen mit uns selbst. Und wir haben noch weitere Ziele und Aufgaben, die uns erwarten, und trauen uns, eigene Wege zu gehen.

Vielleicht nicht ganz zufällig ist das Durchschnittsalter von Menschen, die in eine medizinische Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit kommen, etwa 45 Jahre – für Männer und Frauen gleich, wobei Frauen entweder deutlich jünger in Behandlung kommen oder deutlich älter sind, und deren Altersmittelwert daher nicht so ganz die statistische Verteilung wiedergibt wie bei den Männern. Woran das liegt? Hier gibt es viele Hypothesen, angefangen von schnellerer Auffälligkeit bei Suchtmittelkonsum für Frauen, weil sie anders verstoffwechseln, andere Lebenskrisen zu anderen Zeiten als Männer (z.B. bezogen auf Kinder oder Kinderlosigkeit) zu bewältigen haben und so weiter. Und wir wissen, dass es auch heute noch im Schnitt mehr als 10 Jahre nach Beginn einer Suchtmittelabhängigkeit braucht, bis Hilfe aufgesucht wird.

Die Fachklinik Tönisstein war ziemlich genau 5 Jahre alt, als ich sie im September 1979 kennenlernte. Als Studierende

der Psychologie durfte ich hier – damals noch im Brohltal verortet – ein achtwöchiges Praktikum im Hauptstudium meines Fachs erleben, das mich entscheidend für meinen weiteren Berufsweg prägen sollte. Die Behandlerteams in Alt-Tönisstein bestanden fast ausschließlich aus Ex-Usern mit zusätzlichen Fachkenntnissen in Behandlung von Sucht. Das ist Vorteil und Nachteil zugleich: Die selbstbetroffenen Therapeut*innen stellen schnell eine tragende Beziehung zu den Patient*innen her – sie wissen, wovon sie sprechen, was ihnen Glaubwürdigkeit und Autorität verleiht. Der Nachteil: Sie können zu „Idolen“ werden und damit kann eine andere Form der Abhängigkeit entstehen, denn der Weg jeder Person in die Sucht ist einzigartig, wie auch der Ausstieg. Um dieses Dilemma zu lösen, wurde in gemischten Teams aus Ex-Usern und nicht selbst suchtmittelabhängigen Therapeut*innen gearbeitet. Daraus entstanden ganz besondere Dynamiken und Stärken, die für viele der Behandlung Suchenden hilfreich waren und für die Behandelnden selbst oft große Herausforderungen darstellten.

50 Jahre –
ein halbes Jahrhundert



Nach diesen Erfahrungen war es dann kein „Zufall“ mehr, dass ich 1984 als klinische Psychologin hier - nach einigen Jahren an der Hochschule in Forschung und Lehre - meine erste Praxisstelle in Tönisstein antrat. Ich traf auf ein Unterteam mit selbst ehemals abhängigen Menschen: Walter W., Helge K., Sonja K., Franz-K. S. und Helen B., von allen durfte ich lernen. Zwölf Jahre sollte ich hier tätig sein, in den letzten sechs Jahren als Leitende Psychologin mit Verantwortung für das therapeutische Team und für die Konzeptentwicklung. Als ich mich entschied, wegzugehen, war dies eine Entscheidung hin zu etwas Neuem. Fünfundzwanzig Jahre folgten in einer anderen Suchtfachklinik, hier ebenfalls als Leitende Psychologin und Psychotherapeutin. Und dennoch haben mich die prägenden Eindrücke von Tönisstein nie ganz losgelassen.

Tönisstein – den Menschen, die dieses Haus beleben und deren Aufgabe es ist, Suchtmittelabhängigen eine neue Perspektive anzubieten – nun zum 50. Geburtstag zu gratulieren, kommt mir fast ein wenig unwirklich vor. Der Ansatz und das Konzept in der Behandlung sind hier immer noch besonders und einzigartig. Ehemals 1974 – zeitgleich mit der Entwöhnungsabteilung des Jüdischen Krankenhauses in Berlin und sechs Monate nach der Eröffnung der Fachkliniken Wied, die ich 25 Jahre miteilten durfte – war Tönisstein die erste Behandlungseinrichtung in Deutschland für Alkoholabhängige mit einem Kurzzeitintensivangebot, weiterentwickelt aus einem US-ame-

Erstes Kurzzeitbehandlungsprogramm für Alkoholabhängige in Deutschland

rikanischen Konzept in der Tradition der zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker: Dieses Markenzeichen ist bis heute erhalten geblieben und die Behandlung hat jährlich zwischen 800 und 1.000 Patient*innen Unterstützung, Veränderung und ein Stoppen der lebensgefährlichen Suchterkrankung angeboten. Viele haben hier einen neuen Anfang für ihr Leben gestaltet und manch eine(r) nennt auch heute noch Tönisstein den zweiten Geburtsort.

Der Spirit in Tönisstein

Was ist das „Geheimnis“ dieses Ortes? Was macht das Besondere, die Wirkung aus? Sicher

hat sich im Laufe der Jahrzehnte manches verändert und auch ändern müssen, denn auch die Welt darum herum ist nicht stehengeblieben. Forschung und Wissenschaft haben sich weiterbewegt in den Kenntnissen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchtmittelabhängigkeit, die Behandlungsansätze – medizinisch-somatische, psycho- und sozialtherapeutische – wurden ebenfalls weiterentwickelt. Aber die Wirkweise der Behandlung beruht auf Kommunikation und Interaktion. Es bedarf der Menschen, die es umsetzen in einer Art und Weise, die es dem Hilfesuchenden ermöglicht, eine neue Orientierung zu finden, mit sich und seinen Mitmenschen ins Reine zu kommen und das Leben eigenverantwortlich unter Nutzung der Möglichkeiten zu gestalten. Schon Benjamin Franklin soll gesagt haben: „Die Eisenbahn besteht nur zu 5 % aus Eisen und zu 95 % aus Menschen.“ Und so ist es auch mit dieser Klinik, die ausgemacht wird durch das, was sich an Menschen in ihr bewegt und was sie bewegen. „Der

Geist von Tönisstein“ – in alten Tagen oft beschworen, als es noch Jahrestreffen mit mehr als 2.000 Teilnehmenden gab! Auch heute finden wir davon etwas z.B. in den Selbsthilfegruppen, mit denen ich gelegentlich zusammenarbeite. Immer wieder begegne ich dort Menschen, die sagen: „Ich war vor fünf, vor zehn oder vor zwanzig Jahren dort.“ Oder Angehörige, die sagen: „Mein Mann/meine Frau war dort und ich war während eines Angehörigenseminars dabei und habe so viel gelernt, auch über mich selbst!“.

Noch immer ist es die Idee, dass die Gemeinschaft den Einzelnen weiterbringt, und er/sie diese braucht, um sich

Das Leben wieder in die eigene Hand nehmen!

selbst zu erkennen. Wer sich darauf einlassen kann, hat den Schlüssel zur Weiterentwicklung in der Hand. Die Bezugsgruppe, das Gespräch nach Feierabend, das sich wie zufällig im Gruppenraum ergibt, der Austausch in den handlungsorientierten Therapieangeboten, bei denen Wortgewandtheit weniger zählt als das sich Einlassen auf das Tun: dies alles sind Komponenten eines auch heute noch deutschlandweit anerkannten und nachweislich wirksamen Konzepts zur Behandlung von Suchtmittelabhängigkeiten, insbesondere bezogen auf Alkohol, Medikamente und Cannabis. Das Suchtmittel ist dabei austauschbar – es geht im Kern darum, einen Sinn im eigenen Leben zu sehen. Dies war u.a. auch eine Botschaft von Franz Strieder, einem sehr geschätzten Kollegen von damals, der Tönisstein treu geblieben ist, solange es für ihn möglich war.

Jeder und jede bekommt hier ein Fadenende in die Hand und kann die Hoffnung aufbauen, das Leben weiterhin ohne Suchtmittel sinnvoll zu gestalten. Dabei geht es nicht nur um die Lebensaufgaben, die jeder und jede vor sich haben. Es geht auch darum, Zufriedenheit und Glück zu empfinden angesichts dessen, was das Leben im Positiven ausmacht. Sich Schicksalsschlägen zu stellen, statt mithilfe eines Suchtmittels die Augen zu verschließen, Aufgaben anzugehen, statt abzuwarten, Verantwortung zu übernehmen, statt andere bestimmen zu lassen – nicht immer kann dies gelingen und niemand kann behaupten, dass dies einfach und leicht wäre. In Tönisstein konnten und können dies viele Menschen (wieder) lernen, die für sich schon fast alle Hoffnung aufgegeben hatten und ihr Leben durch das Suchtmittel bestimmen ließen.

Ich wünsche „Tönisstein“, dass Ihr es schafft, diesen besonderen Spirit zu bewahren und damit auch weiterhin „Geburtsort“ für Menschen zu sein, die es wagen und es sich Wert sind. Und allen Mitarbeitenden: Erhalten Sie sich die Freude am Tun, den Respekt für die sich anvertrauenden Menschen und das Bewusstsein für die Bedeutung jedes/jeder Einzelnen am Gelingen des Ganzen! Alles Gute für die nächsten Jahre und Jahrzehnte!



Frau Prof. Dr. Wilma Funke begann ihre Laufbahn als Praktikantin der Psychologie in der Fachklinik Tönisstein – später kehrte sie als Bezugstherapeutin zurück und führte das therapeutische Team sechs Jahre lang als leitende Psychologin an, bevor sie in die heutige Median Klinik Wieden wechselte. 2017 wurde ihr der Diotima-Preis der Bundespsychotherapeutenkammer und 2020 das Bundesverdienstkreuz am Bande für ihr Lebenswerk verliehen.

50 Jahre Tönisstein – 50 Jahre Kurzzeittherapie

Dr. Hubert Buschmann

Suchterkrankungen scheinen so alt zu sein wie die Menschheit. Schon in der römischen Literatur finden wir Beschreibungen exzessiven Umgangs mit Alkohol. Im Mittelalter gab es Schriften „der Sentbrief wider den Saufteuf“. Schon in der frühen neuzeitlichen Literatur wie zum Beispiel bei Dostojewski und Emile Zola finden wir Beschreibungen sogenannter „Trinker“, deren Konsum und deren Entzugserscheinungen. Im 19. und noch überwiegend 20. Jahrhundert erfolgte deren Behandlung in sogenannten Trinkerheilanstalten.

Vorgeschichte

Schon 1954 erkannte die WHO den abhängigen Umgang mit Suchtmitteln als Krankheit an. In den

Köpfen vieler Menschen, ich befürchte heute noch, wird der unkontrollierte Umgang mit Suchtmitteln, insbesondere Alkohol, als Charakterschwäche oder zu bestrafendes Fehlverhalten angesehen. Erst mit dem bahnbrechenden Urteil des Bundessozialgerichtes 1968 wurde der Grundstein zum Anspruch auf eine qualifizierte Behandlung dieser Erkrankung gelegt. Bis dahin wurden Menschen zum Beispiel mit einer Alkoholabhängigkeit hauptsächlich in diesen „Trinkerheilanstalten“ oder in Psychiatrischen Krankenhäusern ohne geeignete Fachabteilungen behandelt. Als ich 1976 meine Arbeit in der Psychiatrie, damals noch als Krankenpflegeschüler,

aufnahm, wurden Suchtpatienten auf geschlossenen Stationen, nach Männern und Frauen getrennt, zusammen mit anderen psychiatrischen Patienten behandelt. Erst 1978 eröffnete dann eine spezielle Station zur Entgiftung, zunächst nur für Männer. In den Folgejahren gab es dann gemischte, auf Sucht spezialisierte Stationen. Bis 1979 fand die Behandlung dieser Patienten noch in Wachsälen mit bis zu 70 Patienten statt.

Gleichzeitig entstanden in den frühen 70er Jahren die ersten Suchtfachkliniken zur Durchführung sogenannter Entwöhnungsbehandlungen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug für Alkohol und Medikamente 6 Monate, für die Drogenbehandlung 18 Monate. In der Regel waren diese Kliniken abgeschieden „in landschaftlich reizvoller Lage“. Schwerpunkte der Behandlung waren die Arbeitstherapie und die Beschäftigungstherapie. Therapeuten waren meistens „trockene“, also abstinent lebende Ex-Konsumenten, mit einer mehr oder weniger vorhandenen Zusatzausbildung.

Etwa 1973 hatte dann ein mutiger Unternehmer, Herr Wolfgang Glahn, die Vision, eine neue Klinik mit einem besonderen Konzept zur Behandlung abhängiger mit noch hoher sozialer Integration, also noch

Wiege der Kurzzeittherapie

in der Regel vorhandenem Arbeitsplatz, sowie intakten sozialen Bindungen in Ehe, Familie und Freundeskreis, zu gründen. Er stellte sich die Frage, warum die Behandlung bzw. die Behandlungsdauer von Suchterkrankungen insbesondere bei Alkohol grundsätzlich nur von der Substanz her entschieden wurde. Vielmehr müssten doch die Vorgeschichte, der Grad der körperlichen und psychischen Unversehrtheit, insbesondere aber die soziale Integration berücksichtigt werden. So war seine Idee eine Klinik, damals völlig revolutionär und zunächst auch als unseriös verurteilt, zu gründen, die sich besonders der oben beschriebenen Klientel widmet. Es war die Idee einer einzigartigen Kurzzeitbehandlung (damals noch 6 Wochen) nach einem zu diesem Zeitpunkt schon etablierten Kurzzeittherapiekonzept in der amerikanischen Klinik Hazelden/Minnessota. Ein Konzept, das sich hauptsächlich nach dem 12-Schritte-Programm der anonymen Alkoholiker orientierte.

Zur Realisierung seiner Idee kaufte er mit einigen Teilhabern das damalige aufgegebene Hotel Kurfürstenhof im Brohltal. Als erste Chefärztin stellte er Frau Dr. Ingeburg Lange-Treschhaus, die selbst als Betroffene eine erfolgreiche Therapie in Hazelden abgeschlossen hatte, ein. So waren auch die ersten Therapeuten überwiegend „trockene“ ehemalige Suchtpatienten. Bis weit in die 90er Jahre bestand da das Team der Fachklinik Bad Tönisstein überwiegend aus ehemals Abhängigen.

Es gab klare Regeln mit wenigen Ausgangsmöglichkeiten und einer Konzentration auf die Arbeit in der Gruppe. Schon damals war die Idee, dass nicht Arbeitsthera-

pien oder Beschäftigungstherapien für diese Klientel geeignet sind, sondern eine intensive „Psychotherapie“ in Form dieser Gruppenarbeit von Patient*innen mit überwiegend Selbstbetroffenen, die ihren Weg aus der Sucht gefunden hatten. Diese Therapeut*innen waren in diesem Sinne Vorbilder und Identifikationsfiguren.

Ebenso entstand dadurch eine hohe Identifikation mit den Therapeut*innen, aber auch mit der Klinik, so wie eine intensive emotionale Bindung an die Klinik. Viele empfanden diesen Ort als Stelle einer zweiten Geburt und kehrten gerne immer wieder an diesen Ort zurück. Dies war auch die Zeit mit Ehemaligentreffen mit weit über 2000 Teilnehmern bis noch in die 90er Jahre.

1978 kam es dann noch endlich zur sogenannten „Empfehlungsvereinbarung“ zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern zur

Regelung der Finanzierung der Behandlung. Man einigte sich (bis heute) darauf, dass die primäre Entgiftung eines Patienten eine Akutbehandlung darstellt und daher Regelleistung der Krankenkasse in einem Krankenhaus ist. Die in der Regel darauf fallende Entwöhnungsbehandlung wird bei Patienten mit noch positiver Erwerbsprognose zulasten der Rentenversicherungsträger in speziellen Entwöhnungseinrichtungen durchgeführt. Dies auch im Hinblick darauf, dass eine rechtzeitig durchgeführte Entwöhnungsbehandlung zur Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit beiträgt und frühzeitig

Empfehlungsvereinbarung zur Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit

Verrentungen verhindert. Der Rentenversicherer, der die Behandlung finanziert, hat daher das Recht, Art, Ort, Umfang und Dauer der Behandlung selbst zu bestimmen. Daher ist er auch maßgeblich an der Einhaltung von Qualitätsrichtlinien und Konzeptentwicklungen sowie Personalstandsanforderungen beteiligt. Dies im weit höheren Maße als dies zwischen Akutkrankenhäusern und Krankenkassen stattfindet.

Hier treffen Gleiche auf Gleiche

Im Verlauf der 70er Jahre wurde die Reliertherapiedauer auf 8 Wochen verlängert. Da das Kurzzeittherapieprogramm der Fachklinik Bad Tönisstein sehr erfolgreich war, wurde es auch immer stärker nachgefragt. So kam es in den Siebzigern und frühen 80er Jahren ziemlich rasch zu Erweiterungsbauten, so dass die Klinik zuletzt über 128 Betten in 10 Gruppen verfügte. Sie war damit einer der großen Suchtfachkliniken. Treu blieb die Klinik ihrem Konzept, eine besondere Behandlungsform für eine bestimmte Klientel Suchterkrankter vorzuhalten. Es war niemals die Idee, in 8 Wochen das zu schaffen, für das andere Kliniken 6 Monate benötigen. Im Gegen teil, es ging darum, einer besonderen Klientel gut sozial integrierter Patient*innen (also nicht sozial hochgestellter Patienten, wie man sie in typischen Privatkliniken, die in der Zeitung für ihr Konzept warben antraf) einen therapeutischen Platz zu bieten. In den Gruppen, und das ist auch noch heute so, sitzt der Lagerist neben dem Lehrer, neben dem Friseur, neben dem Handwerker, neben dem Juristen, dem Arzt oder Polizisten, der Hausfrau

oder dem Rentner. Das Verbindende ist das gleiche Ziel. Es geht darum, noch viel zu erhalten, wie zum Beispiel den Arbeitsplatz, die Familie, den Freundeskreis oder in weiten Bereichen die Gesundheit. In anderen Rehabilitationskliniken ist das Ziel die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die mögliche Rückkehr in ein Arbeitsverhältnis nach langjähriger Arbeitslosigkeit. Eventuell ist aber eine Suchterkrankung so weit fortgeschritten, dass nur noch soziotherapeutische Maßnahmen sinnvoll sind. Ich denke, es ist gerade der Vorteil einer Klinik, die sich ausschließlich einem solch speziellen kurzen Therapieprogramm widmet, dass sich die Patient*innen dort sofort aufgenommen und im Kreise Gleichgesinnter mit gleichem Ziel fühlen. In Einrichtungen, in denen „Langzeitpatienten“ und gegebenenfalls geeignete Kurzzeitpatienten gemischt behandelt werden, ist die Gefahr groß, dass sich Patienten mit höherer sozialer Integration rasch von anderen abgrenzen wollen und sich selbst als nicht „so krank“ ansehen. In den Gruppen der Klinik Tönisstein treffen Gleiche auf Gleiche. Das verbindende Glied ist die hohe soziale Integration, aber auch das ähnlich gelagerte Suchtproblem. Vor allen Dingen aber das jeweilige Ziel der Abstinenz und der Erhalt der sozialen Integration in Familie, Arbeitsplatz und Freundeskreis.

Gerade auch die gemeinsame Gruppenarbeit mit und ohne Therapeuten fördert diesen Zusammenhalt und beschleunigt das Erreichen der Therapieziele.

Mein persönlicher Weg zur Klinik

Als ich 1995 im Juli die ärztliche Leitung der Fachklinik Bad Tönisstein, damals noch im Brohltal gelegen, übernahm, verfügte ich schon über langjährige Erfahrung in der Suchtbehandlung. Seit 1976 in verschiedenen Berufen, so zunächst als Krankenpflegeschüler, dann während des Medizinstudiums als Krankenpfleger und später als Assistenzarzt und zuletzt als stellvertretender Chefarzt der Abteilung für Suchterkrankungen an der Rheinischen Landesklinik Bonn. Als ich im Dezember 1994 von der vakanten Stelle als Chefarzt in Bad Tönisstein erfuhr, habe ich mich sofort aus der Suchtabteilung der Landesklinik heraus auf diese Stelle beworben. Mir war die Klinik als sehr renommiert und erfolgreich bekannt. Insbesondere reizte mich aber auch die dort durchgeführte Kurzzeittherapie.

Im Juli 1995 traf ich in der Klinik auf ein hochkompetentes Team aus Diplom-Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen, aber auch noch einen deutlichen Anteil selbstbetroffener Therapeut*innen. Die Klinik war hervorragend geführt, leider war meine Vorgängerin Frau Dr. Tocz so erkrankt, dass sie den ärztlichen Beruf nicht mehr ausüben konnte, aber unter der Leitung von Frau Professor Dr. Wilma Funke und Herrn Dr. Bernd Schneider traf ich auf ein lange zusammengewachsenes Team, das nicht nur kompetent, sondern auch sehr empathisch mit Suchterkrankten umgehen konnte, und mir daher die Einarbeitung leichtfiel.

Rauchfreie Klinik

1996 gab es dann eine zunächst sehr kritisch beäugte große Veränderung



in der Klinik. Im Herbst 1996 wurde die gesamte Klinik rauchfrei. Bis dahin wurde noch z.B. in den Gruppenräumen geraucht. Die Gruppenräume waren gleichzeitig auch die Therapieräume. Man kann sich vorstellen, wie Wände, Vorhänge, Mobiliar etc. in diesen Räumen aussahen. Es gab zwar auch eine geringe Anzahl nicht-rauchender Patient*innen, die sich aber größtenteils mit diesen Gegebenheiten abfinden mussten. Im Sinne einer umfassenden medizinischen Rehabilitation konnten diese Bedingungen nicht länger aufrechterhalten werden. Die Klinik wurde rauchfrei, gleichzeitig wurde auf dem Gelände die sogenannte „Raucherschutzhütte“ gebaut.

Zunächst bestand die Sorge, dass durch diese einschränkenden Maßnahmen viele Patient*innen nicht mehr nach Tönisstein kommen würden. Das Gegenteil war der Fall. Es fiel ohnehin in eine Zeit, in der das Rauchen in der Öffentlichkeit oder in öffentlichen Räumen immer mehr

eingeschränkt wurde. Heute wären solche Zustände wie damals undenkbar. Gleichzeitig führte dies auch dazu, dass manche rauchenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ebenfalls gezwungen waren, die Raucherschutzhütte aufzusuchen, mit dem Rauchen aufhörten.

Schwarzer Freitag der Rehabilitation

der Rehabilitation gekommen wäre. Die Rehabilitation unterliegt nicht dem Gesundheitsministerium, sondern dem Arbeitsministerium. Der damalige Arbeitsminister war Norbert Blüm. Schon lange war den Sozialleistungsträgern die sogenannte „Kur“ als dritter Urlaub im Jahr ein Dorn im Auge. Leider wurden grundsätzlich immer Rehabilitation und Kur von Politikern, als Nichtfachleute, durcheinandergeworfen. Daher kam es – über Nacht – mit dem Ziel, die Kuren abzubauen, zu einer Kürzung des Etats für Kur und Rehabilitation von 10 Milliarden DM auf 6 Milliarden DM. Diese Einsparungen von fast der Hälfte hatten erhebliche Folgen für das Rehabilitationswesen. Es sollte die Anfang der 90er Jahre etablierte ambulante Rehabilitationsbehandlung viel mehr in den Vordergrund rücken, frei nach dem Slogan „ambulant vor stationär“. Aber gerade in der Suchtbehandlung ist die ambulante Behandlung nicht immer möglich, da dazu schon eine deutliche Abstinenzfähigkeit vorliegen muss und andererseits der Patient nach den ambulanten Behandlungen immer wieder in sein häusliches Umfeld, das unter Umständen krankmachend sein kann, zurückkehrt.

Es hätte alles so schön bleiben können, wenn es nicht am Freitag, den **13.09.1996**, zum sogenannten schwarzen Freitag

Gerade für diese Patient*innen ist eine vorübergehende Trennung aus ihrem sozialen Umfeld mit einer intensiven stationären Behandlung erforderlich. Dies ist zum Beispiel nicht vergleichbar mit einer möglichen ambulanten Behandlung bei orthopädischen oder neurologischen Erkrankungen, ohne dass die Patient*innen mehrere 100 Kilometer von ihrem Wohnort entfernt diese stationär durchführen müssen. Auch diese Differenzierung wurde von den Politikern, aber auch Rentenversicherungsträgern mit nur wenig Augenmaß durchgeführt. Die Folge war eine deutliche Verkürzung der Therapiezeiten, ein Rückgang der Kostenzusagen, insbesondere für stationäre Maßnahmen, und Kürzungen beziehungsweise eine ausbleibende Anpassung von Pflegesätzen. Dies hatte für die Fachklinik Bad Tönisstein zwar nicht die Folge einer Kürzung der Therapiezeit, da diese ohnehin nur 8 Wochen betrug, sondern das auf einmal entstehende Angebot anderer Suchtfachkliniken, jetzt auch Kurzzeittherapien anzubieten. Oft, und das ist leider auch heute noch so, handelt es sich dabei nur um eine kürzere Verweildauer in einem eigentlichen Langzeittherapiekonzept. Nach wie vor stehen dabei Arbeits- und Beschäftigungstherapien im Vordergrund. Mir ist keine Klinik bekannt, die ein vergleichbares Therapiekonzept wie die Fachklinik Tönisstein für solche Patient*innen, die eine spezielle Kurzzeittherapie brauchen, anbietet. Nach wie vor hat die Fachklinik Tönisstein das Alleinstellungsmerkmal, ausschließlich Kurzzeittherapie, insbesondere Kurzzeittherapie in dieser Form, anzubieten.

Es ist sicher ebenfalls ein wesentliches Merkmal, das zur Effizienz der Therapie in Tönisstein beiträgt, dass die ge-

samte Klinik im Kurzzeittakt arbeitet und alle Patient*innen ausschließlich die Möglichkeit haben, an diesem speziellen Therapieprogramm teilzunehmen. Durch die Homogenität der Gruppen bezüglich der sozialen Integration besteht ein hoher Identifikationsgrad und die Motivation gemeinsam die Therapieziele zu verfolgen.

Durch das besondere Therapieprogramm der Fachklinik Tönisstein hat die Klinik im Gegensatz zu anderen Suchtfachkliniken eine bundesweite Belegung. Insbesondere noch bis etwa 2010 wurden Suchtfachkliniken eher regional bevorzugt und vom regionalen Leistungsträger (LVA) belegt. Dies hat sich mit der Reform der Rentenversicherer geändert. Für die Fachklinik Tönisstein bedeutet das aber, dass mit der zunehmenden Konkurrenz andere Fachkliniken mit Angeboten kürzerer Verweildauer, ich sage bewusst nicht Kurzzeittherapien, eine neue Form der Öffentlichkeitsarbeit und Patientenakquise erforderlich wurde. Bis zu den *späten 90er Jahren* stand die Fachklinik Tönisstein für das Qualitätsmerkmal Kurzzeittherapie, danach gab es die oben genannten Konkurrenzangebote kürzere Therapiedauern ohne wirklich Kurzzeittherapien zu sein.

Öffentlichkeitsarbeit und Patientenzufriedenheit

bundesweit weit über 1000, eine völlig andere Art der Öffentlichkeitsarbeit als zum Beispiel Suchtfachkliniken, die aus einem Umkreis von etwa 100 Kilometer 90%

Durch die bundesweite Belegung der Fachklinik hatten wir natürlich mit der Vielzahl von Suchtberatungsstellen,

ihrer Patienten zugewiesen bekommen. Dies veranlasste uns Anfang der *2000er* Jahre zur Einführung des sogenannten Tönissteiner Dialogs (intern auch Roadshow genannt).

Dies ist eine aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit in verschiedenen größeren Städten Deutschlands, in denen wir geeignete Lokalitäten anmieten, um dahin potenzielle Zuweiser wie Suchtberatungsstellen, Betriebe, Firmen, Gesundheitsämter, Kosten- und Leistungsträger usw. einzuladen, um unser Therapiekonzept vorzustellen. Dies wurde unterstützt durch den Besuch von Beratungsstellen. Ebenso trug sicherlich auch der Versand der Zeitschrift „Wir Tönissteiner“, auch in den neuen Bundesländern, dazu bei, die Klinik bundesweit bekannt zu machen. Wichtiger Faktor war auch die regelmäßige Durchführung von Ehemaligentreffen in Form unseres Sommerfestes, sowie entsprechender Fachtagungen, zumindest *bis 2017* noch in großer Form im Kursaal der Stadt Bad Neuenahr.

Die wichtigste Form einer effektiven Patientenakquise stellt für mich aber der zufriedene, sich gut behandelt fühlende Patient dar, der mit dieser Botschaft in seine Suchtberatungsstelle beziehungsweise Selbsthilfegruppe nach der Therapie zurückkehrt. Er ist die beste „Werbung“, da seine Therapieerfahrung für andere noch nicht Entschlossene, zum Beispiel Selbsthilfegruppenmitglieder, Arbeitskollegen, Verwandte usw., authentisch und nachvollziehbar ist. Von daher wurde immer schon sehr viel Wert auf Patientenzufriedenheit und eine qualitativ hochwertige Behandlung mit Erreichung

individueller Therapieziele gelegt. Das führte auch bei Patientenbefragungen zu einem hohen Wert zum Beispiel im Schulnotensystem in Befragungen durch die Klinik kurz nach der Therapie mit Werten um 1,3 und bei Befragungen durch die Rentenversicherungsträger nach einem Jahr von etwa 1,7. Diese Werte sind ähnlich wie die von uns erzielten Abstinenzquoten nach einem Jahr überdurchschnittlich hoch. Bei den Abstinenzquoten berücksichtigen wir natürlich auch, dass der sogenannte Input, zum Beispiel durch die nur geringe Arbeitslosenquote von etwa 16% (üblicherweise in Suchtfachkliniken 70 bis 90%) deutlich besser ist. Auch der hohe Grad der sozialen Integration und die Rückkehr in ein stabiles Umfeld wie die Familie und den Arbeitsplatz trägt zu diesen hohen Abstinenzquoten bei. Es ist aber auch sicherlich das effektive, auf genau diese Behandlungsklientel zugeschnittene Therapieprogramm.

In den letzten 50 Jahren, wovon ich das große Glück hatte, diese Klinik gut 26 Jahre als Chefarzt zu leiten, gab es einige Veränderungen. Zunächst gab es die von mir genannten **Reha-Spargesetze von 1996**, die wie dargestellt bei uns zu keinen Qualitätseinbußen, wohl aber zu einer größeren „Konkurrenz“ und Öffentlichkeitsarbeit führten.

Anerkennung der Weiterbildung zum Suchtkrankentherapeut*in

Psycholog*innen, sowie Sozialarbeiter*innen und Sozi-alpädagog*innen mit abgeschlossener fachspezifischer

Eine wichtige Veränderung gab es auch im Personalwesen. Um **1998** herum beschlossen die Rentenversicherer, nur noch approbierte Ärzte und

Weiterbildung zum/r Suchtkrankentherapeut:in anzuerkennen. Für die bis dahin in größerer Zahl tätigen Selbstbetroffenen mit mehr oder weniger bestehender Weiterbildung gab es zunächst Bestandsschutz. Zu diesem Zeitpunkt waren aber bereits viele dieser Mitarbeitenden im Ruhestand oder standen kurz davor. Dies führte dazu, dass heute keiner dieser Mitarbeitenden mehr in der Klinik beschäftigt ist. Meines Erachtens war die damalige Durchmischung, wie ich sie noch erleben konnte, günstig. In den selbstbetroffenen Suchtkrankenhelferinnen und -helfern fanden die Patienten Identifikations- und Projektionsfiguren. Sie konnten viel von diesen lernen und für ihren eigenen Weg aus der Sucht übernehmen. Ich habe mich aber immer gegen den häufig gehörten Spruch gewehrt, nur ein Suchtkranker könne einem anderen Suchtkranken helfen. Dem habe ich immer entgegnet, dass ein guter Psychiater auch eine Psychose behandeln kann, ohne selbst jemals psychotisch gewesen sein zu müssen. Mit der Etablierung einer zunehmenden Zahl gut ausgebildeter approbiertes Psycholog*innen, beziehungsweise Absolvent*innen des Studiums der sozialen Arbeit mit Masterstudiengang Suchthilfe, kam eine zunehmende Professionalisierung des Teams. Dies hatte enorme Vorteile auch bei der Erkennung komorbider Erkrankungen und deren Behandlung wie zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Zwangsstörungen und anderer Begleiterkrankungen.

Die Rehabilitation der Sucht ist eine umfassende medizinische Rehabilitation, die gerade im stationären Rahmen durch ein multiprofessionelles Team von Ärzt*innen und Krankenpflegenden, Psycholog*innen,

und Mitarbeitenden aus der Sozialarbeit, der Sport- und Bewegungstherapie, der Beschäftigungstherapie und wo indiziert auch Arbeitstherapie und anderen Berufsgruppen geleistet wird.

Gerade auch die hohe Qualifikation medizinischen Personals in Form von Ärzt*innen und Krankenpflegepersonal ist wichtig, da die medizinische Rehabilitation das Ziel der Abwehr drohender Erwerbsunfähigkeit oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit verfolgen muss.

Im Rahmen der medizinischen Behandlung spielen dabei auch Behandlungen durch Konsiliarärzt*innen verschiedener Fachrichtungen eine wichtige Rolle. Wichtig aber bleibt in jedem Fall immer die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Austausch über den Patient*innen der verschiedenen Berufsgruppen zur Erreichung dieses Rehabilitationszieles.

Veränderung des Suchtmittelkonsums in Deutschland

Deutschland auseinander. Bis dahin gab es grundsätzlich eine Einteilung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen (Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmit-

tel) auf der einen Seite und Drogenabhängiger auf der anderen Seite, jeweils in verschiedenen Kliniken. Wir beobachteten aber einen zunehmenden Konsum zum Beispiel von Kokain oder Amphetaminen bei Berufstätigen, insbesondere auch zur Steigerung der Leistung am Arbeitsplatz. Gerade der Konsum dieser Substanzen hat in Deutschland immer mehr zugenommen. Auch die Einnahme anderer Drogen wie Ketamin oder opioidhaltiger Analgetika hat deutlich zugenommen. Gerade Menschen mit hoher sozialer Integration konsumieren solche Substanzen. Unseres Erachtens sind diese Menschen nicht mit den Konzepten klassischer Drogeneinrichtungen und der Integration bisher wenig integrierter Drogenabhängiger in Beruf und Gesellschaft vereinbar. Im Grunde genommen sind dies Patienten, die vom sozialen Umfeld her ohne weiteres mit den alkoholabhängigen Tönissteiner Patienten vergleichbar sind. Zunächst boten wir für diese Patient*innen folgerichtig besondere Behandlungsgruppen in unserer Einrichtung ab **etwa 2010** an. Da sich diese Patienten vom sozialen Umfeld und damit auch von der eigentlichen Zielseitung der Therapie kaum von den anderen Tönissteiner Patient*innen unterscheiden, erfolgte auch eine zunehmende Integration der Behandlungsgruppen unter besonderer Berücksichtigung des Suchtmittels in indikativen Gruppen. Wir konnten und können in diesen Behandlungsgruppen in etwa gleiche Erfolge erzielen wie in den Behandlungsgruppen für Alkoholabhängige.

Neue Qualitätsstandards für die Grundsätze der Rehabilitation

litation und ihres Qualitätssicherungsprogrammes in den jeweiligen Einrichtungen durchzusetzen und zu überwachen.

Dies führte dazu, dass auch unter Ableitung des Sozialgesetzbuches, der Rentenversicherungsträger beschloss, dass alle Rehabilitationskliniken barrierefrei sein müssen. Wer noch die alte Fachklinik Bad Tönisstein am alten Standort kannte, weiß dass diese Auflagen dort nicht umsetzbar waren. Es gab ausschließlich Treppen, keinen Aufzug. Es gab im Grunde genommen fast nur Doppelzimmer. Der Speisesaal musste zweimal am Tag umgeräumt werden, um die entsprechenden Vorträge für die Patienten morgens und abends durchführen zu können. Das Schwimmbad mit einer Länge von 12 Metern war zwar schon ein Luxus, aber auch sehr beengt. Erforderliche Baumaßnahmen zur Erreichung des Ziels einer Barrierefreiheit oder womöglich der Einführung von Einzelzimmern wären bei dieser teils denkmalgeschützten Einrichtung nicht möglich gewesen.

Wie bereits dargelegt, haben die Rentenversicherungsträger insbesondere der federführende Leistungsträger die Pflicht, Grundsätze der Rehabi-

Es ergab sich dann das große Glück, dass in der nahe gelegenen Kurstadt Bad Neuenahr-Ahrweiler eine orthopädische

Umzug nach Bad Neuenahr-Ahrweiler

Klinik, auch als Folge der von mir bereits erwähnten Reha-Spargesetze, immer weniger Patient*innen hatte, da stationäre orthopädische Behandlung immer weniger nachgefragt wurde. Zum Schluss musste diese Klinik schließen und wir konnten diese für uns erwerben. Diese Klinik verfügte über 140 Einzelzimmer, ein großes Hallenbad mit 20 Metern Länge, mehreren Räumen für die Sport und Bewegungstherapie, und lag mitten im Kurort Bad Neuenahr. Viele Räume, die vorher für Kneippanwendungen, für Elektrophysiologie, für Mooräder zur orthopädischen Diagnostik und anderen Zwecken genutzt wurden, mussten umgebaut werden, um Platz für geeignete Gruppen- und Therapieräume, sowie einen großen Vortragssaal bieten zu können.

Mit dem Umzug mitten in eine Stadt, was für Suchtfachkliniken eher untypisch ist, war aber auch eine neue Hausordnung verbunden. Während früher nur am Wochenende begrenzter Ausgang möglich war, der meist nur bis Burgbrohl oder in die nähere Umgebung führte, war es jetzt möglich, in der therapiefreien Zeit die Einrichtungen der Kur- und Badestadt zu nutzen. Oft gab es auch am Wochenende durch Patienten ausgedehntere Ausflüge, so dass wir Auswüchse wie Familienheimfahrten ins Ruhrgebiet stoppen mussten und gerade auch die Pflicht zur Teilnahme an den Mahlzeiten dazu beitrug, nach wie vor den Aufenthalt in der

Klinik und auch in den Gruppen in den Fokus zu rücken. Grundsätzlich nicht verändert wurde das Konzept, insbesondere mit dem Schwerpunkt der Gruppentherapie auch ohne Therapeut*innen in Form der sogenannten TZ, auch samstags und sonntags.

Eine weitere einschneidende Veränderung war der Umzug der Klinik im Juni 2005 von Burgbrohl nach Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Zunächst bestand die Befürchtung, dass durch die Einzelzimmer, besonders aber durch den häufigen Ausgang in die Stadt, Rückfallquoten zunehmen könnten. Dies hat sich im Vergleich von Alt- zu Neu-Tönisstein nicht verändert. Sie blieb nach wie vor bei wenigen 3%.

Besonders positiv aufgenommen wurden von Patient*innen und Mitarbeitenden die großzügigen und besseren Räumlichkeiten für Mitarbeitende, besonders aber für Patient*innen in Form der Einzelzimmer mit eigener Nasszelle, teilweise mit begehbaren Kleiderschränken, einem großzügigen Angebot für die Sport- und Bewegungstherapie, auch mit den Einrichtungen und der Lage der Stadt als ausgelagertes Sportfeld, im einladenden Schwimmbad mit einer Länge von 20 Metern und einem barrierefreien Zugang. Der Bereitstellung barrierefreier Zimmer und der Möglichkeit, jeden Punkt des Hauses barrierefarm zu erreichen. Zusätzlich bietet die Klinik spezielle Zimmer (ehemalige AHB-Zimmer) zur Behandlung von zum Beispiel Allergikern oder gehbehinderten Patienten.

Heute zum 50. Geburtstag sehen wir eine

Glückwünsche

Fachklinik, die zu den besten in Deutschland in der Behandlung von Suchterkrankungen angesehen wird. Nach wie vor einzigartig ist ihr besonderes Therapieprogramm einer speziellen Kurzzeittherapie zur Behandlung Abhängiger weitgehend unabhängig vom Suchtmittel, aber bei hoher sozialer Integration in Familie, Gesellschaft und Beruf.

Ich wünsche dieser Klinik, dass sie auch in den nächsten 50 Jahren die Möglichkeit hat, dieses erfolgreiche Programm fortzuführen, ohne negative Beeinflussungen durch neue Gesetzgebungen im Rahmen der Rehabilitation, bei den Kosten- und Leistungsträgern oder den jeweiligen Eignern der Klinik. Natürlich muss eine Klinik wirtschaftlich geführt werden, sonst hat sie keine Zukunft und bietet weder für Mitarbeitende und für Patient*innen eine solide Grundlage für die Zukunft. Dennoch gilt immer noch der Grundsatz, dass ein zufrieden und in seinem subjektiven Empfinden gut behandelter Patient oder Patientin die beste Werbung für neue Patient*innen darstellt. Gerade eine stabile Belegung ist unabdingbar für eine wirtschaftliche Basis einer Klinik. Eine gute Behandlung hängt aber auch von dem Engagement und der jeweiligen beruflichen Zufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ab. Psychotherapie braucht Kreativität und damit auch den Handlungsspielraum, um auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patient*innen mit Know How, aber auch auf die speziellen Rehaziele bezogen mit der entsprechenden

individuellen Therapie eingehen zu können. Dieser Spielraum ist enorm wichtig und darf nicht zu sehr durch wirtschaftliche oder bürokratische Vorgaben eingeengt werden. Dies ist mein Wunsch an die Handelnden in diesem System, dies auf jeden Fall im Sinne der dort zu Behandelnden.

Nach meiner Schätzung müssten in den letzten 50 Jahren etwa 40000 Patienten in der Klinik Tönisstein behandelt worden sein. Viele von diesen haben durch das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Weg aus der Sucht gefunden und sind stabil abstinent gewesen. Es ist aber nicht nur die Abstinenz, die den Erfolg der Suchttherapie darstellt, sondern sie ist der Boden dafür, dass suchtmittelabhängige Menschen wieder den Weg zurück finden in ein selbstbestimmtes Leben, das ihnen damit ihre Unabhängigkeit, ihre Würde und ihre Selbstachtung zurückgibt.

Ich wünsche mir daher, dass noch viele Menschen den Weg in diese Klinik und damit aus der Sucht heraus in dieses neue Leben finden werden.



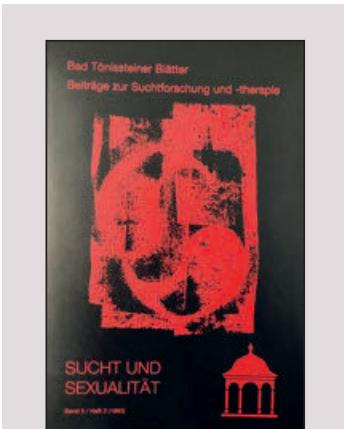
Dr. Hubert Buschmann begann seine Laufbahn als Krankenpfleger, bevor er sein Medizin-Studium begann. Nach seiner Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie war er von 1995 an bis zu seiner Rente Chefarzt in der Fachklinik Bad Tönisstein. Unter seiner Führung zog die Fachklinik 2005 nach Bad Neuenahr, um am neuen Standort moderner zu werden.



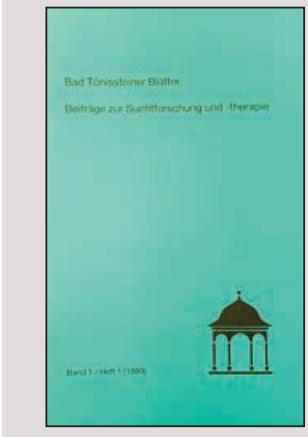
Viele Jahre wurde im Rahmen einer Fachtagung der Tönissteiner Medienpreis verliehen. Im Jahr 2011 ging er u.a. an Günter Lamprecht für sein Lebenswerk.



Wir Tönissteiner Zeitungen



Fachartikel in den „Bad Tönissteiner Blätter“ beleuchteten im Laufe der Jahre verschiedene Schwerpunktthemen der Abhängigkeitserkrankung und -behandlung.



Impressionen aus der Fachklinik Bad Tönisstein



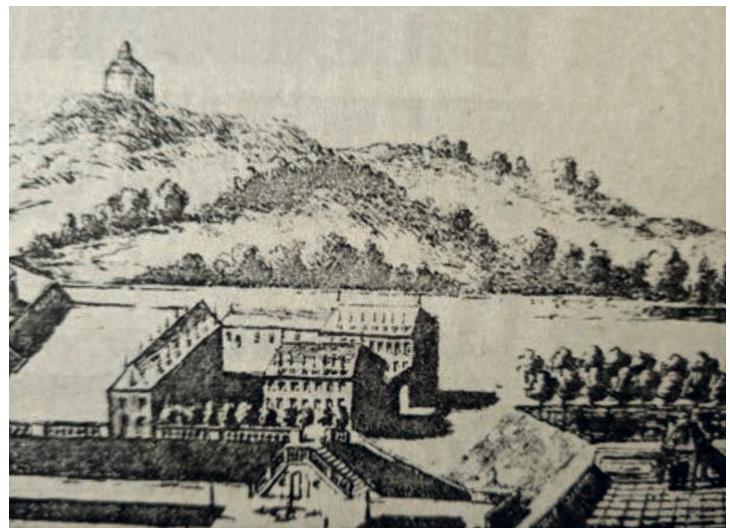
31 Jahre in Bad Tönisstein



Die Fachklinik Bad Tönisstein



Der Trinkbrunnen –
Wahrzeichen des alten Standortes



Kurfürstliches Bad Tönisstein mit der Brunnenlage im Jahre 1760



Für Großgruppen wurde der alte Weinkeller genutzt



Das Tor zum alten Weinkeller



Sport in der Bezugsgruppe, z.B. im kleinen Schwimmbad



Die Verwaltung schwitzte im Container

Bad Tönisstein und Bad Neuenahr – unsere Klinik gestern und heute

Michaela Farber

Am 27.03.1974 eröffnete in Bad Tönisstein unsere Fachklinik. Bad Tönisstein, das ist deutschlandweit der kleinste Kurort. Wer das schmale Tal zwischen Maria Laach und Brohl schon einmal durchquert hat, weiß auch warum: neben der Klinik gab es nur noch die Villa des Brunnenbesitzers und das Jagdschlösschen. Der eigentliche Brunnen liegt schon außerhalb von Bad Tönisstein in Brohl-Lützing. Ein wenig schattig ist es in Bad Tönisstein, das an zwei Seiten von Anhöhen gesäumt mitten im Wald liegt. Besonders im Winter war das Bedürfnis, das Licht den ganzen Tag einzuschalten, immer besonders groß.

Die Therapie damals war anders als heute. Gut 120 Patienten lebten für die Dauer von acht oder mehr Wochen überwiegend in Doppelzimmern und in nur 6 Einzelzimmern. Um die Einzelzimmer wurde hart gekämpft, doch meist kamen nur die extremen Schnarcher in den Genuss eines zu bekommen. Durch die Doppelzimmer war man gezwungen, sich zu arrangieren, miteinander ins Gespräch zu kommen, aber auch, sich auseinander zu setzen. Handys gab es damals noch kaum – und wenn, war der Empfang im Tal nicht besonders gut. Trotzdem mussten die Handys während der ersten Woche abgegeben werden, so gelang das Einlassen auf die Aufnahmegruppe besonders gut, auch wenn das Heimweh manchmal groß war.

In den Zimmern gab es keine Fernsehgeräte – und damit keine Ablenkung. Nur einen großen Fernseher im Speisesaal, dort wurden zweimal die Woche suchtbezogene Filme geschaut und alle mussten teilnehmen. Zur nächsten Ortschaft war es schon ein kleiner Fußmarsch und auch dort gab es nicht viel. Nach der Aufnahme Woche hatten die Patient*innen nur Ausgang mit zwei weiteren Mitpatient*innen. Taktisch klug – kannten doch die alteingesessenen Patient*innen am besten die kürzesten Pfade zum Dorf. Aber auch therapeutisch war es günstig: nicht nur war die Hemmschwelle größer, etwas zu besorgen, man kam so mit der neuen Stammgruppe gleich besser ins Gespräch.

Auch beim Sport – in der großen Turnhalle oder im kleinen Schwimmbad – lernte man die Mitpatient*innen von allen Seiten kennen, denn Sport wurde gemeinsam gemacht. Genau zwei Essensbefreiungen gab es an den Wochenenden – und Ausgang nur ab Freitagnachmittag, so dass in das Wochenende fahrendes Personal gut daran tat, in der Nähe der Klinik besonders vorsichtig zu fahren, um die zum Dorf pilgernden Patientenscharen nicht zu gefährden. Therapie und geselliges Beisammensein fand anfangs im gleichen Raum statt, da gab es keine Möglichkeit, sich aus dem Weg zu gehen. Das brachte Konflikte mit sich – aber auch Klärung.

Und wem die Decke auf den Kopf fiel von Gruppentherapie und themenzentrierter Interaktion, der konnte eine Runde im Wald spazieren gehen – auf unseren Distrawegen. Die kleine Runde (auch in der Aufnahmegruppe schon mit mehreren erlaubt) oder eine der größeren, vorbei an den Ruinen des Klosters oder der Quelle im Wald.

Die Hausordnung war streng, aber es war ein enges Miteinander, selbst mit dem therapeutischen und ärztlichen Personal, von dem anfangs alle Selbstbetroffene waren. Getreu dem Minnesota-Modell unserer „Mutter-Klinik“ Hazelden herrschte das „Du“ zwischen Patientenschaft und Mitarbeiter*innen. Erst 2004, ein Jahr vor dem Umzug, wurde das „Du“ zugunsten des Siezens abgeschafft.

Mit dem Umzug nach Bad Neuenahr änderte sich 2005 auf einen Schlag eine ganze Menge. 140 Einzelzimmer und große Gruppen- und Aufenthaltsräume erwarteten uns in der ehemaligen orthopädischen Klinik „Hochstaden“ in Bad Neuenahr. Der Umzug selbst war eine logistische Meisterleistung von Frau Umbscheiden. In minutiöser Kleinarbeit hat sie das Unmögliche möglich gemacht und einen Umzug im laufenden Betrieb organisiert. Während am Tag vor dem Umzug bereits Möbel, Schränke und Material des Personals zwanzig Kilometer weiter transportiert wurden, alle mit Aufklebern versehen, sodass sie ausnahmslos alle ins richtige Zimmer gebracht wurden, reisten die Patient*innen einen Tag später mit Bussen hinterher und der Betrieb in der neuen Klinik ging nahtlos weiter. Fortan waren die Büros der

Therapeut*innen nicht mehr über das Haus verteilt, sondern alle zusammen im Haus Saffenburg untergebracht – gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen der Verwaltung, die nun nicht mehr in einem Container arbeiten mussten.

Während die Klinik in Bad Tönisstein ein stattliches Gebäude an der Landstraße war, so muss man in Bad Neuenahr schon

Abschied von der „Käseglocke“

aufpassen, die Einfahrt nicht zu verpassen. Gerade mal 12 Parkplätze breit ist das Haus Saffenburg, der einzige Gebäudeteil, der von der Straße aus zu sehen ist. Geht man links davon die steile Einfahrt hinauf, wird das Gebäude immer länger und größer, bis es schließlich erhaben über den darunter liegenden Kliniken im Hang thront. War die alte Klinik in Bad Tönisstein verwinkelt, so dass man manchmal verschiedene Treppen nutzen musste, um vom Erdgeschoss ins Dachgeschoss zu kommen, fordert die Hanglage am neuen Standort den Orientierungssinn frisch eingetroffener Patient*innen mit ihren verschiedenen Ebenen heraus. Fast schon einem Screening auf kognitive Einschränkungen gleicht diese Herausforderung – doch bisher hat unsere Patientenschaft sie früher oder später gemeistert.

Auch die Lage, Bad Neuenahr im Herzen des Ahrtals und damit eines der berühmtesten Weinanbaugebiete Deutschlands, birgt Herausforderungen für alle, die hier Therapie machen. Statt beschützt im Wald findet unsere Therapie jetzt mitten im Leben statt. Wer will, ist nach einem Fußweg von nur fünf Minuten bei den

ersten Gaststätten, Lokalen und Supermärkten. Der Schutz, den Alt-Tönisstein mit seiner Abgeschiedenheit bot, von vielen liebevoll bis vorwurfsvoll „Käseglocke“ genannt, ist fort – in Bad Neuenahr ist die Verführung direkt vor der Einfahrt. Mit dem Umzug fiel das Verbot, das Klinikgelände unter der Woche zu verlassen – in der therapiefreien Zeit darf jede/r nun in den Kurpark oder das Städtchen gehen. Jedes der Einzelzimmer ist mit einem TV-Gerät ausgestattet, aber natürlich haben auch die Handys einen immer größeren Stellenwert in der Ablenkung in den letzten Jahren erreicht. Die letzte Regel für Handys – nicht in der Aufnahmewoche – wurde ein Corona-Opfer. Während der Pandemie mussten alle Neuaufgenommenen zunächst ein paar Tage in Zimmer-Quarantäne. Da wurden die Mobiltelefone dringend gebraucht, um die Einsamkeit zu reduzieren.

Mit einem großen Schwimmbad, aber einer niedrigen Gymnastikhalle drehten sich die sportlichen Möglichkeiten am neuen Standort um – und wir entschieden uns für Sportangebote außerhalb der eigenen Bezugsgruppe in Abhängigkeit von der eigenen Leistungsfähigkeit. Während wir übergangsweise noch einmal in der Woche Sport sowie einen Frühstart gemeinsam in der Stammgruppe einplanten, ist das Sportprogramm inzwischen komplett auf die Leistungsfähigkeit der Einzelnen abgestimmt. Von Frühstart und Sport für Wiedereinsteiger wie Einfach Fit wird bis zum Powerwandern (die Weinberge hinauf in schnellem Tempo!) und Power Zirkel mit peppiger Musik heute alles angeboten.

Nicht beim Umzug entstanden, aber im Laufe der Zeit immer mehr gewachsen ist unser Programm für Abhängige von illegalen Substanzen. Während wir früher fast ausschließlich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit behandelt haben, nehmen wir nun auch Konsumenten vieler illegaler Substanzen auf – mit den gleichen Voraussetzungen wie Erfolgen.

Ablenkung durch TV und Handys, Einzelzimmer und eine freie Ausgangsregelung unter der Woche und am Wochenende haben das therapeutische Miteinander verändert. Während der Schritt zurück in das eigene Leben kleiner geworden ist, ist gleichzeitig die Versuchung, sich im therapeutischen Alltag zurückzuziehen, unter dem „Radar zu fliegen“, sehr groß geworden. Wir beobachten häufiger als früher Rückfälle während der Therapie, gleichzeitig haben sich die Katamnesezahlen, also die Anzahl derer, die ein Jahr nach ihrer Behandlung bei uns noch abstinenz sind, nicht wirklich verändert. Wer will, kann also trotz der veränderten Bedingungen bei uns seine / ihre Abstinenz erreichen.

Innovationen in der Therapie

Denn etwas anderes
hat sich nicht verändert,
weder durch den neuen
Standort, noch den neuen

Namen (mit dem Umzug nach Bad Neuenahr verabschiedeten wir uns von der Fachklinik Bad Tönisstein und wurden – damals noch – zur AHG Fachklinik Tönisstein), und das ist unsere Therapie. Noch immer finden sich Neuaufgenommene im Jellinek-Schema wieder, arbeiten dort in der Aufnahmegruppe wie danach in der Stammgruppe in der GT mit therapeutischem Personal und in der TZ selbstständig in ihrer Bezugsgruppe. Noch immer werden unsere Patient*innen von einem interdisziplinären Team betreut (das seit 2023 durch zwei Ergotherapeutinnen bereichert wird) und wir sind nach wie vor überzeugt, dass Abhängigkeit eine Krankheit ist, die wir nur auf dem paradoxen Weg durch Abstinenz zum Stillstand bringen können.

Computer, bei denen man mit Bildern von alkoholischen Getränken arbeitet, haben unsere Therapie ebenso ergänzt wie – ganz neu – eine VR-Brille, in der ich mich in einer virtuellen Realität der Begegnung mit Substanzen stellen kann.

50 Jahre Therapie, an zwei verschiedenen Standorten – vieles ist anders geworden, einiges moderner und weniger „Käseglocke“. Aber das Herz von Tönisstein ist gleich geblieben.



Michaela Farber begann ihre Arbeit 2004 in der Fachklinik Bad Tönisstein im Rahmen ihrer Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin. Nach dem Umzug war sie bis 2009 als Gruppentherapeutin am neuen Standort in Bad Neuenahr tätig, bevor sie in Elternzeit ging. Seit Frühjahr 2023 ist sie als leitende Psychologin wieder zurück zu ihren Wurzeln gekehrt. Außerdem engagiert sie sich in der Ausbildung neuer Psychotherapeut*innen als Dozentin und Supervisorin.

Impressionen aus der Median Klink Tönisstein



In Bad Neuenahr essen die Patient*innen in zwei Speisesälen mit Tischservice



Statt Doppelzimmer gibt es Bad Neuenahr Einzelzimmer, ein paar wenige sogar mit Balkon.



In unserer kleinen Lehrküche findet die Ernährungsberatung und unser Genussfrühstück statt.



Aber auch das große Schwimmbad, das die Patient*innen in Kleingruppen auch in der Freizeit nutzen dürfen, ist beliebt.





Der „neue“ Vortragssaal in Bad Neuenahr



Große Therapieräume machten auch in Pandemiezeiten eine sichere Gruppenarbeit möglich.



Die Bewegungstherapie in der eher niedrigen Gymnastikhalle wird ergänzt durch Sportangebote im schönen Ahrtal, z.B. Powerwandern in den Weinbergen.



Nicht nur lesen kann man in unserer Lobby, auch ein Billardtisch lädt zum Verweilen ein. Für alle Patient*innen, die selbst keinen Internetzugang haben, stehen außerdem PCs zur Verfügung.



Nachdem der erste Pflegestützpunkt zu klein war für unsere „medizinische Zentrale“ entstand ein neuer, ganz an die Bedürfnisse des diensthabenden Personals angepasster Raum im Herzen der Klinik.

Die Begegnung mit vielen, die die gleiche Erkrankung haben trotz völlig verschiedener Vorgeschichte. Das langjährig bewährte Konzept durchgeführt von erfahrenen Mitarbeitenden.

*Dr. Hubert Buschmann
früherer Chefarzt*

Die Gemeinschaft und der Austausch der Patienten in einer gut funktionierenden Gruppe.

*Kerstin Kluttig,
Aufnahmetherapeutin*

Was in Tönisstein wirkt ist ein guter Geist des Hauses. Oder auch: das Klinikkonzept mit 50 Jahren Erfahrung in der komplexen psychotherapeutisch-ärztlichen Suchtbehandlung, die sich auf individuelle Bedürfnisse jedes Patienten und seine Emotionalität orientiert, seine Komorbidität und soziale Situation berücksichtigt und vom engagierten und empathischen Behandlungsteam durchgeführt wird.

*Przemyslaw Sas
Chefarzt*

Das eigene Spiegelbild in der Gruppe.

*Jannes Hecht
Leiter der Suchthilfe
der Caritas Wuppertal*

Die Gruppentherapie und das stationäre Setting.

*Ömer Bozcicek
Oberarzt*

Was ist aus Ihrer Sicht das, was in Tönisstein „wirkt“?

Die Erkenntnis: Ich bin nicht alleine mit meiner Suchterkrankung. Die Erfahrung, sich mit sehr intimen, schambesetzten Dingen öffnen zu können, und von den Mitpatient*innen verstanden und angenommen zu werden, eben weil diese häufig sehr ähnliche (schmerzhafte) Erfahrungen gemacht haben. Die Erfahrung zu machen: Therapie kann und darf Spaß machen! Ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Ergo- und Sporttherapeut*innen, die täglich alles geben und Freude an ihrer Arbeit haben.

*Anna Belke
stellv. leitend. Psychologin*

Es ist primär das Erleben einer therapeutischen Gemeinschaft, das anregende Setting in der Gruppe. Gemeinsam fällt es leichter, nicht mehr Kollaborateur der eigenen Sucht zu sein.

*Prof. Dr. Martin Wallroth
Philosoph und Psychologie*

Abhängigkeit nicht als etwas schlechtes, verachtenswertes zu betrachten, sondern als eine Krankheit und aus diesem Verständnis heraus eine Therapie auf Augenhöhe zwischen Patient*innen und Behandelnden möglich zu machen, die die Betroffenen nicht verurteilt, aber an ihre Verantwortung appelliert, die Krankheit zum Stillstand zu bringen.

*Michaela Farber
leitend. Psychologin*

Typisch Tönisstein

Jannes Hecht

Ich heiße Jannes Hecht, bin 52 Jahre alt und seit 25 Jahren als Psychotherapeut in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen tätig. Daran ist die Klinik Tönisstein nicht ganz unschuldig.

Meine ersten Berufserfahrungen habe ich in einer Fachklinik für Psychosomatik gemacht. Ich stellte mir das leichter vor, als die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, und war froh, nicht in der anderen Abteilung eingesetzt worden zu sein. Meine Patienten*innen waren froh, keine entsprechende Diagnose zu haben. Manche fielen aber bei stichprobenartigen Alkoholkontrollen mit 1,6 Promille auf. Mittlerweile leite ich eine Einrichtung der ambulanten Suchthilfe und -rehabilitation. Dazwischen lagen 18 Jahre Tönisstein.

Das besondere, „typische“ an Tönisstein ist nicht der Ort. Als die Klinik 2005 aus Bad Tönisstein im Brohltal nach Bad Neuenahr umzog, ich war gerade seit zwei Jahren dort als Bezugstherapeut tätig, sahen nicht Wenige darin das Ende eines erfolgreichen Therapiekonzepts. Erstaunlicherweise setzte sich die Erfolgsgeschichte am Fuße des Rotweinwanderwegs in Einzelzimmern mit Fernsehern fort. Auch die Patient*innen der Klinik sind kein Alleinstellungsmerkmal. Sie sind so divers, wie in anderen Einrichtungen zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen auch. Dort treffen in einem

hohen Anteil Menschen aufeinander, die sich aufgrund ihrer soziodemographischen Merkmale im sonstigen Leben mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht begegnet wären. Das Erstaunliche aber ist, dass diese Menschen in einen sehr persönlichen Kontakt miteinander kommen, und zwar auf der Grundlage einer gemeinsamen Eigenschaft: Sie sind alle suchtkrank. Von außen wird von Expert*innen und denjenigen, die eine „moderne“ Suchtmedizin vertreten, gelegentlich belächelt, dass die Patient*innen in Tönisstein eine mehr als 80 Jahre alte Symptomliste akribisch durcharbeiten. Dieser Fokus auf die Gemeinsamkeit in der ersten Behandlungswoche ist typisch für Tönisstein. Und wahrscheinlich die Grundlage für ein zweites typisches Merkmal: Die hohe Eigenverantwortung, mit der Rehabilitand*innen themenzentriert arbeiten. Seinerzeit war ich erstaunt, als mir der Gruppensprecher zu Beginn meiner ersten Gruppentherapie einen wohl ausgearbeiteten Wochenplan mit persönlichen Themen für die Gruppentherapie vorlegte. Auch rückblickend sehe ich darin einen extrem hohen Standard in der Mitwirkung, den die Klinik pflegt.

Kommunikation auf Augenhöhe

Beides zusammen, das eigene Spiegelbild in der Abhängigkeitsbiografie der Anderen und die hohe gegenseitige

Verbindlichkeit im Einbringen persönlicher Themen, ermöglicht eine Kommunikation auf Augenhöhe mit den Mitbetroffenen. Für die Psychotherapeut*innen ist es die Basis für am Individuum orientierte Interventionen. Die Verbindung von Traditionen aus den von der Selbsthilfe geprägten Anfängen der Klinik und einer modernen Verhaltenstherapie war immer eine der großen Herausforderungen, der sich die Klinik stellen musste. Wenn die Tradition nicht dogmatisch behandelt wird und bei Bedarf in andere therapeutische Sprachen übersetzt werden kann, ergeben sich neue Chancen und Übungsfelder. Eine Eröffnungsrede einer Gruppentherapie, bei der sich die Mitglieder mit ihrer Selbstdiagnose vorstellen, muss nicht die Kapitulation unter Konformitätsdruck zum Ziel haben, sondern kann ein Gespräch über Ambivalenz und Krankheitsakzeptanz eröffnen.

Dass ich dem Thema auf professioneller Seite bis heute treu geblieben bin, habe ich zu einem großen Teil meinen Erfahrungen in Tönisstein zu verdanken. Dem gegenseitigen Respekt ebenso wie den manchmal unvermeidbaren Reibungen. In diesem Sinne, liebe Tönisteiner*innen, macht weiter so: Erfindet euch neu, indem ihr euch treu bleibt.



Jannes Hecht war von 2003 bis 2021 in der Fachklinik Tönisstein tätig, zunächst als Bezugstherapeut, später als Teamleiter. Heute leitet er die Suchthilfe im Caritasverband Wuppertal.

Tönisstein im Ausnahmezustand: 2020 bis 2023

Kerstin Kluttig

Wenn wir heute zurückschauen auf die verrückten Jahre von 2020 bis 2022 erscheint diese Zeit fast ein bisschen irreal.

Anfang 2020: Toilettenpapierengpaß, jeden Tag 5 neue witzige Coronavideos auf WhatsApp, Hamsterkäufe. Ich erinnere mich noch an ein Passanteninterview im Fernsehen Anfang 2020, in dem eine Passantin hartnäckig erklärte, sie habe keine Angst vor Conora und wir es einfach komisch fanden, dass sie den Namen der Krankheit falsch aussprach, aber niemals gedacht hätten, dass diese Krankheit Corona tatsächlich mal unseren Alltag bestimmen würde.

Anfang 2020 gab es auch noch zwei Meinungslager in der Klinik: Diejenigen, die in großer Sorge waren und die Sorglosen. Spätestens aber mit dem **11. März**, als die WHO die Epidemie offiziell zur Pandemie erklärte, war klar, dass Maßnahmen ergriffen werden mussten.

Am Anfang bestanden diese Maßnahmen vor allem darin, Patienten und Mitarbeiter intensiv zu informieren, Verhaltensregeln (häufiges Händewaschen – wissen Sie noch: 2x Happy Birthday singen) zu erklären, Desinfektionsspender aufzuhängen, Abstände in Gruppenräumen zu vergrößern.

Nach und nach wurde umstrukturiert – Gruppenräume, die zu klein waren für eine Stammgruppe, wurden geschlossen, größere Räume für die Therapien genutzt.

Die Vorträge morgens und nachmittags wurden aufgeteilt – eine Hälfte der Patienten morgens, die andere nachmittags. Indikativgruppen verkleinert.

Parallel zu den von uns selbst initiierten Maßnahmen waren natürlich auch Anweisungen der Konzernleitung zu beachten, der Kostenträger und natürlich auch die gesamtgesellschaftlich gültigen Regeln.

Kurz vor Ostern 2020 mit dem ersten Lockdown war es dann an der Zeit, radikale Veränderungen einzuführen. Angehörigenseminare waren nicht mehr möglich, Patient*innen konnten keine Besucher mehr empfangen, Veranstaltungen, wie zum Beispiel die Vorstellung von Selbsthilfegruppen im Haus, aber auch unser Sommerfest mussten abgesagt werden. Patient*innen, die schon im Haus waren, wurden abgeschottet. Oberstes Ziel war, das Virus auf keinen Fall ins Haus zu bekommen.

Ab Mai 2020 wurden dann alle Patient*innen bei Aufnahme zunächst 24 Stunden in Isolation genommen. Konkret bedeutete das, sie wurden aufgenommen, kurz untersucht, PCR getestet und mussten dann in ihren

Zimmern bleiben, bis das – dann hoffentlich negative – Testergebnis da war. Das bedeutete natürlich auch, dass das Pflegepersonal die Patienten mit Essen und Trinken versorgen musste.

Dafür hatten wir auf der Ebene 3 einen in sich abgeschlossenen Flur komplett leergezogen, der aber vom Pflegestützpunkt gut zu erreichen war.

Die Aufnahmetherapeutinnen telefonierten mit allen Patienten, legten Ihnen vorab Infomaterial und Fragebögen in die Zimmer und waren ein offenes Ohr für alle Nöte und Sorgen in der „Iso“.

Rauchen war ein großes Thema! Die Patient*innen in der Isolation konnten ja nicht auf den Raucherplatz, also wurde ein zusätzlicher Raucherplatz in der Kurve am Ende von Haus 2 eingerichtet, wo dann je nach Jahreszeit und Wetter mehr oder weniger viele Patienten zusammenstanden.

Maskenpflicht!

Erinnert sich noch jemand an die sogenannten Communitymasken? Die selbstgenähten, bunten,

fröhlichen, manchmal auch gruseligen? Die Masken, für die es Schnittmuster gab? Die Masken, die - wie wir heute wissen – wirklich gar nichts genutzt haben? Mitarbeiter mussten im Dienst von Anfang an OP-Masken tragen, unseren Patient*innen wurde es nahegelegt, aber die Stoffmasken waren durchaus erlaubt.

Aber auch das war irgendwann vorbei. Am Ende waren wir alle mit FFP2 Masken im Haus unterwegs.

Von Mitte 2020 bis Anfang 2023 haben wir fast durchgehend Masken getragen. Auch in den Therapiestunden, teilweise auch im Sport außer im Schwimmbad, in Einzelgesprächen.

Dazu kamen die Testungen. Die PCR-Testung am Anfang war ein Riesenaufwand, weil die Teströhrchen erst in ein Labor geschickt werden mussten, das uns dann die Ergebnisse zurückgefaxes hat. Als endlich die Schnelltests kamen, gab es eine Phase, wo sich Mitarbeiter*innen gefühlt jeden Tag ein Stäbchen in die Nase friemeln mussten. Auch die Patient*innen wurden regelmäßig getestet.

Dieser Begriff bezeichnete die Situation einer Stammgruppe, in der ein Gruppenmitglied positiv

Quarantäne light

getestet worden war und bedeutete, dass das betroffene Mitglied in Quarantäne im Zimmer bleiben musste, der Rest der Gruppe aber ebenfalls Abstand zu anderen Patienten halten musste. Das hieß: keine indikativen Gruppen, keine Kontakte zwischendrin, andere Essenszeiten, eigener Raucherplatz. Phasenweise gab es vier verschiedene Raucherplätze auf dem Gelände.

... und dann kam die Flut

Ahrflut über das Ahrtal herein. Eine unfassbare Katastrophe, die viele Menschen das Leben gekostet, viele traumatisiert und um ihre Hab und Gut gebracht hat. Die Klinik selbst war vom Wasser selbst verschont geblieben, aber: es gab keine Brücke mehr auf die andere Seite des Flusses. Anfangs kein Strom, kein Wasser, kein Gas.

Am Tag nach der Horrornacht kamen nur ganz wenige Mitarbeiter*innen überhaupt zur Arbeit, weil Wege versperrt oder unpassierbar waren. Die Patient*innen, die tapfer in der Nacht ausgeharrt hatten, konnten nicht duschen, Toiletten wurden mit Schwimmbadwasser gespült, Internet funktionierte nicht. Da fast alle Mitarbeiter*innen der Küche direkt oder indirekt vom Hochwasser betroffen waren, musste Essen für die Patient*innen anders organisiert werden. Da dachten wir noch – morgen ist alles wieder besser. Aber spätestens am nächsten Tag war klar: es ist viel schlimmer als gedacht und wird viel länger dauern als ein paar Tage und wie unsere Nachbarklinik auch haben wir mit einem enormen logistischen Aufwand evakuiert. Ein Teil der Patient*innen wurde früher entlassen, das waren vor allem diejenigen, die ohnehin am Ende ihrer Therapie standen, ein weiterer Teil wurde in die Median Kliniken Daun, Thommener Höhe verlegt und die übrigen nach Wiesbaden in die Klinik Schlangenbad. Dort wurden sie von uns an mehreren Tagen der Woche weiter betreut und auf Thommen auch zunehmend in deren Therapieprogramm integriert.

Und mittendrin in dieser ohnehin schwierigen Zeit brach dann in der Nacht zum 14. Juli 2021 die

Lange stand nicht wirklich fest, wie es weitergehen wird. Zum Glück hatte die Leitung des Mediankonzerns schon sehr früh zugesagt, den Standort zu erhalten zu wollen und auch eine Spendenaktion für betroffene Mitarbeiter*innen ins Leben gerufen, aber zunächst einmal musste für Heizung und Trinkwasser, Strom und Internet gesorgt werden.

Dank vieler sehr engagierter Kolleginnen und Kollegen ist es dann aber tatsächlich gelungen, Ende August wieder anzufangen.

Die ersten 12 Patient*innen, unsere Pioniere, kamen sich vermutlich sehr verloren vor im Haus. Wir hatten sie extra auf einem Flur zusammen untergebracht, das Aufnahmeprogramm lief natürlich und aus diesen 12 wurden dann 3 Stammgruppen gemacht, die dann nach und nach ergänzt und um weitere Stammgruppen erweitert wurden.

Schnell zeigte sich, dass die ursprüngliche Sorge, in dieses verwüstete Tal komme doch keiner freiwillig, unbegründet war. Trotz der Widrigkeiten gerade im ersten Jahr nach der Flut sind Menschen zu uns gekommen und haben Therapie gemacht. Und auch das war für den Wiederaufbau von Bad Neuenahr Ahrweiler sicherlich sehr wichtig.

Gute Kooperation

Alle diese Maßnahmen in der Coronazeit und nach der Flutkatastrophe haben viel Energie,

Phantasie und Kraft gekostet. Ich habe einmal in meine Klinik-Emailpost geschaut und habe aus dieser Zeit an die 80 sogenannte „Corona Updates“ gefunden, also Anweisungen an Personal und Patient*innen, die verschickt wurden und die dann auch vermittelt, eingehalten und überprüft werden mussten. Während der Evakuierungs- und Aufbauzeit haben wir viel über WhatsApp und private Emails kommuniziert, um den Kontakt zu halten und Dienstpläne abzusprechen.

Aber: wir konnten die Klinik die ganze Zeit, außer in den anderthalb Monaten nach der Flut, offen halten! Wir hatten keinen großen Krankheitssausbruch in der Klinik, immer nur einzelne Krankheitsfälle. Wir haben unser bewährtes Kurzzeittherapieprogramm mit relativ wenigen Abstrichen konsequent durchführen können.

All dies ist neben der hervorragenden Arbeit insbesondere des Pflegepersonals und der Ärzte auch der überwiegend sehr guten Kooperation unserer Patient*innen in dieser Zeit zu verdanken.

Mit dem zunehmenden Schutz durch Impfungen konnten wir dann nach und nach die Maßnahmen zurückfahren, einander wieder ins Gesicht schauen, das Haus wieder nach außen öffnen. Und wir sind froh darüber!



Kerstin Kluttig, psychologische Psychotherapeutin, ist seit 1989 für unser Haus tätig. Lange Zeit arbeitete sie in der Öffentlichkeitsarbeit und engagierte sich für Roadshows und die Zeitung Wir Tönissteiner. Aber seit vielen Jahren ist sie aus der Aufnahmegruppe nicht mehr wegzudenken und das gute Herz, das jede Woche wieder Neuankömmlinge mit viel Verständnis in unserer Klinik willkommen heißt.

Non scholae sed vitae discimus

(Nicht für die Schule, sondern für das Leben lernen wir)

Dr. Bernd Schneider

Nicht für die Schule, sondern für das Leben lernen wir – so jedenfalls der Anspruch traditioneller humanistischer Bildung. Mit diesem Anspruch sollte Schülern suggeriert werden, dass der mitunter mühsame Wissenserwerb doch für das spätere Leben taugt. Es kann unterstellt werden, dass diese Suggestion nicht wirklich verfangen hat und die Motivation zum Lernen eher den kurzfristig erteilten Noten oder gar der Versetzung zu zuschreiben war. Dennoch ist mir dieses Zitat eingefallen, als ich über die Zeit in Tönisstein nachdachte. Letztendlich hat man in der Schule, wie auch in der Klinik doch einiges für und über das Leben gelernt – weniger die Details, als vielmehr die abstrakten Regeln, die hinter dem Wissenserwerb oder der operativen Tätigkeit stehen, und die Auskunft darüber geben, wie das Leben funktioniert und v.a., wie es funktionieren sollte, was richtig oder falsch ist und wie man sich als guter Schüler oder guter Mitarbeiter zu verhalten hat.

Diese institutionellen Prägungen können aus psychologischer Sicht durchaus als Teil einer zumindest berufsbezogenen Persönlichkeitsentwicklung betrachtet werden. Diese vollzieht sich in den meisten Fällen als facettenreicher wechselseitiger Anpassungsprozess. Nicht umsonst schreibt man dem beruflichen Kontext eine lange unterschätzte prägende Bedeutung zu:

„Wir sind nicht nur Wer, sondern wir werden auch zu Jemanden“. Der berufliche Kontext beeinflusst das fachliche Selbstverständnis, das Rollenverständnis der eigenen Berufsgruppe bis hin zur Selbstwahrnehmung der eigenen Person im Umgang mit Patient*innen und innerhalb des institutionellen Settings.

Was konnte und kann man in Tönisstein in einem so verstandenen Sinne fürs Leben lernen? Wie hat Tönisstein die Mitarbeitenden geprägt und prägt sie noch heute?

Von Selbstbetroffenen lernen ist die positive Umschreibung der Tatsache, dass im Tönisstein der 70-ziger und 80-ziger

Jahre die fachliche Qualität von Therapeut*innen insbesondere durch das Merkmal der Selbstbetroffenheit definiert war und dies bei Patient*innen und Kolleg*innen gleichermaßen. Die in Tönisstein praktizierte Suchttherapie konnte im Sinne des später von Klaus Grawe formulierten Buchtitels zur Psychotherapieforschung: „Von der Konfession zur Profession“ ohne Bedenken als Konfession angesehen werden. Konfession ist dabei nicht als religiöse Überzeugung zu betrachten, sondern als der Glaube an die persönlichen Überzeugungen,

1. Die Bedeutung der Selbstbetroffenheit

die unabhängig von wissenschaftlicher Evidenz auf persönlichen Erfahrungen beruhen. Handlungsleitend waren tatsächlich die von vielen Therapeut*innen selbst gemachten Erfahrungen im Umgang mit ihrer Sucht und idealerweise deren dauerhaften Bewältigung. Diese persönlichen Erfahrungen sollten an die Patient*innen weitergegeben werden und waren somit die Blaupause für die Krankheitsbewältigung. Dazu gehörten ein schonungsloser und konfrontativer Umgang mit suchtspezifischen Erfahrungen und deren negativen Konsequenzen. Diese Erkenntnisse und der daraus auch emotional entstandene Leidensdruck waren die Voraussetzung für das Erreichen der Abstinenz. Abstinenz war nicht das Mittel zur Erlangung eines wie immer gearteten gesunden Lebens, sondern ein eigenständiger Wert, der für Abhängige einen erlösenden Charakter erlangte und somit zum sinnstiftenden Inhalt des Lebens von Abhängigen avancierte. Das so verstandene Krankheits- und Genesungsverständnis hat erwartungsgemäß nicht bei allen Patient*innen zu einer erfolgreichen Behandlung beigetragen, entfachte aber innerhalb der Einrichtung eine enorme Strahlkraft. Diese Strahlkraft wurde getragen von dem in der Regel tiefen persönlichen Commitment der Therapeut*innen, die innerhalb des Kliniksystems als leuchtende Vorbilder angesehen wurden. Sie hatten einerseits die Krankheit persönlich erlebt und zum anderen aber auch die Krankheit erfolgreich bewältigt. Damit verbunden war eine selbst wahrgenommene und fremd zugeschriebene narzisstische Aufwertung der selbstbetroffenen Therapeut*innen, die ihrerseits das Abstinenzparadigma in seiner Bedeutsamkeit noch einmal steigerte. Rückfälligkeit wurde in einem solchen

System als Verletzung der Gemeinschaftsregel begriffen und konnte trotz des offiziell propagierten Krankheitsverständnisses auch zum „moralischen“ Ausschluss aus der Abstinenzgemeinschaft führen.

Der kritische Grundton dieser Beschreibung soll nicht darüber hinweg täuschen, dass dieses System, unabhängig von seiner wissenschaftlichen Fundierung, für viele Menschen einen orientierenden und zur Krankheitsbewältigung hilfreichen Rahmen bot. Die Patient*innen fühlten sich in ihren eigenen Erfahrungen ernst genommen und sahen gleichzeitig einen Ausweg aus ihrer Sucht. Die behandelnden Suchttherapeut*innen verfügten über eine hohe Authentizität und waren in ihrer Botschaft kongruent. Damit erfüllten sie wichtige Voraussetzungen für die Wirksamkeit einer Therapie. Die therapiefördernden Wirkfaktoren dieses auf störungsspezifischen Erfahrungen fundierten Modells können wie folgt benannt werden:

Abhängigkeit wird nicht als individuelles Versagen begriffen, sondern Abhängige gehören zu einer Gemeinschaft von Menschen, die Ähnliches - häufig existenzbedrohendes Leid - erfahren haben. In der Gemeinschaft erleben die Abhängigen Zugehörigkeit und sind nicht, wie sonst in der Gesellschaft, von Ausschluss bedroht (ich bin nicht alleine, ich bin nicht der Einzige, meine negativen und selbstabwertenden Erfahrungen sind Symptome einer Krankheit).

Über die Erlangung der Abstinenz können Abhängige ihr Leiden überwinden und zu einem neuen bewussten

und wertvolleren Leben finden. Damit ist die Störung kein „Makel“ mehr, sondern bietet die Möglichkeit, eine störungsbezogene Selbstaufwertung zu erfahren („Ich bin froh, Alkoholiker geworden zu sein“, Krankheit als Chance, Lösungsorientierung und Zuversicht).

Die Möglichkeit, die Abhängigkeit zu überwinden, ist „plötzlich“ in das Leben der Betroffenen getreten, nachdem sie anderen Betroffenen begegnet sind, die bei vergleichbarer Ausgangssituation eine positive Entwicklung erreicht haben. Damit ermöglicht die Suchttherapie von Selbstbetroffenen, dass Abhängige von Modellen lernen, die zumindest störungsspezifische Ähnlichkeiten aufweisen und ein hohes Ansehen genießen (Lernen von attraktiven Modellen, die Ähnlichkeiten mit der eigenen Person aufweisen).

2. Differenzierung und Individualisierung führen zur Professionalisierung der Suchttherapie

auch in Tönisstein zu einer Differenzierung des erfahrungsbasierten Therapiekonzeptes geführt. Beispielhaft für diese Entwicklung sind die Einführung diagnostischer Instrumente, wie des Trierer Alkoholismus Inventars (TAI) oder des Trierer Partnerschafts Inventars (TPI) zu nennen. Verbunden damit waren die wissenschaftliche Orientierung und die verstärkte Zusammenarbeit mit universitären Instituten. Mit dem TAI war es möglich,

ein individuelles Profil der Wahrnehmung des eigenen Abhängigkeitserlebens zu erstellen, und dies in einer wissenschaftlich abgesicherten Symptomatik. So ließen sich z.B. unterschiedliche Ausprägungen hinsichtlich der Wahrnehmung funktionaler Aspekte der Abhängigkeit erfassen, um so den fokussierten Blick auf das konsumentorientierte Verhalten hin zu möglichen Funktionalitäten und Komorbiditäten zu erweitern. Das TPI verhalf dazu, die gut etablierte Arbeit mit Angehörigen zu intensivieren, zumal sich geschlechtsübergreifende und abhängigkeitsspezifische Beziehungsmuster in alkoholbeeinträchtigten Partnerschaften identifizieren ließen. Vor dem Hintergrund einer gut etablierten Therapiekonzeption entstanden zahlreiche wissenschaftliche Aktivitäten, die ihren Niederschlag in Diplomarbeiten und Promotionen fanden und zu einer Vielzahl von selbstorganisierten Fachkongressen oder der Beteiligung an derselben führten und schließlich mit den Bad Tönissteiner Blättern eine eigene Publikationsreihe beförderten.

Die neueren Entwicklungen führten auch zwangsläufig zu Reibungen mit dem traditionellen Vorgehen: „Damit wäre ich nie trocken geworden“. So oder so ähnlich lauteten wenig differenzierte, aber dafür moralisch und emotional umso aufgeladenere Argumente. Die Integration der neuen Ansätze war möglich, da die maßgeblichen Akteure mit dem traditionellen System vertraut und verwurzelt waren und die neuen Sichtweisen trotz aller Kontroversen, Teil der inneren Organisations- und Konzeptentwicklung waren. Diese konnte vorangetrieben werden, da wiederum die Protagonisten aus

innerer (fachlicher) Überzeugung handelten und das persönliche Commitment von der Idee getragen wurde, die Versorgung Suchtkranker durch evidenzbasierte Therapieansätze zu verbessern.

Dazu kam, dass das spezielle Kurzzeittherapiekonzept in Tönisstein mit überwiegend sozial integrierten Patienten sich in besonderer Weise für Veränderungen anbot. So waren wichtige Bausteine verhaltenstherapeutischer Ansätze, wie die Psychoedukation, längst Bestandteil des traditionellen Therapiekonzeptes. In der Aufnahmephase wurden grundlegende Elemente eines Krankheitsverständnisses edukativ und auch emotional vermittelt. In täglich stattfindenden Vorträgen wurden darüber hinaus einzelne Aspekte des Krankheitserlebens praxisbezogen dargestellt. In selbst organisierten Gruppen vertieften Patient*innen weitere Aspekte des Krankheitsgeschehens und dessen Bewältigung.

Zu der neuen Konzeption gehörte auch die Tönissteiner Beteiligung an der Entwicklung von Instrumenten zur systematischer Erfassung und Auswertung der Basisdaten sowie der Ergebnisqualität (Basisdokumentation und 1-Jahreskatastase). Diese wurden gemeinsam mit Fachleuten anderer Kliniken zur inhaltlichen Weiterentwicklung der Therapiekonzeption entworfen und einrichtungsübergreifend eingesetzt. Damit wurden durch die Klinikgruppe in der Versorgungsforschung bundesweite Standards definiert. Es darf als besonderer Glücksfall angesehen werden, dass die Klinikträger diese Entwicklungen aktiv förderten und durch die Etablierung eines Wissenschaftsrats und weiterer Fachausschüsse aktiv unterstützten. Innerhalb dieser Gremien wurden

weitreichende Weiterentwicklungen der Suchttherapie vorangebracht, die wiederum zu einem erheblichen Imagegewinn der beteiligen Kliniken beitrugen und lange Zeit in der Fachöffentlichkeit wie auch bei den Kostenträgern als Leuchtturmprojekte galten.

Transparenz, Überprüfbarekeit und die Legitimation der finanziellen Aufwendungen im Rehabilitationsbereich

3. Standardisierung und Ökonomisierung

waren aus gesellschaftlicher Sicht und aus Sicht der Rentenversicherung wichtige Motive der Qualitätssicherungsprogramme zur Struktur- und Ergebnisqualität. Schließlich sind die Rentenversicherungen im Bereich der Rehabilitation nicht nur Kostenträger sondern auch Leistungsträger und die Kliniken arbeiten im Auftrag der Rentenversicherungen mit einem gesetzlich definierten Auftrag zur Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Im Rahmen der Qualitätsentwicklung wurde die Vielzahl hochkomplexer Rehabilitationsleistungen in Therapiestandards aufgelistet und hinsichtlich der strukturellen Vorgaben (z.B. Zeit, Profession) definiert. Der Rehabilitationsentlassbericht als sozialmedizinisches Gutachten erhielt eine über alle Indikationsbereiche einheitliche Struktur und wurde durch das so genannte Peer Review Verfahren qualitätsgesichert. Zur Bewertung einer Einrichtung wurden und werden u.a. die Dokumentation der erbrachten Leistungen, aber auch die Patientenbewertungen herangezogen und neuerdings auch die

Belegung anhand der definierten Qualitätsmerkmale gesteuert. Somit unterliegen Einrichtungen nicht mehr nur einem selbstreferenziellen Bezug ihrer inhaltlichen Arbeit, wie z.B. dem Glauben an die Bedeutsamkeit der eigenen Betroffenheit von Therapeuten oder die wissenschaftliche Verzahnung des therapeutischen Handels. Vielmehr haben die Kliniken sich in der Konzeption der therapeutischen Arbeit und deren Umsetzung an externen, nur teilweise aus den Kliniken heraus entwickelter Vorgaben zu orientieren. Zudem kommt, dass nicht nur die Arbeit an sich bedeutsam ist, sondern die Dokumentation der erbrachten Leistungen im Sinne der Qualitätssicherung eine überragende Bedeutung für die Einrichtung gewinnt. Dies bedeutet, dass Klinikabläufe, einschließlich der Organisation der therapeutischen Arbeit, so gestaltet sein müssen, dass die externen Vorgaben optimiert erfüllt und dargestellt werden können.

Diese an sich sinnvolle Systematik der Einhaltung vorgegebener Standards und deren optimierte Darstellung kommen an ihre Grenzen, wenn es um die Inanspruchnahme von Ressourcen geht. So darf nicht übersehen werden, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Dokumentation in hohem Maße personalintensiv und inhaltlich anspruchsvoll sind und damit auch beträchtliche personelle Ressourcen binden. In der Praxis ist leider zu beobachten, dass die zusätzliche Arbeit innerhalb des bestehenden Personals, das eigentlich für die Patientenversorgung oder Verwaltung vorgesehen ist, erledigt wird oder so ausgelagert wird, dass der Bezug zur inhaltlichen Arbeit verloren geht.

Ein Beispiel für die Inanspruchnahme patientenbezogener Ressourcen ist die Dokumentation im Rahmen der Peer Review Verfahren. Hier erledigen die Peers die Qualitätssicherungsmaßnahmen zu Lasten der Patientenversorgung oder des eigenen Zeitbudgets. Ein Beispiel für die Entfremdung und Abkopplung der Qualitätssicherungsmaßnahmen von dem eigentlichen Arbeitsprozess sind übergeordnete Qualitätsmanager oder auch Auditoren, die zwar die komplexe Systematik der Qualitätsmaßnahmen beherrschen, denen aber ein vertieftes Verständnis für die Inhalte der Prozesse fehlt. Mitarbeitende und deren Dokumentation der Qualität werden durch die Qualitätsmanager unterstützt, ohne dass die eigentlichen Arbeitsinhalte weiterentwickelt werden. Es geht nicht mehr so sehr um die Frage, was gemacht wird, sondern um die Frage, wie die Abläufe innerhalb der QM-Systems dargestellt werden. Inhaltliches Arbeiten und die Dokumentation sind keinesfalls eine Einheit, sondern konkurrieren um Ressourcen und Bedeutsamkeit.

Die Standardisierung von Prozessabläufen ist auch ein zentrales Element in der Ökonomisierung des Gesundheitssystems.

Standardisierung von Prozessabläufen

Durch die möglichst zentrale Definition der Abläufe erhofft man sich eine Vervielfältigung der Prozesse ggf. über verschiedene Betriebsstätten hinweg. Verbunden damit ist die Erwartung, Optimierungen zu erreichen, Transparenz herzustellen und v.a. Kosten zu reduzieren.

In der Tat hat die Ökonomisierung des Gesundheitssystems neue Formen des wirtschaftlichen Handelns ermöglicht und zusätzliche materielle Ressourcen freigesetzt.

Diese positiven Entwicklungen dürfen nicht darüber hinweg täuschen, dass mit der Ökonomisierung des Gesundheitssystems ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat. Der Unternehmenszweck einer Klinik ist nicht in erster Priorität die Bereitstellung bestmöglicher Gesundheitsversorgung, sondern die Erzielung eines wirtschaftlich positiven Ergebnisses bzw. die Erzielung einer entsprechenden Rendite. Je nach Gesellschaftsform liegt das unternehmerische Risiko oder die Gewinnerwartung bei einem oder mehreren Eigentümern oder externen Geldgebern. Innerhalb eines solchen Systems ist die gesundheitliche Dienstleistung keineswegs unwichtig, ist aber nicht mehr das eigentliche Unternehmensziel, sondern Mittel zur Zielerreichung. In der Regel besteht zwischen der Zielsetzung und den eingesetzten Mittel eine Schnittmenge, die den wirtschaftlichen Zielen und den inhaltlichen Erfordernissen ausreichend gerecht wird. Dennoch kann es hier zu Inbalancen und einseitigen Orientierungen kommen, insbesondere wenn die unternehmerischen Erfolgserwartungen sehr hoch und/oder kurzfristig ausgerichtet sind und nicht den längerfristigen Erfordernissen der Einrichtung und der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Dienstleistungen ausreichend Rechnung tragen. Die Kostenstellen Personal und Investitionen geraten dann besonders unter Druck. Im ungünstigsten Falle führen Kostenaspekte zu einer Reduktion oder Quali-

tätsminderung der gesundheitlichen Dienstleistungen und zu einer Mehrbelastung der Mitarbeitenden.

Der Paradigmenwechsel im Rahmen der Ökonomisierung des Gesundheitssystems manifestiert sich aber insbesondere in den Entscheidungsstrukturen und der Ausgangsberufe der Entscheidungsträger. Je nach Unternehmensstruktur haben die Gesundheitsexperten, die die rechtliche Verantwortung für die inhaltlich konzeptionelle Ausrichtung und die operative Arbeit an den Patienten tragen, nur noch ausführende oder beratende Funktionen. Grundlegende - auch das Therapiekonzept und die Patientenversorgung betreffende Entscheidungen - bleiben den ökonomisch ausgerichteten Akteuren vorbehalten. Organigramme solcher Systeme weisen z.B. aus, dass die fachlichen Leitungen der Kliniken überhaupt keinen oder nur indirekten Zugang zu der mittleren und oberen Entscheidungsebenen haben.

Weitere Effekte der Standardisierung ergeben sich aus dem Spannungsfeld zwischen zentraler und regionaler Steuerung. Bei Unternehmen, deren Produkt- oder Dienstleistungsentwicklung zentral an einer Stelle erfolgt oder sogar dort „erfunden“ wurde, führt die Erschließung weiterer Standorte im regionalen, überregionalen oder internationalen Umfeld in der Regel zu Synergieeffekten, die die Produktionskosten minimieren und Absatz und Gewinn erhöhen können. Die positiven Effekte eines solchen Vorgehens sind möglich, da in jeder neuen Niederlassung die gleichen zentral entwickelten Produkte oder Dienstleistungen

angeboten werden. Dies gilt selbst für Produktionsstätten, die nicht mehr zentral gelegen, aber zentral gesteuert werden. Eine a posteriori eingeführte zentralisierte Steuerung bestehender Einrichtungen mit hoch komplexen Therapieangeboten für unterschiedliche Patientengruppen bietet ebenfalls Synergieeffekte, aber auch besondere Herausforderungen. So sind viele Prozesse, die standardisiert werden sollen, in ihrer Unterschiedlichkeit und Vielfalt den zentralen Akteuren, die außerhalb der Einrichtungen angesiedelt sind, nicht bekannt und es bedarf eines hohen Aufwandes der „Standardisierer“ entscheidungsrelevante Details und Differenzierungen zu erkennen und zu effizienten Prozessen aufzubauen. Erschwerend kommt hinzu, dass die zentrale Steuerung nicht nur die Abbildung vieler lokaler Lösungen ist – die in sich keineswegs logisch und konsistent sein müssen – sondern einer übergreifenden eigenständigen fachlichen Zusammenfassung und Bewertung bedarf. Die Standardisierung existierender Prozesse in unterschiedlichen Einrichtungen darf daher zu Recht als Herkulesaufgabe angesehen werden, die neben fachlichen Kenntnissen auch kommunikative Fähigkeiten zur Informationserhebung (Analyse) und -weitergabe (Umsetzung) erfordern. Wird der Mangel solcher Fähigkeiten durch hierarchische Entscheidungsvorgaben ersetzt, leidet die Leistungsfähigkeit des Unternehmens und Mitarbeitende erfahren in ihrem subjektiven Erleben die „Zentrale Inkompetenz“. Im Einzelfall ist zu klären, ob die subjektive Sichtweise der Mitarbeitenden den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht und welche fachlichen und persönlichen Motive die Mitarbeiterbewertungen

bedingen. Der Versuch über „rationale Objektivierungen“ mögliche Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmungen aufzulösen, erscheint dabei nur bedingt hilfreich. Wie seit Daniel Kahnemann – und sicherlich auch schon zuvor – auch in den Wirtschaftswissenschaften bekannt, agiert der Mensch keineswegs im Sinne des homo oeconomicus von Ralf Dahrendorf rational, sondern vielmehr in Abhängigkeit vielschichtiger bewusster und unbewusster Motivatoren irrational. Damit werden auch in Unternehmen das subjektive Erleben zur „objektiven“ Tatsache – und das nicht nur bei den Mitarbeitenden, sondern auch bei Entscheidungsträgern.

In der Praxis neigen die Beteiligten jedoch eher zur Spaltung, indem bei divergierenden Sichtweisen die eigene Position

**Durch und durch
menschlich**

unternehmensorientiert, rational und aufgabenorientiert wahrgenommen wird, während die abweichende Position als subjektiv begründet und weniger entscheidungsrelevant angesehen wird. Die Motive zur Bewertung von Argumenten erweist sich gerade in vermeintlich rational durchstrukturierten oder auch moralisierenden und idealisierend prinzipienorientierten Kontexten mitunter als „durch und durch menschlich“. So können wenig ehrenvolle Motive wie unangemessene Machtdemonstrationen, das „Herausstellen“ der eigenen Bedeutsamkeit oder mangelnde Analysefähigkeiten oder mangelnde Detailkenntnisse handlungsleitend werden.

Bedeutung und Verantwortung von Mitarbeitenden

Das subjektive Erleben in Unternehmen und in unserem Fall in der Klinik Tönisstein wird - um den Bogen zum Anfang der

Ausführungen zu schlagen - von den strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung mit bestimmt. Es konnte gezeigt werden, dass die Tönissteiner Prägungen je nach vorherrschendem Paradigma sehr unterschiedlich ausfallen. So fühlen sich der selbstbetroffene Therapeut oder die selbstbetroffene Therapeutin im Tönisstein der 70er und 80er Jahren recht wohl, da Klinikstruktur und persönliches Profil in hohem Maße zueinander passen. Die Passung der Selbstbetroffenen geht verloren oder nimmt zumindest ab, wenn formale Qualifikationen oder sogar wissenschaftliche Ansprüche an Bedeutung gewinnen. Eine brökelnde Übereinstimmung zwischen normativen Einrichtungswerten und eigenen Wertvorstellungen kann zu einer Entfremdung oder dem Rückzug in eine Subgruppenkultur von vermeintlich Gleichgesinnten führen. Im schlimmsten Fall entsteht eine klagende Opfermentalität in deren Vertiefung die eigene Befindlichkeit bedeutsamer als die Aufgabenorientierung wird. Damit wird die Arbeit zur Last und dem Unternehmen fehlen die Mitarbeitenden, die sich mit den Unternehmenszielen identifizieren.

Im Falle der Standardisierung und Ökonomisierung lassen sich mögliche Bruchstellen nicht nur innerhalb der Klinik zwischen konkurrierenden Therapiekonzeptionen, sondern auch zwischen der Einrichtung und dem Unternehmen und/oder der gesellschaftlichen und gesetzlichen Vorgaben und deren Ausgestaltung durch die Rehabilitationsträger ausmachen. In Abhängigkeit von der subjektiv erlebten Sinnhaftigkeit der Vorgaben und der Kompatibilität mit persönlichen Zielsetzungen kann es zu resignativ passiven Einstellungen oder zu einer aktiv gestaltenden Mentalität kommen. Ob es zu der einen oder anderen inneren Einstellung kommt, hängt auch davon ab, welche Bedeutung und Verantwortung sich Mitarbeitende selber zuschreiben und wie die Zuschreibungen durch das Unternehmen vorgenommen werden.

Die Geschichte von Tönisstein zeigt, dass Menschen in unterschiedlichen normgebenden Strukturen sehr unterschiedliche Lernerfahrungen machen, die dann wiederum ihr berufliches Verhalten und persönliches Erleben beeinflussen. Über Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Systeme kann man interessensbezogen trefflich streiten. Unter dem Aspekt der Ergebnisqualität wäre es interessant, patienten- und unternehmensspezifische

Kennzahlen zu definieren und diese in Bezug auf unterschiedliche Strukturvorgaben zu überprüfen. Eine mögliche Kennzahl wie z.B. die erzielten Abstinenzquoten über die unterschiedlichen Jahre hinweg wirft allerdings

Kennzahlen und berufliche Wertesysteme

mehr methodische Fragen auf als sie Antworten liefert. Es darf zudem angenommen werden, dass die Ergebnisqualität der unterschiedlichen Konzeptionen nicht nur an der Komplexität der Fragestellung, sondern auch schon an der gemeinsamen Auswahl der Kennzahlen scheitern könnte.

Wechselnde Strukturvorgaben können die „Betroffenen“ aber auch lehren, ein differenziertes berufliches Wertesystem für sich persönlich aufzubauen; dieses Wertesystem sollte erfahrungs- und wissensfundiert fortlaufend weiter entwickelt werden und gleichzeitig in der Lage sein, eigene Positionen auch in konkurrierenden Systemen zu behaupten. In lebendigen – evolutionär erfolgreichen – Systemen führen Unterschiede auch nicht zur Entfremdung, sondern zu wechselseitigen Anpassungen hin zur Integration neuer Sichtweisen. Die Erfahrung aus den unterschiedlichen Phasen in Tönisstein hat gezeigt, dass es Mitarbeitenden immer wieder gelungen ist, einen Lebens- und Arbeitskontext zu schaffen, in dem unterschiedliche Zielsetzungen mehr oder weniger ausbalanciert integriert werden konnten.



*Dr. Bernd Schneider begann 1986 seine Laufbahn als Gruppentherapeut in der Fachklinik Tönisstein. Von 1997 bis 2007 legte er als leitender Psychologe viel Wert auf die Arbeit mit Angehörigen, die ihm seit seiner Promotion und Ausbildung nicht nur in Gesprächspsychotherapie, sondern auch als Familientherapie, am Herzen lag. Heute ist er Leiter der Median Gesundheitsdienste in Koblenz, zusätzlich engagiert er sich als Dozent und Supervisor in der Ausbildung neuer Psychotherapeut*innen.*

Vin Mariani oder warum ich die Geschichte mag

Przemyslaw Sas

Als ich vor einem Jahr den Chefarztposten in Klinik Tönisstein übernahm, habe ich festgestellt, dass ich quasi der Gleichaltrige der Klinik bin. Naja, einen Tick älter, im Gründungsjahr der Klinik 1974 war ich schon im Kindergarten ... Bin aber, sozusagen, aus der gleichen Generation. Und als ich dann über die Geschichte der Klinik gehört und gelesen habe, kamen die Gedanken und Reflektionen an die damalige Zeit, nämlich an die Jahre meiner Kindheit, mehrere hundert Kilometer von dem Ort, wo ich jetzt arbeite, entfernt. Ich habe versucht, mich an diese Jahre zu erinnern und habe mich gefragt, ob mir, dem kleinen Jungen von damals, irgendwelches Suchtverhalten der Erwachsenen aufgefallen ist. Ich musste schnell feststellen, dass ich nichts dazu sagen kann, ich war wahrscheinlich noch zu klein, um dies zu verstehen. Ich musste dann zum Thema Abhängigkeiten in den Siebzigern etwas recherchieren. Hier muss ich sagen, die Geschichte hat mich schon immer interessiert.

Zeitreise: vor 50 Jahren

zum Weltmeister im Fußball. Der Song „Waterloo“ von ABBA ist auf Platz eins des Grand Prix Eurovision de

Das Jahr 1974: Deutschland wird nach dem 2:1 Gewinn im Duell gegen die Niederlande

la Chanson. Es herrschen kalter Krieg und die Ölkrise, der Bundeskanzler Willy Brandt wird durch Helmut Schmidt ersetzt. Der Sozialismus in Ostblock und der Warschauer Pakt halten sich noch. Meine Erinnerungen sind etwas verschwommen ... Und wie war das damals vor 50 Jahren mit dem Konsum von Alkohol und Drogen generell in der Gesellschaft?

Alkoholkonsum war sehr verbreitet und die Alkoholwerbungen überall präsent - in der Presse, im Radio und Fernsehen. Häufig waren es die gleichen Alkoholmarken, wie heute. Also nichts Spektakuläres, würde man sagen, obwohl es gewisse Unterschiede schon gab. In den Apotheken war das Erzeugnis der Fünfzigerjahre, „Frauengold“ genannt, erhältlich. Ein „großer Helfer der Frauen“, ein vermeintliches Wundermittel gegen Alltagsstress und Regelschmerzen, das auch weibliche Lust entfachen und für gute Laune sorgen sollte. Kräuterauszug auf Basis von Alkohol mit mindestens 16.5 Prozent des Alkoholgehalts. Über gehäufte Fälle der Abhängigkeit bei den Frauen, die dieses „Herz-Kreislauf-Tonikum“, das auch den „jugendlichen Schwung“ der Damen im mittleren Alter versprach, konsumierten, wurde nicht richtig gesprochen. „Frauengold“ wurde einige Jahre später aus dem Markt gezogen, da sich eine seiner Komponenten als potenziell krebserregend erwies.

Bier wurde verharmlost und nicht unbedingt als ernstes Alkoholgetränk wahrgenommen, eher als üblicher Durstlöscher, wie das vielleicht noch manchmal bei älteren Herrschaften irgendwo in bayerischen Dörfern der Fall ist. Die Promillegrenze am Steuer war damals auf 0.8 gesetzt, früher gab es diese deutlich höher mit 1.3 und sogar (Gesetzgebung vom 1953) 1.5 Promille.

Alkoholabhängigkeit wurde erst sechs Jahre zuvor (1968) durch die WHO offiziell als Krankheit anerkannt. Man kann sich deswegen gut vorstellen, dass Alkoholabhängige häufig noch als Säufer, Sünder und willensschwache Menschen verurteilt wurden. Es gab allerdings schon damals die AA-Gruppen (diese wurden 1935 in USA gegründet) und die ersten Suchtkliniken, zuerst in USA, dann auch in Europa und Deutschland. Die AHG-Klinik Tönisstein war eine der ersten, damals sehr modern vom Konzept, auch bundesweit die erste, die die Patienten überregional aufnahm. Man hat auch schon psychotherapeutisch gearbeitet. Und viele Suchttherapeuten von damals waren auch Selbstbetroffene, also trockene Alkoholiker.

Die Neurowissenschaften von damals befanden sich noch, sozusagen, in prähistorischer Ära – man wusste noch wenig über die biologischen Suchtmechanismen und die dafür verantwortlichen Hirnstrukturen. Die modernste Diagnostik lieferte vielleicht gerade Elektroenzephalographie, die Computertomografie kam erst paar Jahre später, geschweige denn die modernen bildgebenden Methoden, wie etwa Magnetenresonanztomographie oder PET-Scan. Auch viele biochemische Forschungen waren noch Zukunftsmusik.

Aber zurück zur Alkoholsucht und deren Behandlung. Verbreitet war damals eine Methode mit dem Medikament Antabus. Disulfiram – so hieß die Wirkungssubstanz – blockierte den chemischen Abbau vom Alkohol im Körper und führte zur Vergiftung, falls der Betroffene trotz Einnahme der Tablette ein bisschen Alkohol zu sich genommen hat. Antizierte Unverträglichkeit oder aversive Therapie könnte man diese Methode nennen. Die Patienten wussten natürlich, was passieren kann, wenn sie Alkohol trinken, denn sie wurden aufgeklärt und haben die Freiwilligkeit zur Therapie unterschrieben. Es gab sogar (wobei nicht in Deutschland) die Variante einer Depotgabe von Disulfiram, die Tabletten wurden in solchem Fall unter der Haut des Patienten, meistens am Rücken oder Gesäß eingepflanzt und dort langsam aufgelöst. Über Monate wirkte dann Disulfiram im Hintergrund, wie ein Damoklesschwert über den Konsumenten, und die Betroffenen mussten gezwungenemaßen abstinenzbleiben! Therapie durch Angst getrieben – manchmal aber tatsächlich wirksam. Das Medikament Antabus war noch über 30 Jahre in Deutschland auf dem Markt. Aktuell ist es noch in einigen Nachbarländern erhältlich, sogar als Depot. Über Import-Apotheken kann man sich die Substanz liefern lassen; man braucht allerdings einen Arzt, der eine solche Therapie verschreiben und überwachen könnte.

Tabakkonsum war vor 50 Jahren allgegenwärtig. Man hat überall geraucht – in den Zügen, Büros, Ämtern, Krankenhäusern. Es gab Ärzte, die Patienten mit Glimmstängel in der Hand oder im Mundwinkel aufgenommen haben. Sogar meine sonst sehr abstinenz

lebenden Eltern haben damals geraucht. Das war Mode und Lebensstil. Ich habe eine Werbung von der Zigarettenmarke „Camel“ gesehen, die suggerierte, dass gerade diese Marke von den Ärzten bevorzugt werde („Doctors smoke Camel!“) mit lächelndem jovialem Doktor mit Zigarette in der Hand auf dem Bild. Eigentlich wusste man schon, dass Zigaretten schädlich sind und zum Lungenkrebs führen können, aber nur Wenige nahmen die gesundheitlichen Risiken ernst. Konsum wurde generell verharmlost und auch die Tabaklobby hielt sich fest. Übrigens frage ich mich manchmal, wie man damals eigentlich Flugreisen in der Raucherzone überleben konnte.

Alkohol, Nikotin. Und die sonstigen Drogen? Heroin hatte in Siebzigern große Erfolge gefeiert, vor allem in den USA, aber auch hier in Deutschland. Kokain war zwar da, aber gerade nicht so populär, modisch wurde es erst einige Jahre später. Cannabis, Marihuana, Haschisch waren schon seit 60-Jahren sehr verbreitet, kamen als Erscheinung der Hippiebewegung über den Atlantik nach Europa. Man muss aber zu Recht anmerken, dass der THC-Anteil von damaligen Hanfpflanzen im Vergleich zu heute deutlich, sogar mehrfach geringer war, sodass auch die Rauschzustände schwächer und drogeninduzierte Psychosen seltener waren. Große Popularität feierten die psychedelischen Drogen –Phencyclidin (Angel Dust), LSD, Psilocibin (magic mushrooms), und noch exotischer – Meskalin. Im Vietnamkrieg wurde Ketamin zur Kurznarkose und Schmerzbehandlung angewendet – sie wird in einigen Jahren als neue Droge in der Szene erscheinen.

Es gab schon damals die Beruhigungssuppen, ähnlich wie heute, vor allem aber der alten Generation - Barbiturate, die manchmal zu gefährlichen Intoxikationen und sogar Todesfällen führten. Aber auch die ersten Benzodiazepine, auch die berühmteste – Valium (Diazepam), waren schon seit über 10 Jahren auf dem Markt. „Benzos“ sollten angstlösend, entspannend und schlafanstoßend wirken und sicherer als Barbiturate sein. Und - wichtig! - nicht abhängig machen! Die Rolling Stones haben dem seinerzeit meistverkauften Psychopharmakon der Welt, Valium, ihren Song vom 1966 gewidmet, mit dem vielsagenden Titel: „Mother’s Little Helper“. Über Abhängigkeit von Benzodiazepinen (haben doch abhängig gemacht) wurde damals nicht viel berichtet. Und Diazepam wurde zum einen der wichtigsten Medikamente aller Zeiten.

Mittel wie künstliche Cannabinoide, z.B. „Spice“, „Kräutermischungen“ und Co., wie auch die „Badesalze“ gab es noch nicht. Auch nicht Lyrica. Fentanyl als Substanz war schon zwar bekannt, aber noch nicht populär in der Szene, nur noch legal in den Krankenhäusern als Anästhetikum in Einsatz, ebenso wie GBL. Amphetamin war gerade nicht in, das wird erst in ca. 10 Jahren kommen.

Und wenn wir bei solchen Recherchen bleiben und weiter in die Vergangenheit schauen wollen – wie war es mit den Suchtmitteln noch früher, etwa noch 50 Jahre davor? Also jetzt vor hundert Jahren, ca. 1924? Wenn jemand in eine

Zeitreise: wie war es vor 100 Jahren?

Zeitmaschine einsteigen würde, hätte er oder sie im Jahre 1924 vielleicht Schwierigkeiten gehabt, den Alkohol überhaupt kaufen zu können.

Anfang des 20. Jahrhunderts wurde Alkohol, dessen Konsum damals, als Auslöser für etliche soziale Konflikte und Probleme stark kritisiert wurde, unter politischem Druck aus manchen Ländern verbannt bzw. verboten. Verschiedene sozial-politische Gremien haben sich dies ausdrücklich gewünscht und letztendlich Verbote von Alkohol in vielen Ländern eingeführt. Am bekanntesten war die Prohibition in Amerika in den Jahren 1919 bis 1933. Aber nicht nur die USA haben gegen Alkohol hart gekämpft – auch in Canada war Alkohol immer wieder über Monate und Jahre illegal, auch in Finnland, Norwegen, zeitweise (während des ersten Weltkrieges und einige Jahre danach) im sowjetischen Russland. Die Prohibition in den USA hat die Ausmaße des Alkoholismus vielleicht reduziert, aber letztendlich ist die Idee des abstinenter Staates gescheitert. Es kam 1929 die große Weltkrise, man musste die Wirtschaft irgendwann wieder ankurbeln, der Staat brauchte dringend Steuer und Taxen; hier war wieder Alkoholproduktion und -verkauf eine gute Lösung der Wirtschaftsunterstützung und Geldinjektion für Staatskasse. Die Prohibition hat den schwarzen Markt gefüttert - die organisierte Kriminalität blühte, die Bürger haben massenhaft die illegalen Bars besucht, die von Bossen wie Al Capone geführt wurden. Und die Heimproduktion des Alkohols war auch ubiquitär. Die puritanische Idee, die Alkoholproduktion sowie den Verkauf und Import komplett zu verbieten, ist 1933 definitiv gestorben.

Zigaretten, Zigarren und Nikotinkonsum generell blühten in dieser Zeit. Seit dem Ersten Weltkrieg wurden die Zigaretten, die damals den Soldaten in Schützengräben – um die Moral zu verbessern, Nerven zu beruhigen und Hunger zu unterdrücken – reichlich geliefert wurden, immer populärer und Rauchen war in allen Gesellschaftsschichten verbreitet. Über gesundheitliche Risiken hat sich kaum jemand Gedanken gemacht.

Unser Zeitreisender hätte vielleicht noch Gelegenheit, ein sog. „Laudanum“ freiverkäuflich in der Apotheke zu erwerben. Dieser Opiumauszug (mit bis zu 10% Opium) auf Basis vom Alkohol war eine uralte Erfindung aus alten Zeiten, man schreibt die Rezeptur dieses Remediums dem Paracelsus, dem Vater der modernen Medizin aus dem 16. Jahrhundert, zu. Laudanum sollte beruhigend, schmerzlindernd, schlafanstoßend und hustenstillend wirken und wurde sogar den Kindern gegeben. Die Ehefrau des US-Präsidenten Abraham Lincoln war davon abhängig. Laudanum-ähnliche Tinkturen mit Opium wurden gegen Schmerzen beim Zahnen den Säuglingen empfohlen, und das schon gegen Ende des 19. Jahrhunderts! 1929 ist Laudanum definitiv aus dem Markt verschwunden. Da traten entsprechende Anti-Opium-Gesetze in Kraft.

Wenn wir aber bei Opium sind - Morphinabhängige gab es schon sowieso viele, auch unter den Kriegsopfern des Ersten Weltkrieges, die ihre Wunden damit behandelt haben. Morphin wurde Anfang des 19. Jh. aus Opium extrahiert und 100 Jahre später Heroin vom deutschen Chemiker Hoffmann als erste halbsyntheti-

sche Droge hergestellt. Es sollte eine neue schmerzlin- dernde Substanz sein, ohne Abhängigkeitsrisiko. Das hat sich, wie wir wissen, nicht erwiesen, die ersten he- roinabhängigen Konsumenten waren u.a. Jazzmusiker in den USA, dann eroberte Heroin die Welt. Im Jahre 1924 wurde Heroin in den USA delegalisiert, in Deutschland dagegen konnte man Rezepte auf Heroin noch bis 1958 vom Arzt erhalten.

Ein Symbol Amerikas: Coca-Cola, das Getränk von 1886, mit etwas zufälliger Herstellung (es sollte eigentlich ein Sirup sein...) vom Arzt und Apotheker John Pemberton aus Atlanta, ursprünglich als Mittel gegen Kopfschmerzen und Müdigkeit gedacht, hatte außer Cola-Nüssen auch einen gewissen Anteil an Coca-Blättern (also Kokain) gehabt. Übrigens: Pepsi-Cola verdankt seinem Namen dem Verdauungsenzym Pepsin. In Hinblick auf einige Vergiftungsfälle, auch tödliche, wurde seit 1906 der Anteil an Kokain kontinuierlich reduziert, bis endlich 1914 eine vollkommen kokainfreie Cola, die wir bis heu- te kennen, auf dem Markt erschien.

Mit Kokain, Amphetamin und Methamphetamin gibt es in- teressante Geschichten – diese Stimulanzien, alle noch im 19. Jahrhundert erfunden, konnte man bis Anfang des 20. Jahrhunderts medizinisch auf Rezept oder sogar freiver- käuflich kaufen. Große Karriere des Amphetamins (Prä- parat: Benzedrine aus den USA, primär gegen Asthmaan- fälle) und des „jüngeren Bruders“ Methamphetamins (mit Handelsnamen: Pervitin) fing erst in den Dreißigern an. Vor allem Pervitin-Pillen wurden als Mittel gegen Hypotonie, Narkolepsie, Müdigkeit und Depression weltbekannt. Während des Zweiten Weltkriegs durch Stukas-Piloten genutzt, bei Infanterie als „Panzerschokolade“ bekannt, später auch im Vietnamkrieg bei US-Soldaten im Einsatz – es ist eine Substanz, die das Schlafbedürfnis unterdrü- cken konnte, angstlösend wirkt und menschliche Kräfte und Ausdauer potenzierte – für einen Soldaten ideal.

Und wenn wir noch
weitere 50 Jahre von 1924
zurückrücken könnten
... dann hätten wir die
Möglichkeit, „Vin Mariani“

zu testen. Vin Mariani, benannt nach dem französischen Chemiker Angelo Mariani, war eine Erfindung vom Jahre 1863 und ein Wein der Appellation Bordeaux mit dem Zusatz von Koka-Blättern. Also Wein mit Kokain in einem. Das Getränk hatte großen Erfolg. Vor dem Haus des Erfinders stellten sich täglich Schlangen von Men- schen an, die das berühmte Getränk probieren wollten. Zu den größten Anhänger des Wein-Koka-Gemisches zählten Queen Victoria und Papst Leo XIII, der sogar einen Preispokal für das Getränk gestiftet hat.

**Zeitreise: wie war es vor
150 Jahren?**

Und jetzt die Antwort auf die Frage, warum ich Geschichte mag: Weil, wie die alte Römer schon behaupteten: Historia magistra vitae est. Die Zeiten ändern sich, aber die menschliche Natur bleibt immer gleich. Und der Mensch hat schon immer gerne mit Substanzen experimentiert, die die Wahrnehmung verändern, entspannen, oder die Körperkräfte verstärken. Und der gleiche Mensch versucht, wenn er merkt, dass deren Nutzung zu gefährlich wird, dann gegen diese Substanzen zu kämpfen. Oder Kontrolle über diese Mittel zu gewinnen. Dieses uralte Spiel wird uns gerade von der Geschichte gezeigt, und diese kann uns helfen, dieses Wissen über Suchtmechanismen zu nutzen, um dadurch therapeutisch effektiver zu sein. Um abhängigen Menschen zu helfen, das Leben anders, gesund, ohne Substanzen zu gestalten.



Przemyslaw Sas, Facharzt für Psychiatrie, ist seit 2023 Chefarzt in der Median Klinik Tönisstein. Zuvor war er viele Jahre in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach in Sucht und Psychiatrie tätig. Zusätzlich zu seiner Arbeit unterstützt er eine Substitutionsambulanz.

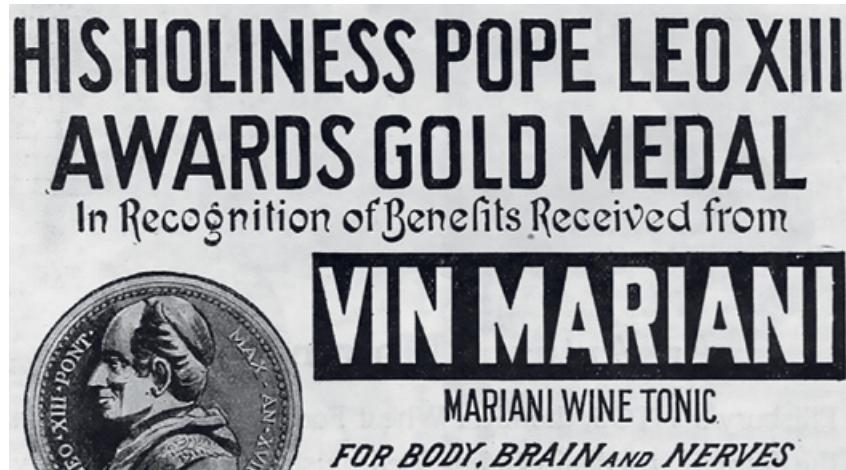


Bild-Quelle: Wikipedia 15.07.2024

Ein Internist in der Suchtklinik

Dr. Ömer Bozicek

Bevor ich vor drei Jahren in der Klinik Tönisstein anfing, bestand mein Wissen über Suchterkrankungen aus Informationen vom Studium und den sporadischen Patientenkontakten mit Suchterkrankten in der Notfallambulanz. Oft waren diese Kontakte von gegenseitigem Unverständnis geprägt, wie es heute noch in vielen Notfallambulanzen oder Hausarztpraxen der Fall ist. Grundlegende Begriffe wie Entzug und Entwöhnung werden nicht verstanden und auch nicht praktiziert, sehr zum Schaden der Patienten.

Auf der anderen Seite bestand aber auch teilweise wenig Verständnis von psychiatrischen Kollegen, für den Bedarf eines Internisten in einer Suchtklinik. Ich bin froh, dass dies in der Klinik Tönisstein nicht der Fall ist.

Als Internist, der seit drei Jahren in einer Suchtklinik arbeitet, habe ich einen tiefen Einblick in die Verbindung zwischen innerer Medizin und Suchtbehandlung gewonnen. In unserer Klinik liegt der Schwerpunkt vor allem auf der Behandlung von Alkoholabhängigen, die sozial und beruflich integriert sind. Die Rolle der inneren Medizin in der Suchtbehandlung ist von unschätzbarem Wert und trägt entscheidend zur erfolgreichen Rehabilitation unserer Patienten bei.

Suchterkrankungen sind komplex und können den gesamten Organismus beeinträchtigen. Die Innere Medizin trägt dazu bei, diese komplexen Störungen zu verstehen und zu behandeln. Sie bietet ein breites Spektrum an diagnostischen Möglichkeiten, um die oft vielschichtigen internistischen Probleme von Suchtpatienten zu identifizieren. Dazu gehören beispielsweise Blutuntersuchungen, bildgebende Verfahren und Funktionsprüfungen der Organe.

Im Laufe der vergangenen Jahre konnten wir uns in der Klinik Tönisstein im Hinblick auf die Diagnostik breiter aufstellen. Hier zu erwähnen ist unser neues Ultraschall- und EKG-Gerät.

Viele unserer Patienten leiden nicht nur unter Abhängigkeitserkrankungen selbst, sondern auch unter zahlreichen Begleiterkrankungen, ohne deren Therapie eine Suchtbehandlung oft nicht möglich ist.

Begleiterkrankungen und Diagnostik

Dazu zählen unter anderem:

- Lebererkrankungen, wie die alkoholische Fettleber, Hepatitis oder Leberzirrhose.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die durch Stimulanzienmissbrauch verursacht werden können.
- Gastrointestinale Probleme, die von Alkohol- und Drogenmissbrauch herrühren.
- Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus, die durch den Lebensstil und die Ernährungsgewohnheiten beeinflusst werden können.

Daneben spielt die langfristige Gesundheitsvorsorge eine wichtige Rolle in meiner Arbeit. Angefangen von der richtigen Ernährungsweise bis hin zur Behandlung von Risikofaktoren wie Rauchen und erhöhten Cholesterin-Werten. Seit zwei Jahren arbeiten wir unter anderem intensiv mit unserer Ernährungsberatung im Hause sowie der Sporttherapie an einem Programm zur Gesundheitsschulung und Adipositas- Behandlung. Wir vermitteln den Patienten Wissen über gesunde Lebensführung, Ernährung und die Bedeutung regelmäßiger medizinischer Kontrollen.

In den letzten drei Jahren habe ich gesehen, wie die integrative Anwendung der inneren Medizin das Leben von Menschen mit Suchterkrankungen verbessert hat. Die Arbeit in einer Suchtklinik hat mir nicht nur fachlich, sondern auch persönlich viel gegeben. Es ist erfüllend zu sehen, wie Patienten Fortschritte machen und schrittweise ein gesünderes und erfüllteres Leben führen können. Dabei zu helfen, gesundheitliche Herausforderungen zu meistern und die Weichen für eine stabile und abstinente Zukunft zu stellen, ist eine lohnende Aufgabe.



Dr. Ömer Bozcicek ist Facharzt für Innere Medizin und Suchtmedizin und seit 2021 als Oberarzt der Median Klinik Tönisstein tätig. Zuvor arbeitete er bereits in der Schweiz und verschiedenen Kliniken in Köln und Umgebung.

Und wer sind eigentlich die Therapeuten?

Gedanken über das therapeutische Personal in Suchtkliniken

Oliver Kreh

Wenn Menschen wegen einer psychischen Erkrankung um Hilfe suchen, dann hören sie oft Aussagen wie „Hoffentlich findest Du den richtigen Therapeuten!“ – wobei die Einschätzungen dazu, wer denn „die / der richtige“ ist, weit auseinander liegen können. Meist wird spekuliert, die sog. „Chemie“ müsse halt stimmen und das werde man schon merken. Zwar ist die therapeutische Beziehung für die Wirksamkeit einer Behandlung immer von großer Bedeutung, aber etwas genauere Aussagen sind zum Glück möglich und einige Gedanken dazu sollen hier ausgeführt werden. 50 Jahre Tönisstein – auch ein Anlass, sich Gedanken darüber zu machen, wer eigentlich die Therapeut*innen in einer Suchtklinik sind!

Im Jahr 1968 urteilte das Bundessozialgericht, dass eine Suchtmittelabhängigkeit eine Erkrankung ist und der Verlust der Kontrolle über den Konsum als zentrales Merkmal dieser Erkrankung einer Klinikbehandlung bedürfe. In der Folge einigten sich die Rentenversicherungen und die Krankenversicherungen in der ersten „Empfehlungsvereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ darüber, dass die Krankenkassen vor allem die Kosten der Akutbehandlung finanzieren (Intoxikationen, Entgiftungen, somatische Begleiterkrankungen), die Rentenversicherungen auf der anderen Seite die Kosten der sog. Entwöhnungsbehandlung übernehmen (der

Langzeittherapien, also der Behandlung chronischer Krankheitsverläufe). Damit waren die sozialrechtlichen und kostentechnischen Grundlagen für eine Ausdifferenzierung der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen geschaffen und es entwickelte sich, gerade aus den schon bestehenden „Trinkerheilanstalten“ und selbsthilfebasierten therapeutischen Gemeinschaften der Abhängigen illegaler Drogen, eine neue Versorgungslandschaft der Rehabilitationskliniken für Entwöhnungsbehandlungen. Die Klinik Tönisstein war im **Gründungsjahr 1974** eine der ersten privatwirtschaftlich geführten Rehakliniken.

Hinsichtlich der personellen Ausstattung der Kliniken gab es in diesen Pionierzeiten wenig

Vorgaben: Bis zum **Anfang der 70er Jahre** fanden alkoholabhängige Menschen oft Hilfe in „Trinkerheilanstalten“, die meist von karitativen Trägern geführt wurden. Therapeutisches Personal, wie wir es heute verstehen, war nicht üblich, häufig führte ein Priester oder Diakon die Einrichtung im Stile eines „Hausvaters“, die theoretische Fundierung der „Therapie“ wurde einmal salopp mit den „vier A“ beschrieben: Abgeschiedenheit, Abstinenz, Andacht und Arbeit. Die

Selbstbetroffene als Therapeut*innen

Betroffenen lebten und arbeiteten zusammen, gerade im Bereich der Abhängigkeit von illegalen Drogen hätte es ohne die Idee der Selbsthilfe in den therapeutischen Gemeinschaften gar keine Hilfen gegeben. Überhaupt waren Therapeuten gar nicht so einfach zu finden: Psychotherapeuten waren zu dieser Zeit vor allem Mediziner, Psychiater, vorwiegend mit psychoanalytisch/tiefenpsychologisch orientierten Therapieausbildungen – diese standen der Behandlung von Suchterkrankungen überwiegend skeptisch gegenüber. Ein Studium der Psychologie war zwar vorhanden, aber es gab kaum Möglichkeiten, als Diplom-Psychologe dann auch Therapeut zu werden. Also übernahmen die Rehakliniken für Abhängigkeitserkrankungen im Wesentlichen das selbsthilforientierte Vorgehen: Therapeut*innen wurden vor allem Selbstbetroffene, die eine Behandlung gemacht hatten und abstinent lebten.

12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker

gramm der Anonymen Alkoholiker und lange Zeit ausschließlich mit selbstbetroffenen Therapeuten. Es war unter anderem der Initiative der damaligen Trägergesellschaft GPT (später AHG) zu verdanken, mit dem Marburger Psychologieprofessor Bönner eine Ausbildung zum „Suchtkrankentherapeuten“ zu entwickeln, die von den Therapeut*innen der Klinik durchlaufen wurde. Von den Patienten und Mitarbeitern aus diesen Zeiten war oft zu hören, dass diese Therapeuten besonders

überzeugend gewirkt haben, weil sie selber aus einer Abhängigkeit heraus zur Abstinenz gefunden hatten („die wussten halt, wovon sie reden!“). Einen Beleg dafür, dass die Behandlung durch selbstbetroffene Therapeuten effektiver war, gibt es aber nicht. Zwar sinken die Erfolgsquoten der Entwöhnungsbehandlungen seit 15–20 Jahren langsam, aber kontinuierlich – aber in dieser Zeit haben auch viele andere Entwicklungen stattgefunden, welche diesen Trend besser erklären: mehrfache Verkürzungen der Behandlungsdauern, Verschiebung der weniger belasteten Klientel hin zu ambulanten Behandlungsformen, diverse alternative Behandlungsangebote.

Die Rehabilitationskliniken für Sucht und Psychosomatik waren dann **in den 80er und 90er Jahren** auch Einrichtungen, in

Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten

denen eine wissenschaftlich orientierte Psychotherapie ein ideales Entwicklungsumfeld fand, parallel befördert durch den rasanten Aufschwung der (kognitiven) Verhaltenstherapie. In Deutschland wurde diese Entwicklung begleitet durch die Diskussion um eine rechtliche Grundlage des Berufs des Psychotherapeuten, abgeschlossen mit dem ersten Psychotherapeutengesetz **1998** – dort wurde der Beruf des „Psychologischen Psychotherapeuten“ staatlich anerkannt und die berufsbegleitende Ausbildung nach dem Studium der Psychologie rechtlich verankert. Für die Rehabilitationskliniken für Entwöhnungsbehandlungen kamen Personalvorgaben, welche zu einer deutlichen Professionalisierung des therapeutischen Personals führten: Als Therapeut

durften nur Psychologen mit einer weit fortgeschrittenen Ausbildung in „Psychologischer Psychotherapie“ oder Sozialarbeiter mit einer abgeschlossenen Ausbildung zum „Sucht-/Sozialtherapeuten“ (bei einem von der DRV anerkannten Ausbildungsinstitut) arbeiten. Damit kam es zu einheitlichen Qualitätsstandards für das therapeutische Personal: ein breites Fachwissen über die grundlegenden Lern- und Entwicklungsprozesse von Menschen, menschliche Informationsverarbeitung und Kommunikation, die ganze Bandbreite psychischer Störungen und deren Behandlung. Gleichzeitig wurde damit aber auch das Ende der selbstbetroffenen Suchtkrankentherapeuten eingeläutet, die zwar im Rahmen des Bestandsschutzes noch weiterarbeiten durften – aber im Zuge der natürlichen Fluktuation immer weniger wurden. Insgesamt war an dieser Entwicklung sehr zu begrüßen, dass diese zu einer transparenten Vergleichbarkeit und Professionalität des Personals führte. Andererseits verschwanden damit auch Therapeuten, die den Arbeitsplatz in einer Suchtfachklinik auch als „persönliche Berufung“ betrachteten, sich sehr mit „ihrer Klinik“ identifizierten und oft ein Berufsleben lang dort arbeiteten (mit allen Vor- und Nachteilen). Gerade die psychologischen Psychotherapeuten haben eine umfassende Ausbildung für alle Bereiche der Psychotherapie – der Arbeitsplatz in einer Suchtfachklinik ist damit aber nur einer von vielen möglichen und wird oft zu einer Durchlaufstation – die Fluktuation des therapeutischen Personals hat sich signifikant erhöht.

So sehr die Professionalisierung des therapeutischen Personals und die rechtliche Absicherung des Berufes der Psychotherapeuten aus berufspolitischer Sicht zu begrüßen war – so bestand doch dadurch auf der inhaltlich / theoretischen Ebene auch die Tendenz, Abhängigkeitserkrankungen als rein psychische Erkrankungen zu betrachten und sich sehr auf die individuellen, psychischen Entstehungsbedingungen zu fokussieren (Lerngeschichte in der Herkunftsfamilie, daraus resultierende Muster im Umgang mit Gefühlen und Belastungssituationen, traumatisierende Erlebnisse ...). Dabei sollten m. E. nach Suchterkrankungen aufgrund der vielschichtigen Entstehungsbedingungen, des langjährigen, oft chronischen Verlaufs und der Auswirkungen auf diverse Lebensbereiche (Familie / Partnerschaft / soziale Kontakte, Arbeit, Freizeit, Gesundheitsverhalten) viel mehr als Lebensstilerkrankungen betrachtet werden, die nur mit einem umfassenden, interdisziplinären Ansatz und Team gut behandelt werden können.

Abhängigkeitserkrankung als Lebensstilerkrankung

Als langjährig in Suchtfachkliniken tätiger Psychotherapeut habe ich oft zu hören bekommen, ob mir dieses Arbeitsfeld nicht zu einseitig sei – dies ist es auf keinen Fall! Therapeut*innen in einer Entzöhnungseinrichtung (egal ob Psychologische Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter mit Qualifikation als Suchttherapeut) sollten meines Erachtens nach

- Suchterkrankungen als umfassende Lebensstilerkrankungen begreifen, die einen ganzheitlichen Behandlungsansatz brauchen

- dafür konsequent teamorientiert denken und handeln, mit allen Berufsgruppen partizipativ zusammenarbeiten und nach gemeinsamen Behandlungsstrategien suchen
- Psychotherapie als einen wichtigen, aber nur einen Baustein unter vielen in der Rehabilitation begreifen
- sich als Therapeut*innen stets für das ganze Leben ihrer Patienten interessieren (Familie / Partnerschaft / Kontakte, Arbeit, Freizeit, Gesundheitsverhalten ...)
- ihre Patienten auch außerhalb der Gruppen- und Einzeltherapien erleben: im Klinikalltag, bei anderen therapeutischen Maßnahmen, in der Freizeit, im Aufenthaltsraum, bei Veranstaltungen, im informellen Kontakt mit allen Berufsgruppen (besonders auch den nicht-therapeutischen Berufsgruppen wie Verwaltung, Hausmeister, Reinigungspersonal usw.)
- sich in der Klinik über die Therapie hinaus in diverse Abläufe einbringen (Organisation von Arbeitsabläufen, Qualitätszirkel und -management, Klinikveranstaltungen, aber auch Betriebsrat, Ausflüge, Weihnachtsfeier ...)
- und nicht zuletzt auch Kontakte zu kooperierenden Menschen und Institutionen außerhalb der Klinik pflegen (Beratungsstellen, Arbeitgeber, Ämter, Selbsthilfegruppen ...), um daraus wertvolle Impulse bzgl. des Alltagslebens ihrer Patienten zu gewinnen.

Insgesamt hilft dabei, den Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung nicht nur als defizitäres Wesen mit einer psychischen Störung zu begreifen, dem ich funktional bestimmte Behandlungsbausteine angedeihen lasse - sondern als Menschen mit einer langen Geschichte, den ich als Therapeut*in ein Stück des Weges einer

vielschichtigen Entwicklung begleiten darf, in welcher diese Therapie nur einen Teil des Veränderungsprozesses darstellt.

Durch die aktuelle Reform der Ausbildung von Psychotherapeuten ergeben sich für die

Reform des Ausbildungsweges

Suchtfachkliniken viele neue Aufgaben, einige Ungewissheiten, aber mittel- bis langfristig auch gute Chancen: Jahrelang wurde darum gerungen, wie eine gute Reform des Ausbildungsweges für Psychotherapeuten aussehen kann, bis **im Jahre 2019** beschlossen wurde: Angehende Psychotherapeuten studieren „Psychotherapie“ mit einem Abschluss als Master und damit einhergehender Staatsprüfung zum approbierten Psychotherapeuten. Damit schließen sie das Studium schon mit der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen ab und können uneingeschränkt in Kliniken als Therapeuten eingesetzt werden. Um sich auf einen Kassensitz / die Niederlassung als ambulant tätige Psychotherapeuten zu bewerben, müssen sie nach dem Studium aber eine mindestens fünfjährige, berufsbegleitende Weiterbildung zum „Fachpsychotherapeuten“ absolvieren – und in dieser immer nach Tarif bezahlt werden. Damit endet der Zustand, dass Ausbildungskandidaten in schlecht bezahlten Arbeitsverhältnissen Tätigkeiten verrichten, für die sie eigentlich viele Teile der Ausbildung schon absolviert haben sollten, sich dabei vertraglich fest an privatwirtschaftlich organisierte Institute binden müssen – und ihre Weiterbildungszeit von einem anderen Berufsstand

bescheinigt bekommen. Die Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten wird zukünftig der des Facharztes gleichgestellt, was der ausdrückliche Wunsch des Gesetzgebers war. Die Rehakliniken für Psychosomatik und Sucht sind – im Gegensatz zur „alten“ Ausbildung – nun explizit als geeignete Einrichtungen in der Musterweiterbildungsordnung einbezogen, was auch zu begrüßen ist, da Psychotherapeuten hier oft deutlich längere Behandlungs dauern vorfinden und eher Psychotherapie einsetzen können, als in den bisher dafür als geeignet befundenen Psychiatrischen Kliniken. Noch ist in der Ausbildungs reform vieles unausgegoren, besonders die Frage, wie der ambulante Teil der Weiterbildung finanziert werden soll, ist weiterhin unklar (was auch daran liegt, dass die Ausbildungskandidaten bisher nur 40-50% der von ihnen erwirtschafteten Erträge für Therapien ausgeschüttet bekommen - aber das ist ein anderes Thema).

Kooperationen für berufs qualifizierende Praktika

suchen Personals: Suchtfachkliniken sollten versuchen, als Weiterbildungsstätten für den stationären Teil der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten anerkannt zu werden. Dafür müssen die Leitenden Psychologen zu Weiterbildungsermächtigten werden - was deren Stellung innerhalb der Klinik als Abteilungsleiter der größten Berufsgruppe gerecht wird. Im sog. „100-Betten-Profil“ der DRV, einer Art Musterstellenplan für Suchtfachkliniken, ist ein Leitender Psychologe bisher gar nicht vorgesehen

Für die Suchtfachkliniken ergeben sich große Chancen im Hinblick auf die Gewinnung und Bindung des psychotherapeuti

– ein Unding. Natürlich bedeutet es für die Kliniken eine riesige Aufgabe, den Anforderungen an eine Weiterbildungsstätte gerecht zu werden: tarifliche Bezahlung der Psychotherapeuten, Freistellung dieser Mitarbeiter für Weiterbildung, Verantwortung für die Durchführung von Theorieseminaren, Supervision und Selbsterfahrung gemäß der Weiterbildungsordnung des Landes – all das werden einzelne Suchtfachkliniken oft nicht alleine schaffen. Hier gilt es, kluge Kooperationen zu schließen: mit den Universitäten für die berufsqualifizierenden Praktika, als Kliniken untereinander für ein ausgewogenes Theorie-Curriculum, mit den bisherigen Ausbildungs- und zukünftigen Weiterbildungsinstituten für Supervision und Selbsterfahrung, sowie die Durchführung der ambulanten Weiterbildungszeit. Dies bedeutet sicher in der Umstellungs- und Anfangsphase eine organisatorische Mammutaufgabe – aber gerade die Rentenversicherung als Leistungsträger der Rehabilitation war immer ein fairer und kooperativer Partner und hat schon signalisiert, dass sie Kliniken, die Weiterbildungsstätten werden, durch erhöhte Tagessätze unterstützen wird. Mittel- bis langfristig bestehen große Chancen, durch diese Strukturen ein attraktiver Arbeitgeber für angehende Psychotherapeut*innen zu werden und diese auch wieder längerfristig an Suchtfachkliniken zu binden.

Da ich selber Psychologischer Psychotherapeut bin, habe ich viel über die Psychologen als Therapeuten geschrieben. Dies sollte aber nicht die Kolleg*innen der Sozialarbeit vernachlässigen, die mit einer Ausbildung zum „Sucht-/Sozialtherapeut:in“ oder gar dem Abschluss eines Masterstudiengangs „Suchthilfe“ auch als Thera

peut*innen in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen tätig sind. Meines Erachtens nach sollten wir diese beiden Berufsgruppen nicht gegeneinander ausspielen, sondern in den Teams der Kliniken klug miteinander kombinieren. Als Stammdozent in der Ausbildung zum Suchttherapeuten bzw. Supervisor / Selbsterfahrungsleiter im Masterstudiengang Suchthilfe habe ich erfahren können, dass unsere beiden Berufsgruppen in ihren Ausbildungen etwas unterschiedliche Schwerpunkte setzen – die in der Kombination eine echte Bereicherung für die Zusammenarbeit darstellen können.

Als Abschluss und Ausblick noch einige Gedanken zu den technischen Entwicklungen: werden Apps, Virtual Reality oder Formen der Künstlichen Intelligenz die Therapie von Suchterkrankungen maßgeblich verändern? Werden Therapeuten weniger wichtig, wenn Patienten digitale Gesundheitsanwendungen bedienen, z.B. virtuell Trinkangebote ablehnen oder Bilder mit alkoholhaltigen Getränken von sich wegschieben? Ich bin zuversichtlich, dass hier viele hilfreiche Möglichkeiten entstehen: computergesteuerte Algorithmen gehen oft systematischer vor als Menschen und bleiben beharrlich an einem Thema - aber gleichzeitig zeigte sich bei vielen App- oder webbasierten Anwendungen, dass nur ein regelmäßiger Kontakt zu einem menschlichen Therapeuten die teilnehmenden Patient*innen wirklich bindet und in der Anwendung hält. Digitale Gesundheitsanwendungen ohne Kontakt zu menschlichen Therapeuten haben hohe Abbrecherquoten, egal wie gut sie inhaltlich strukturiert sind. Von daher wird es immer darauf ankommen, technische Hilfsmöglichkeiten ge-

schickt mit den klassischen Psychotherapien zu verbinden und als Baustein eines Gesamtbehandlungsplans zu begreifen. Vielleicht wird der Suchtpatient des Jahres 2054 schon bei Aufnahme in der App Fragebögen beantwortet haben, vor den Gruppen- oder Einzeltherapien ein wenig Oxytocin-Nasenspray zu sich nehmen, um die Bereitschaft zur Mitteilung persönlicher Inhalte zu erhöhen, oder abends per VR-Brille oder am Tablet üben, Konsumangebote abzulehnen – aber gut ausgebildete Therapeut*innen werden weiter unverzichtbarer Bestandteil des Behandlungsteams sein.



*Oliver Kreh war von 2012 bis 2023 als leitender Psychologe in der Median Klinik Tönisstein tätig, bevor er sich im Ahrtal in eigener Praxis niederließ, um den Opfern der Flutkatastrophe psychotherapeutisch beizustehen. Seit vielen Jahren engagiert er sich außerdem im Eifler Verhaltenstherapieinstitut in Daun für die Ausbildung neuer Psychotherapeut*innen als Dozent, Supervisor und Schatzmeister.*

„Freu dich über alles, was dir die Augen öffnet!“

Ein Interview mit Dr. Martin Wallroth über Philosophie, Sucht und Tönisstein

Warum widmen Sie seit über zwanzig Jahren Ihr Leben der Suchtbehandlung?

In meiner aktuellen Arbeit (im Rahmen der Ethik-Professur seit 2015) ist Sucht ein Thema neben anderen, früher in der Klinik und auch bei meiner klinischen Professur, auf die ich zunächst berufen wurde, stand sie im Mittelpunkt. 2001 habe ich als Gruppentherapeut in den Kliniken Daun / Am Rosenberg meine Tätigkeit begonnen. Mich fasziniert die Frage, warum Menschen etwas tun, obwohl sie es „eigentlich“ (was immer das genau heißt) nicht wollen. Diese Frage beschäftigt sowohl die Suchthilfe, als auch die Psychologie und die Philosophie. Während ich mich zunächst in der Behandlung mit Abhängigen und später in der therapeutischen Leitung sehr praktisch dieser Frage gewidmet habe, tue ich dies heute vorwiegend aus einer theoretischen und reflektierenden Position heraus.

Wozu braucht die Abhängigkeitsforschung die Philosophie oder Ethik?

Viele Menschen gehen durch ihr Leben ohne groß nachzudenken, es „läuft“ einfach vor sich hin dank Zerstreuung und Ablenkung, bis eine existentielle Krise kommt. Sucht ist so eine existentielle Krise. Harald Köhl schreibt 2003 in seinem Beitrag „Sucht und Selbstverantwortung“ in einem Sammelband, der sich aus philosophischer Sicht mit dem Thema Sucht beschäftigt:

„Suchtkranke sind zwangsrekrutierte Existentialisten“. Damit meint er: Wer abhängig von einem Suchtmittel wird, ist gezwungen, das eigene Leben zu reflektieren. Und nicht nur das: Abhängige müssen auch ihr Leben ändern, um ihre Krankheit zum Stillstand zu bringen – eine Zumutung.

Kann die Philosophie denn in dieser Krise Antworten geben?

Seit über 2000 Jahren diskutiert die Philosophie die Frage der „Willensschwäche“: Wie kann es sein, dass wir etwas tun, was wir nicht für richtig halten? Sokrates ist davon ausgegangen, dass wir immer das tun, was wir für richtig halten. Aristoteles sah das Ganze etwas realistischer und räumte ein, dass Menschen manchmal, auch nach eigenem Verständnis, „Mist“ machen. Auch wenn wir wissen, was richtig ist, setzen sich manchmal in unserem Handeln andere Dinge durch.

Peter Bieri (vielen besser bekannt als Romanautor unter dem Pseudonym Pascal Mercier) schreibt in seinem Buch „Das Handwerk der Freiheit“, dass wir Menschen Freiheit genau wie ein Handwerk üben, sie gleichsam erlernen müssen. Abhängige müssen Freiheit neu und grundlegend lernen. Und nicht zuletzt müssen sich Abhängige auch der ethischen und moralischen Bewertung ihres Handelns stellen, sie müssen sich mit den Konsequenzen ihrer

Abhängigkeit beschäftigen – ein Punkt, den auch Harald Köhl in dem angesprochenen Text betont und sehr differenziert betrachtet. Moralisch muss ich mich fragen, was tue ich anderen damit an? Die ethische Frage dagegen lautet, was mache ich aus meinem eigenen Leben? Im Gegensatz zur Depressionsbehandlung sind die Motive zur Behandlung der Abhängigkeit oft unmittelbar moralischer und ethischer Natur in diesem Sinne.

Was ist das wichtigste, was Sie in den letzten 23 Jahren über Abhängigkeit gelernt haben?

Dass wir nicht fertig werden mit der Forschung und der Reflexion, denn es ist ein sehr komplexes, irritierendes und auch kontroverses Thema, bei dem wir viele Fragen immer noch nicht und vielleicht niemals beantworten werden können.

Aus philosophischer Sicht, was ist das Süchtige an der Sucht?

Problematisch an der Abhängigkeit ist nicht primär die Substanz, sondern die Unfähigkeit, mit dem Verlangen umzugehen, das wir konsumierend heraufbeschwören. Der amerikanische Philosoph Gary Watson hat einmal geschrieben, dass jemand, der von einem Verlangen überwältigt wird, „mehr ein Kollaborateur als ein besiegter Freiheitskämpfer“ ist. Es gibt nach seiner Auffassung kein unwiderstehliches Verlangen. Jeder Mensch kennt das erlösende Gefühl, einem Verlangen, das ihn quält, endlich nachzugeben. Das anschließende Gefühl der Scham resultiert aus der Tatsache, dass ich nachgebe, obwohl ich nicht will – oder will ich eigentlich etwa doch? Eine sehr irritierende Situation.

Das Glas Whisky steht dabei stellvertretend auch für alle Lebensumstände, die mich dazu gebracht haben, zu konsumieren. Die existentielle Frage, die ich mir stellen muss, ist, warum ich mein gesamtes Leben auf dem Fundament der Substanz aufgebaut habe.

Die Auseinandersetzung zwischen Hedonismus und Askese beschäftigt die Philosophie seit Jahrhunderten. Im Leben vieler Betroffener stellt sich die Wahl zwischen Konsum und Abstinenz. Gibt es in der modernen Philosophie hilfreiche Gedanken für Betroffene?

Die moderne Moralphilosophie beschäftigt sich vor allem mit der Frage, was wir tun sollen, also mit Werten und mit Handlungsorientierungen. Philosophen wie Wilhelm Schmitt haben moderne Ansätze zur Lebenskunst entwickelt, ansonsten finden wir bessere Antworten auf diese Frage in der antiken Ethik. Damals ging es in der Ethik sogar vorrangig um Lebenskunst, nämlich um die Frage, wie wir leben wollen. Epikur zum Beispiel gab den Rat, im Verborgenen zu leben, nicht unnötig in die Öffentlichkeit zu gehen. Seelenfrieden, so Epikur, findest du im Kreis deiner Vertrauten. Die Stoiker gingen davon aus, dass das meiste im Leben belanglos ist oder schädlich und nur ganz wenig wirklich wichtig ist. Deswegen ist ihr Weg zum Seelenfrieden, sich klar zu machen, was wirklich wichtig ist im Leben. Aristoteles dagegen riet dazu, entweder ein Leben der Betrachtung zu führen oder sich im Dienst des Gemeinwohls, z.B. in der Politik, zu betätigen. Von allen diesen Positionen lässt sich für den eigenen Lebensweg etwas lernen.

Platon unterscheidet zwischen bloßer Meinung und

reflektiertem Wissen – eine Unterscheidung, die von zeitloser Wichtigkeit ist. Ein Blick in die antike Ethik kann also auf jeden Fall Anregungen geben bei der Frage, wie ich wieder eine klare Ausrichtung und Sinn in mein Leben bekomme.

Wenn Sie einem Abhängigen nur einen Rat geben könnten, wie würde dieser lauten?

Glaub nicht alles, was du gerade denkst – und mach dir nichts vor. Gerade der „Kontrollverlust“ und der „Rückfall“ sind sehr aktive Leistungen und Kunststücke darin, sich etwas vorzumachen. Für die Behandlung, aber auch allgemein wäre daher mein Rat: Freu dich über alles, was dir die Augen öffnet – egal woher es kommt.

Wer ist Ihr Lieblingsphilosoph und warum?

Das ist ganz klar Wittgenstein. Ich habe das Philosophieren von einem Schüler einer Schülerin Wittgensteins gelernt. Bei ihm habe ich gelernt, wie groß unser Bedürfnis ist, uns selbst etwas zusammenzureimen, um im Denken Ruhe zu haben. Wittgenstein dagegen verlangt von uns, genau hinzuschauen und uns nichts vorzumachen. Wie ist das denn genau, wenn jemand in einer Kneipe sitzt und etwas bestellt, obwohl er nicht trinken will? Was passiert da? Wittgenstein lehrt die Kunst, die permanente Frustration, keine abschließende Theorie zu haben, positiv zu erleben.

Was ist aus Ihrer Sicht das, was in Tönisstein „wirkt“?

Es ist primär das Erleben einer therapeutischen Gemeinschaft, das anregende Setting in der Gruppe. Dabei bildet die Gruppentherapie, die GT, nur die Spitze des

Eisbergs. Vielmehr geht es darum, dass die Behandlung als Ganzes ein prägendes Ereignis der eigenen Lebensgeschichte wird, wie eine „Revolution“. Es muss in der eigenen Biographie ein Leben vor Tönisstein, aber auch ein Leben nach Tönisstein und eben die Wochen in Tönisstein geben. Je prägender, je mehr „Event-Charakter“, ja auch Ritual (zum Beispiel beim jährlichen Sommerfest / Ehemaligentreffen) dazu kommt, desto mehr wirkt Tönisstein. Gemeinsam fällt es leichter, nicht mehr Kolaborateur der eigenen Sucht zu sein.



Dr. phil. Martin Wallroth ist Professor für Ethik in der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Münster. Zuvor war der Psychologe und Philosoph viele Jahre in der Suchtbehandlung tätig, von 2004 bis 2010 auch als Teamleiter, dann Leitender Psychologe in der (damals noch) AHG Klinik Tönisstein. Zahlreiche Artikel der „Wir Tönissteiner“ sind durch seine Feder entstanden.

Haben Sie den Mut zu Ihrer Abhängigkeit zu stehen und diese als Krankheit anzuerkennen, die viele betrifft und gut behandelt werden kann.

Dr. Hubert Buschmann
früherer Chefarzt

Trau Dich, zu fühlen.

Michaela Farber
leitend. Psychologin

Sucht ist eine Erkrankung, die man behandeln kann. Du schaffst es aber nicht alleine. Geh bitte in die Therapie.

Przemyslaw Sas
Chefarzt

Die nächsten 24 Stunden nicht zu konsumieren.

Jannes Hecht
Leiter der Suchthilfe
der Caritas Wuppertal

Erkennen Sie Ihre Krankheit an und suchen Sie sich Hilfe.

Ömer Bozcicek
Oberarzt

Wenn Sie einem Abhängigen nur einen Rat geben könnten, wie würde dieser lauten?

Überlegen Sie, was Sie alles erreichen könnten, wenn Sie mit Ihrem Substanzkonsum aufhören würden. Gestehen Sie sich ein, dass Sie dafür Hilfe benötigen und nehmen Sie diese auch in Anspruch. Üben Sie, wie Sie auf Ihr Suchtmittel auch in schwierigen Momenten verzichten können. Geben Sie nicht auf, wenn es nicht im ersten Anlauf klappt, sondern machen Sie sofort einen nächsten Versuch.

Johannes Lindenmeyer

Komm' nach Tönisstein!

Anna Belke
stellv. leitend. Psychologin

Glaub nicht alles, was du gerade denkst – und mach dir nichts vor.

Prof. Dr. Martin Wallroth
Philosoph und Psychologie

Impressum

Fotonachweis

Wenn nicht anders erwähnt, liegen alle Bildrechte bei Dr. Hubert Buschmann oder der MEDIAN Klinik Tönisstein.

Herausgeber

Heike Abbing

Kaufmännische Leiterin

Michaela Farber

Leitende Psychologin

MEDIAN Klinik Tönisstein

Hochstraße 25

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Telefon +49 (0)2641 914-0

Telefax +49 (0)2641 914-201

tonisstein-kontakt@median-kliniken.de

Satz, Layout und Druck

S-PRINT Digitaler Druck GmbH

www.median-kliniken.de