

Neue Perspektiven im Kandertal



Familietherapie
Psychosomatische Medizin
Innere Medizin
Kinderheilkunde
Reha für junge Erwachsene

Das Reha-Programm für Familien und junge Erwachsene

Familienreha - ein bewährter Therapieansatz

Wenn jemand sehr lange krank ist, dann muss darunter oft die ganze Familie leiden. Zusammen mit den anderen Belastungen, denen Familien heute ausgesetzt sind, führt das leicht zu einer Zerreißprobe. Dann verstärken sich Krankheiten, manchmal führen sie zu ernsthaften Krisen.

Solche Prozesse lassen sich nur dann verändern, wenn die in der Familie selbst liegenden Kräfte wiederentdeckt werden. Rehabilitation in der Klinik Glotterbad hat sich dabei in den letzten zehn Jahren bestens bewährt. Die eigenen Möglichkeiten wiederentdecken, Wege aus der Krankheit finden - Familientherapie eröffnet neue Perspektiven.

Das Modell "Familienreha" mit seinen speziellen Therapieansätzen ist erfolgreich - deshalb können wir unser Angebot deutlich erweitern. Am neuen Standort im Kandertal wurde die Familienreha auf 140 Betten vergrößert. Neu hinzu kam eine Abteilung für junge Erwachsene mit 40 Betten.

Neu: Reha für junge Erwachsene

In der Rehaklinik Kandertal gibt es eine eigene Abteilung mit 40 Einzelzimmern für junge Erwachsene. 16 - 35Jährige werden hier mit indikationsgerechten Therapieprogrammen behandelt.



Die Fachkonzepte

In der Fachklinik für Familienrehabilitation haben wir spezielle Therapieprogramme entwickelt:

- Asthma bronchiale
- Hyperkinetisches Syndrom
- Neurodermitis
- Schlafstörungen
- Chronischer Schmerz

Denn mit indikationsgerechter Therapie sind die Behandlungserfolge in der Familienreha besonders gut!



Inhalt

1. Einleitung	2
2. Theoretische Grundlagen	4
3. Indikationen	6
3.1 Indikationen für die Abteilung Familienrehabilitation	6
3.2 Indikationen für die Abteilung Jugendliche und junge Erwachsene	8
3.3 Kontraindikationen	8
4. Indikationsspezifische Grundlagen	9
4.1 Abteilung Familienrehabilitation	9
4.2 Abteilung Jugendliche und junge Erwachsene	11
4.3 Besonderheiten der Station für Jugendliche (16 bis 18 Jahre)	16
5. Behandlungsverlauf	18
6. Therapieangebote	20
6.1 Therapieangebote für Erwachsene in der Abteilung Familienrehabilitation und in der Abteilung Jugendliche und junge Erwachsene	20
6.2 Therapieangebote für Kinder und Jugendliche in der Abteilung Familienrehabilitation und Jugendliche in der Abteilung Jugendliche und junge Erwachsene	21
6.3 Gemeinsame Therapieangebote für Eltern und Kinder in der Abteilung Familienrehabilitation	21
7. Qualifikationen der Mitarbeiter	22
8. Kooperationsstrukturen innerhalb und außerhalb der Klinik	23
9. Dokumentation und Wissenschaft	24
10. Struktur der Rehaklinik Kandertal	24

1. Einleitung

Der Anteil chronisch kranker Erwachsener und Kinder/Jugendlicher nimmt in den letzten Jahren in der Bevölkerung stetig zu. Dies belegen zahlreiche epidemiologische Untersuchungen in der deutschen Bevölkerung zu der Prävalenz psychischer sowie auch chronisch körperlicher Erkrankungen. Chronische Erkrankungen haben erhebliche Folgen nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für die gesamte Familie mit oft einschneidenden somatischen, psychischen und sozialen Folgen für die anderen Familienmitglieder.

Die traditionellen familiären Lebensformen ändern sich heute sehr rasch. In Großstädten wird bereits jede zweite Ehe geschieden, viele Menschen leben mittlerweile in außerehelichen Gemeinschaften miteinander, erziehen ihre Kinder alleine und entlastende „Drei-Generationen-Modelle“ gehören meist der Vergangenheit an. Neue Familienformen wie „Patchworkfamilien“ o.ä. werden immer häufiger. Die familiären Strukturen sind jedenfalls nicht mehr so belastbar mit unabsehbaren Kosten für die sozialen Sicherungssysteme. Alleine im Zeitraum 2003/2004 sind die Kosten für Fremdunterbringung von Kindern und Inobhutnahme im Raum Freiburg um 17 % gestiegen und die Verantwortlichen rechnen weiterhin mit zweistelligen Zuwachsraten. Sowohl auf Seiten der Erwachsenen als auch zukünftig auf Seiten der Kinder ist die Erwerbsfähigkeit durch diese Entwicklung in großem Maße gefährdet. Präventiven Modellen mit Stärkung der familiären Ressourcen kommt deshalb eine ganz wichtige Bedeutung zu.

Vor allem die Bedürfnisse der Frauen und auch die gesellschaftlichen Anforderungen an diese (Partnerschaft, Kinder, Arbeit) stehen oft im Gegensatz zu dem Fehlen effizienter gesellschaftlicher Unterstützungssysteme wie z.B. Ganztagesbetreuung der Kinder usw.

Nach wie vor sind es die Frauen, die die Hauptlast der Betreuung kranker Familienmitglieder tragen. Sie sind damit in der Folge besonders häufig von chronischen Erschöpfungszuständen, multiplen funktionellen Syndromen und depressiven Erkrankungen betroffen. Demzufolge besteht bei ihnen auch ein besonders hohes Risiko für einen Medikamentenmissbrauch.

Sind die kranken Familienmitglieder Kinder und Jugendliche, so sind die Auswirkungen auf das Gesamtsystem Familie besonders gravierend. Aufgrund ihrer sozialen und psychischen Abhängigkeit von den Eltern oder dem allein erziehenden Elternteil wird auch die Betreuungsperson in besonderem Maße belastet und die vorhandenen Bewältigungsstrategien reichen oft nicht mehr aus.

Es gibt weitere gesellschaftliche Entwicklungen, die für die Gesundheit der Bevölkerung äußerst problematisch sind. Dazu gehört Fastfood-Ernährung bei gleichzeitig verminderter Bewegung mit der mittlerweile allgemein beobachteten starken Zunahme adipöser Kinder.

Hand in Hand mit dieser Entwicklung geht der exzessiv zunehmende Medienkonsum (maximaler Stress ohne Bewegung), der bereits in der Verkümmern bestimmter sensomotorischer Fähigkeiten nachweisbar ist. Durch das Eintauchen in den „Cyberspace“ nimmt die Isolierung der Jugendlichen zu. Die Fähigkeit, Beziehungen zu knüpfen und aufrecht zu erhalten mit der dazu notwendigen Fähigkeit, Probleme adäquat lösen zu können (Konfliktlösungsstrategien) und die Fähigkeit, auf seine Umwelt verändernd einzuwirken (Selbstwirksamkeit) nehmen in gleichem Maße ab. Zu bedenken ist weiter die zunehmende Belastung der Jugendlichen durch immer stärkere Leistungsanforderungen und der sich immer stärker entwickelnden Beschleunigungskultur, die keine Muße mehr kennt (schneller, besser, höher) einerseits bei bedrohlichen Unsicherheiten, was die beruflichen Perspektiven in mittlerweile allen Berufen angeht andererseits. Mit diesen Entwicklungen wird das Ausweichen der jungen Menschen in Scheinwelten von Internet und Drogen eine immer verlockendere Konsequenz und stellt für die zukünftige Erwerbsfähigkeit eine erheblich Gefahr dar.

Die oben beschriebenen Belastungen können unmittelbar zur Entwicklung körperlicher oder psychischer Störungen führen oder chronische Krankheitsprozesse begründen. Chronisch kranke, verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche oder behandlungsbedürftige Eltern sind die Folge.

Die beschriebenen Belastungen in einer Familie können aber auch erst in späteren Lebensabschnitten in Krankheit münden. So wird zum Beispiel der Ablösungsprozess aus der Primärfamilie, oder der Übergang von Ausbildung zum Berufsleben immer häufiger zum Kristallisationspunkt von Störungen, die dann in Verbindung mit der Primärfamilie verstanden und behandelt werden sollten.

Auf diesem Hintergrund kommt einer systemisch familien-therapeutisch orientierten medizinischen Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Symptome eines Individuums werden nicht länger als isolierte, ver- einzelte Pathologie betrachtet, sondern werden innerhalb des familiären Kontextes als dem dafür relevan- ten System untersucht und behandelt, um eine dauerhafte Besserung zu erzielen.

Bei diesem Vorgehen wird versucht, lösungsorientiert mit den Familien und jungen Erwachsenen zu arbei- ten.

Leitfragen der therapeutischen Arbeit sind:

- Welche körperlichen Erkrankungen liegen vor?
- Welche somatischen Behandlungsmöglichkeiten (Medikamente, Physiotherapie, Ernährung etc...) gibt es?
- Welche psychischen Erkrankungen liegen vor?
- Welche Funktion erfüllen die Symptome?
- Wo liegen die Ressourcen? Wie kann man sie stärken?
- Was sind untaugliche Bewältigungsstrategien? Wie kann man sie unterbrechen?
- Wie kann man die Kommunikation in der Familie wieder in Gang setzen?
- Welche neuen Perspektiven lassen sich eröffnen?
- Welche weiteren Hilfsmaßnahmen sind im Anschluss an das Heilverfahren notwendig in Be- zug auf die Gesamtfamilie und den Beruf?

Wir verstehen uns deshalb in der Klinik mit unserem lösungsorientierten, systemischen Ansatz als gesund- heitsfördernd wirksam, indem wir basale zwischenmenschliche Fähigkeiten der Kommunikation, Inter- aktion und Konfliktlösung in den Familien aber auch in dem Mikrokosmos Klinik fördern.

2. Theoretische Grundlagen

Als theoretische Grundlage baut die Klinik auf zwei Pfeilern auf:

Zum einen dem bio-psycho-sozialen Modell der Medizin, das körperliche, seelische und soziale Gegebenheiten gleichrangig berücksichtigt und ihre Wechselwirkungen beachtet.

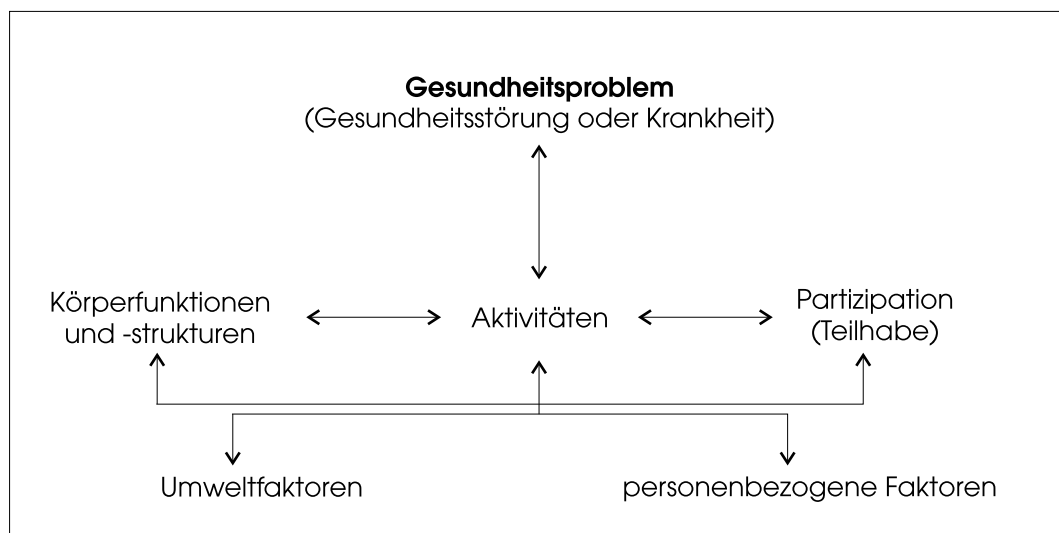
Zum anderen auf einer systemischen Sichtweise, wie sie für die Familientherapie maßgeblich ist. In dieser Betrachtungsweise wird ein Krankheitssymptom nicht isoliert betrachtet, sondern auch auf seine Funktion und seine Beziehungsaspekte hin untersucht. Krankheitssymptome können demnach auch als ein Merkmal der spezifischen innerfamiliären Struktur, Interaktion und Dynamik verstanden werden. Zusätzlich betrachtet man dabei in erster Linie nicht die Schwachpunkte des Systems, sondern gerade auch seine Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten (Ressourcen).

Es wird also neben der Erforschung der Genese der Erkrankung der Blick vor allem auf Veränderungsmöglichkeiten gerichtet, so dass sich diese Haltung von einer klassischen auf die Pathologie fixierten medizinischen Grundhaltung doch wesentlich unterscheidet.

Die systemische Sichtweise wird damit auch in besonderer Weise der Sichtweise der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation WHO und den darin beschriebenen Kriterien von Gesundheit gerecht. Gesundheit wird in den Kategorien der ICF beschrieben durch folgende Komponenten:

- Körperfunktionen und -strukturen
- Aktivitäten und Partizipation
- Umweltfaktoren
- Personbezogene Faktoren.

Die Wechselwirkung dieser Komponenten verdeutlicht folgendes Schaubild:



(Abbildung entnommen aus ICF, Entwurf zu Korrekturzwecken, DIMDI, 2002)

Die stationäre Rehabilitation hat also den Auftrag, eine gesundheitliche Beeinträchtigung eines Individuums zu beheben oder die Folgen zu minimieren und jedem Menschen eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in seiner Gesellschaft zu ermöglichen. Dies hat unter Berücksichtigung aller Ressourcen des Individuums, aber auch unter Berücksichtigung der Veränderungsmöglichkeiten in dessen Umwelt zu geschehen.

Die systemische, ressourcenorientierte Vorgehensweise in der Familienrehabilitation hat sich in den letzten 11 Jahren insbesondere bei den psychosomatischen Krankheitsbildern besonders bewährt. In der Klinik Kandertal werden wir zukünftig dieses Konzept für die Behandlung Jugendlicher und junger Erwachsener erweitern, sodass eine einheitliche Grundkonzeption für beide Abteilungen besteht.

Familienrehabilitation ist aber gleichzeitig auch multimethodal. Das bedeutet, dass je nach Indikation das systemisch orientierte Grundkonzept durch andere, wissenschaftlich überprüfte Therapieverfahren ergänzt wird und so kommen auch verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch orientierte, nonverbale sowie psychoedukative Therapieansätze zur Anwendung.

Das Konzept der Klinik Kandertal für Familienrehabilitation im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation stellt ein zeitgemäßes und fortschrittliches Modell dar, das eine konsequente Umsetzung des systemisch familientherapeutischen Ansatzes realisiert.

3. Indikationen

Von Anfang an begreifen wir in der Klinik für Familienrehabilitation jede aufgenommene Person als Patienten. Dieses Vorgehen hat sich in der Praxis sehr bewährt und ist auch auf der Grundlage unseres systemischen Vorgehens immanent notwendig. Dieser Umstand hat dazu geführt, dass wir schon immer eine sehr breites Spektrum von organischen, psychischen und auch sozialen Krankheiten/Problemstellungen behandeln. Die „typische“ Familie für die Familienrehabilitation ist eine so genannte „Multiproblemfamilie“. Es liegen eine Vielzahl von psychischen, körperlichen und sozialen Problemen in der Familie vor. Gerade das **Zusammenwirken dieser Faktoren** macht eine ambulante Behandlung oft nicht mehr möglich und erfordert ein stationäres Setting mit einem multimodalen Therapiekonzept.

Das hat zur Folge, dass die Indikationsstellungen sehr breit angelegt sind und nicht so scharf abgegrenzt werden können, wie dies für eine Einzelperson möglich ist. Dieses Erfordernis spiegelt sich sowohl in den vielfältigen Qualifikationen des Behandlungsteams als auch in den vielfältigen Therapieangeboten (s.u.) wieder.

Dieses breite Indikationsspektrum gilt also für die Abteilung Familienrehabilitation wie auch für die Abteilung Jugendliche und junge Erwachsene.

Durch die Erweiterung der Klinik sind wir in der Lage, unser Therapieangebot weiter zu verbessern und es für zusätzliche Indikationen zu spezifizieren.

Aufnahmealter:

In der Rehaklinik Kandertal haben wir die Therapieangebote folgendermaßen für die verschiedenen Altersstufen ausgebaut:

Kinder und Jugendliche mit zumindest einem Elternteil:	bis 15 Jahre
Jugendliche:	bis 18 Jahre
Junge Erwachsene:	18 bis 35 Jahre.

So ist eine altersspezifische Behandlung für jede Altersstufe gewährleistet.

3.1 Indikationen für die Abteilung Familienrehabilitation

3.1.1 Indikationen Erwachsene

Erwachsene werden in der Rehaklinik Kandertal in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme aufgenommen, wenn ein meist chronisches Gesundheitsproblem vorliegt, das in Zusammenhang mit der Schädigung der Körperfunktionen, der Aktivitäten und/oder der Partizipation steht. In der Regel bedeutet dies eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, deren Überprüfung und Wiedererlangung im Zentrum der Rehabilitationsmaßnahme steht.

Die medizinischen Indikationen sind:

- Affektive Störungen
Depression, Dysthymie
Postpartale Depression
- Neurotische Störungen, Belastungs-, Somatoforme Störungen
Angststörungen, Panikstörungen
Belastungs- und Anpassungsstörungen
(Fachkonzept Somatoforme Störungen)
- Persönlichkeitsstörungen
Borderline Typus / emotional instabile Persönlichkeit

- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
Essstörungen (Adipositas; Anorexie, Bulimie)
Schlafstörungen (Fachkonzept Schlafstörungen)
- Burn out (chronische Erschöpfung)
- Asthma bronchiale
(Fachkonzept Asthma bronchiale)
- Chronisch internistische Erkrankungen, bei denen psychosoziale Faktoren für die Genese, Verarbeitung und den Verlauf relevant sind. (z.B. Carzinomerkrankung eines Elternteils, Multiple Sklerose und ähnlich belastende und bedrohliche Erkrankungen für die Betroffenen und die Familienmitglieder)

3.1.2 Indikationen für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche können in der Abteilung Familienrehabilitation mit aufgenommen werden, wenn

- sie selbst rehabilitationsbedürftig sind,
- sie in die Behandlung anderer Familienmitglieder einbezogen werden sollen, um das Rehabilitationsziel zu erreichen,
- sie während der Rehabilitationsmaßnahme zu Hause nicht versorgt werden können.

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit der Kinder und Jugendlichen besteht in der Regel bei Erkrankungen, die einen chronischen Verlauf haben oder befürchten lassen. Einer Bedrohung der Erwerbsfähigkeit im Erwachsenenalter kann so frühzeitig entgegen gewirkt werden.

Die medizinischen Indikationen sind:

- Verhaltens- und emotionale Störungen
Ängste, Schlafstörungen, Anpassungsstörungen
(Fachkonzept für Schlafstörungen)
- Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Hyperaktivität (ADHS)
(Fachkonzept ADHS)
- Hauterkrankungen, insbesondere bei vorliegenden oder drohenden psychischen und psychosomatischen Wechselwirkungen
(Fachkonzept Neurodermitis)
- Asthma bronchiale
(Fachkonzept Asthma bronchiale)
- Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas)
(Fachkonzept Adipositas)
- Chronische Erkrankungen, bei denen psycho-soziale Faktoren für Genese, Verarbeitung und Verlauf relevant sind (Diabetes mellitus, Rheumatoide Arthritis u.ä.)
- Entwicklungsstörungen
- Lern-, Leistungs-, Teilleistungsstörungen
Diese verlaufen oft chronisch und stellen eine zusätzliche Belastung des Familiensystems dar. Durch die Auswahl weniger, aber besonders geeigneter Fördermaßnahmen kann hier oft eine Entlastung erreicht werden
- Kinder psychisch kranker Eltern
Diese Kinder haben selbst ein hohes Risiko, psychisch zu erkranken. Die präventive Behandlung unter Einbeziehung der Familie ist für diese Gruppe für die Erlangung der Erwerbsfähigkeit besonders relevant

3.1.3 Indikationen für Familien

- Psychische Erkrankung eines Elternteils
Die Stabilisierung der Eltern sowie die Verbesserung der familiären Interaktion sind für die Vorbeugung dieser Störungsbilder bei den Kindern (und Eltern) besonders wichtig, da diese eine Hochrisikogruppe für spätere Erkrankungen darstellen.
- massive familiäre Konflikte oder Interaktionsstörungen
- Bindungsstörungen
- Multiproblemfamilien mit Überforderung ambulanter Therapiemöglichkeiten
- Gravierende somatische Erkrankung mit Überforderung der Familie

3.2 Indikationen für die Abteilung Jugendliche und junge Erwachsene

Auch für Jugendliche und Junge Erwachsene gilt, dass sie in der Rehaklinik Kandertal in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme aufgenommen werden, wenn bei ihnen ein meist chronisches Gesundheitsproblem vorliegt, das in Zusammenhang mit der Schädigung der Körperfunktionen, der Aktivitäten und/oder der Partizipation steht. In der Regel bedeutet dies eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, deren Überprüfung und Wiedererlangung im Zentrum der Rehabilitationsmaßnahme steht.

Die medizinischen Indikationen sind:

- Essstörungen (Anorexie, Bulimie)
- Adipositas
(Fachkonzept Adipositas)
- Posttraumatische Belastungsstörung/ Somatisierung/ Depression als Störungsbilder, die oft als Mischbild im Zusammenhang mit einer Migrationsproblematik auftreten (z.Zt. hauptsächlich Patienten aus den ehemaligen GUS Staaten)
- Stoffungebundene Süchte mit allen negativen sozialen Folgen wie Isolierung, Rückzug, Verlust der Konfliktbewältigungsstrategien, einer abgebrochenen Schulausbildung oder fehlendem Berufseinstieg und einer gefährdeten Erwerbsfähigkeit.
- Sowie Indikationen analog Familienrehabilitation

3.3 Kontraindikationen

- Patienten/innen mit akuter Psychose
- Patienten/innen mit akuter Suizidalität
- Patienten/innen mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen bei fehlender sozialer Integration
- Schwerst- und mehrfach behinderte Kinder (nur nach Rücksprache)
- Bestehender massiver Drogenabusus

Gegebenenfalls Klärung in einem Vorgespräch

4. Indikationsspezifische Grundlagen

In diesem Kapitel stellen wir die epidemiologischen Grundlagen sowie indikationsspezifische Aspekte der Therapie zu den verschiedenen Hauptindikationsbereichen dar. Wir verweisen darüber hinaus auf die bisher für die Familienrehabilitation entwickelten Fachkonzepte. Diese liegen für folgende Indikationen vor und können in der Klinik angefordert werden:

- Chronisches Schmerzsyndrom
- Schlafstörungen
- Asthma bronchiale
- Neurodermitis
- Hyperkinetisches Syndrom (ADHS)
- Adipositas
- Somatoforme Störungen

4.1 Abteilung Familienrehabilitation

In einer Studie von Remschmidt und Walter (1990) wird die Prävalenz psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter mit 22 % angegeben. Auch in der Mannheimer Studie von Esser und Schmidt (1987) finden sich 14 % mäßige und 8 % ausgeprägte psychische Störungen.

Im Bereich der chronisch-körperlichen Erkrankungen geht Grotmake (1990) - niedrig angesetzt - von einer Prävalenz von 10 % aus.

Auch jüngere Studien (z. B. Riegel u.a. 1995) bestätigen das gehäufte Auftreten medizinischer, entwicklungspsychologischer und sozialer Auffälligkeiten bei gefährdet geborenen Kindern bis zum Alter von 5 Jahren. Die Autoren beklagen einen Mangel an effizienten Versorgungssystemen in der BRD.

Schlechte soziale Verhältnisse führen zu einer Zunahme von bronchopulmonalen und allergischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen und Teilleistungsstörungen. Auch die Infektanfälligkeit in den ersten Lebensjahren zeigt einen derartigen deutlichen Zusammenhang (v. der Hardt, 1987).

Zwei Themen seien besonders behandelt: **Kinder psychisch kranker Eltern** und **Essstörungen** in der Familienrehabilitation.

4.1.1 Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder psychisch kranker Eltern stellen eine besondere Risikogruppe dar. Dabei sind folgende Zahlen zu bedenken: 12,2 % der Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen stationär behandelt werden, haben Kinder unter 18 Jahren, und zwar im Durchschnitt 1,5 Kinder. Hochgerechnet bedeutet dies, dass in der BRD 500 000 Kinder durch die psychische Erkrankung eines Elternteils mitbetroffen sind. Nimmt man zu dieser Zahl die Kinder Drogenabhängiger sowie Alkoholiker hinzu, erhöht sich die Zahl um ca. 1 Mio. (S.Wagenblass, Vortrag Bremen 12.3.03). Andererseits liegt bei jedem zehnten Fall, bei dem Hilfe zur Erziehung durch das Jugendamt gewährt wird, eine psychische Erkrankung eines Elternteils vor. Trennung und Beziehungsabbrüche belasten diese Familien weit überdurchschnittlich.

Die Folgen sind:

- Bindungsstörungen
- emotionale Störungen
- Hyperaktivität
- Defizite im Sozialverhalten (Aggressivität)
- Depression
- Entwicklungsstörungen.

Die Folgen sind immer häufiger erforderliche Fremdunterbringungen, die eine erhebliche finanzielle Belastung der Gemeinschaft darstellt (z.B. Steigerung der Ausgaben 2003/04 um 17 % im Raum Freiburg).

Trotz dieser massiv belastenden Situation für die Kinder dürfen die Schutzfaktoren nicht vergessen werden, da sie auch für das therapeutische Setting hilfreich sind.

Ziele sind:

- Transparenz: benennen der Erkrankung und Entlastung von Schuldgefühlen
- Sichere, verlässliche Umgebung
- Verbesserung der Beziehung zum erkrankten Elternteil
- Gefestigte Beziehung zu einem gesunden Erwachsenen
- Bezugssystem außerhalb der Familie (Sport, Hobby)

Die Therapiephasen entsprechen in Grundzügen denen der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen:

1. Stabilisierung: Sicherheit gebende, verlässliche Strukturen der Klinik und des Betreuungspersonals
2. Integration: vermehrte Teilnahme an Gruppenaktivitäten
3. Interaktion: gemeinsame Therapieangebote
4. Familientherapie: Hinzuziehen möglicher Lebenspartner/Bezugspersonen
5. Soziotherapie: mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
6. Vorbereitung der Entlassung: Organisation ambulanter Hilfen. Konkrete Termine. Aufsuchende Hilfsangebote

4.1.2 Essstörungen

Besondere Aspekte sind ebenfalls bei den Essstörungen zu beachten. Die Nahrungsaufnahme ist von Geburt an ein wesentlicher Aspekt der Mutter-Kind-Interaktion. Wir beobachten in der Klinik für Familienrehabilitation, dass sich um das Essen herum viele familiäre Konflikte kristallisieren. Die diffusen Gefühle von Müttern, dass sie ihrer Mutterrolle nicht gerecht werden, werden oft über die Essenaufnahme ausgetragen („Mein Kind isst nicht genug“). Die Mütter drängen auf vermehrte Nahrungsaufnahme nach dem Motto: Mein Kind nimmt regelrecht an Gewicht zu, also bin ich eine gute, nährnde Mutter. Als Reaktion wehrt sich das Kind, verweigert das Essen und die Nahrungsaufnahme ist so zu einem erbitterten Kampfplatz geworden. Das Kind lernt, dass Essensverweigerung als Machtinstrument eingesetzt werden kann, da es so starke Besorgnis bei der Bezugsperson hervorrufen kann und verlernt, auf die inneren Körpersignale von Hunger und Sättigung zu hören.

Andererseits hat das Kind ab dem 3.LJ ein zunehmend starkes Autonomiebedürfnis. Dieser Konflikt um Loslassen können von Seiten der Bezugsperson und Bestimmen wollen von Seiten des Kindes wird ebenfalls oft über das Essen ausgetragen.

So sehen wir in unserem klinischen Alltag oft den Beginn einer Essstörung bereits im Vorfeld der eigentlichen Erkrankung.

Hat wiederum die Mutter eine Essstörung, dann hat dies in aller Regel gravierende Auswirkungen auf die Interaktion mit dem Kind. (Siehe auch im Abschnitt zur Konzeption bei den Jugendlichen/Jungen Erwachsenen).

Bei den Essstörungen ist in den letzten Jahren eine Zunahme bei Erwachsenen (= Eltern) als auch Kindern / Jugendlichen zu beobachten.

Auf diesem Hintergrund kommt einer systemisch-familientherapeutisch orientierten medizinischen Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Sie erhöht die Chance, die Betroffenen erfolgreich zu behandeln, weil sich die Familienmitglieder nicht negativ beeinflussen, sondern viel mehr gegenseitig unterstützen.

4.2 Abteilung für Junge Erwachsene

4.2.1 Essstörungen

Magersucht, Ess-Brechsucht und Fresssucht, die deutschen Begriffe ordnen die Essstörungen ebenfalls der Sucht zu, auch wenn die internationalen Klassifikationen dies nicht tun.

Der Beginn dieser Essstörungen liegt bei der Anorexie um die Zeit der Pubertät mit deutlicher Betonung des weiblichen Geschlechts. Die Bulimie beginnt im höheren Alter eher nach der Pubertät. Gemeinsam haben sie eine Prävalenz von 5 %. Die Adipositas wiederum ist ein ernsthaftes Massenphänomen in unserer Gesellschaft geworden, das bereits in der Kindheit beginnt. Jeder 5. Bis 6. gilt als adipös.

Alle Formen der Essstörungen nehmen in unserer Gesellschaft deutlich zu.

Die Pathogenese ist multifaktoriell, wobei genetische, soziale und Persönlichkeitsfaktoren eine Rolle spielen.

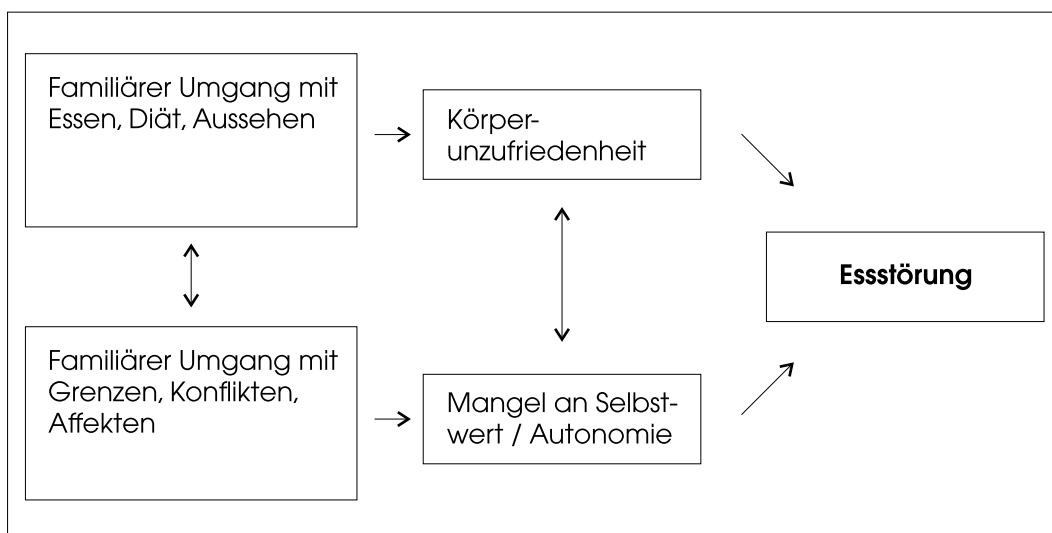
Die Prognose der Anorexie ist ernst. Sie ist die gefährlichste psychosomatische Erkrankung mit einem ca. 10fach erhöhten Mortalitätsrisiko. Nach stationärer Behandlung sind 17 % der Verläufe als gut, 45% als mittel und 38 % als weiterhin schlecht zu bezeichnen. Nach 2 Jahren sind 30 % weiterhin manifest krank.

Die Bulimie hat eine deutlich bessere Prognose.

Die Adipositas nimmt ebenfalls häufig einen chronischen Verlauf, da sie in ein Netz von Fehlernährung, Bewegungsmangel und genetischen Ursachen eingebunden ist.

Bei der Anorexie besteht eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen sowie Medikamenten- und Drogenabusus. Die Behandlung ist erschwert durch geringe Motivation der Familien und der Patientinnen selbst. Die Abbruchquote ist deshalb hoch.

Die Essstörungen und insbesondere die Anorexie sind historisch gesehen die Störungsbilder, an denen wesentliche systemische und familientherapeutische Therapiemodelle entwickelt wurden. Die familiären Beziehungsmuster können Essstörungen eventuell verursachen oder zumindest wesentlich beeinflussen. Der Zusammenhang zwischen Essstörungen und familiärer Dynamik wird in einem „Zwei-Prozesse-Modell“ (Leung et al 1996; abgewandelt) dargestellt.



Die Essstörung weist auf ein dysfunktionales Familiensystem hin, in dem ein hoher Leidensdruck herrscht und in dem gleichzeitig von allen verzweifelt versucht wird, den Status Quo aufrecht zu erhalten. Minuchin beschreibt als wesentliche Muster dieser Familien:

- Verstrickung (extreme Nähe, schwache Abgrenzung)
- Überfürsorglichkeit
- Rigidität (Keine Veränderungen!)

- Unfähigkeit zu Konfliktlösungen
- versteckte Paar-Familienkonflikte

Therapie: Die Therapie der Anorexie und Bulimie verläuft schematisch gesehen in drei Phasen:

1. akut = Stabilisierung
2. Konfliktlösung
3. Autonomie

Die Phase 1 ist in der Regel Aufgabe der Akutklinik. Der Klinikverbund für integrierte Versorgung in der Psychosomatischen Medizin Südbaden ermöglicht es in jedem Einzelfall, im Sinne eines Case Managements die geeignetste Klinik für die Patientin zu finden. Für Phase 1 gibt es eine enge Abstimmung mit der zum Verbund gehörenden Akutklinik „Thure-von-Uexküll-Klinik“ in Freiburg.

Phase 2 und 3 werden im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme behandelt.

Die Gruppentherapie hat sich für die Behandlung von Essstörungen als am Besten geeignet erwiesen. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente mit dem Ziel eines verbesserten Selbstmanagements sind neben den familientherapeutischen Interventionen wichtig.

Weitere Therapiebausteine sind Aufklärung über die Erkrankung und ihre Folgen, Verbesserung der Körperwahrnehmung, Entspannungsverfahren sowie nonverbale Therapieverfahren (Kunsttherapie, Körpertherapie).

Zu bedenken ist, dass sich die Patientinnen beider Gruppen oft in einer unterschiedlichen Ablösungssituation von der Familie befinden.

Ziel ist es letztlich, die familiären Spielregeln zu verändern, neue Beziehungsmuster zu etablieren und die Ablösung und Reifung der Patienten zu fördern.

4.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung/Somatisierungsstörung/Depression = Störungsbilder im Zusammenhang mit Migration

Bereits bisher behandeln wir in der Abteilung Familienrehabilitation häufig junge erwachsene Mütter oder gelegentlich auch Väter, die einer fremden Ethnie angehören. Wir haben deshalb über die letzten Jahre unser Behandlungsprogramm auf diese Patientengruppe eingestellt. Die häufigsten Störungsbilder unter denen sich diese Personengruppe dem Arzt präsentiert sind:

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Somatisierungsstörung
- Depression

Epidemiologie

Historisch ist die Migration nach Deutschland bedingt durch einen Arbeitskräftemangel und die gezielte Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte. Bereits um 1900 war dies der Fall; erreichte jedoch in Zeiten des Wirtschaftswunders in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts ihren Höhepunkt. 1973 wurde ein Anwerbestopp erlassen, was jedoch die Migration nicht zum Erliegen brachte. Der Nachzug von Familienmitgliedern einerseits sowie massive Flüchtlingsströme aus den Krisenregionen andererseits sorgten für weitere Zuwanderungen.

Zur Zeit leben 2,1 Millionen türkisch stämmige Menschen in der BRD. Durch die (noch) höhere Geburtenrate ausländischer Bevölkerungsgruppen wird bis zum Jahr 2010 der Ausländeranteil der 20 bis 40 Jährigen in Nordrhein Westfalen 40 % – 46 % betragen (Birg 2000). Dabei ist beachtlich, dass es bis Anfang der 90er Jahre für diese Patientengruppe kein spezifisches stationäres Therapieangebot im Bereich Psychosomatik in der BRD gab. Aber:

- 1) An der Universität Gießen wurde festgestellt, dass 76 % dieser Patienten eine ambulante Therapie bereits vor der 3. Sitzung wieder abbrechen.

2) Diese Patienten haben einen besonders hohen Bedarf an psychosomatischen Therapieangeboten.

Begründet liegt dies in verschiedenen Ursachen:

Die Migration selbst stellt für viele Betroffene ein traumatisches Ereignis dar mit Trennung von der Familie, unterschiedlichen Lebenszyklen im Herkunftsland verglichen mit denen der neuen Heimat, ein anderes kulturelles Umfeld, sprachliche Barrieren, finanzielle Nöte, Isolation im Ghetto, begrenzte Entwicklungschancen und unter Umständen Unterdrückung, Verfolgung und Folter im Ursprungsland.

Diese Faktoren bewirken ein eindeutig erhöhtes Erkrankungsrisiko für diese Menschen. 25 % waren 3 Monate nach Migration psychisch auffällig und nach 18 Monaten 33 %. Remschmid (1990) hat für Kinder ebenfalls ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko für psychische Störungen nachgewiesen. Bleiben diese Erkrankungen unbehandelt besteht ein hohes Risiko, dass die Betroffenen nie ins Erwerbsleben in der BRD integriert werden können. Die Folgekosten sind also immens.

Besondere Problemstellung

Bei der Behandlung von Migranten stellt sich die Frage, ob man die Therapie in mono- oder multikulturelle Gruppen durchführen soll. Wir haben bisher multikulturelle Gruppen durchgeführt und sehen als rational dahinter, dass wir auch in einer multikulturellen Gesellschaft leben und Integration eine wesentliche therapeutische wie gesellschaftliche Aufgabe darstellt.

Grundvoraussetzung der Behandlung ist ein gutes „Joining“, das heißt dem Herstellen einer emotional bedeutsamen Beziehung, so dass die Patienten sich in der Klinik respektiert und gut aufgehoben fühlen. Wichtig für das Gelingen ist ein gutes Einfühlungsvermögen in fremde Denk- und Erlebensweisen und auch ein Wissen um unterschiedliche Wertvorstellungen wie auch andere Krankheitsvorstellungen.

Dies trägt zu der anfangs oft erforderlichen Stabilisierung der Patienten bei und beinhaltet durchaus auch eine gegenseitige Akzeptanz der Fremdheit.

Zu Beginn unserer Gruppen steht die Vermittlung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses. Dann erfolgt eine sorgfältige Abklärung der Therapieziele, da diese sich oft stark von den Erwartungen westlich orientierter Therapeuten unterscheiden können.

In einer zweiten Phase geht es darum, die Patienten zu einer aktiven, Verantwortung übernehmenden Verarbeitung zu motivieren, weshalb auch der Therapeut aktiv und unterstützend interveniert. Dies ist bei weit verbreiteten magischen Heilserwartungen und der damit verbundenen Delegation der Verantwortung an Dritte eine besondere Schwierigkeit.

70 % der Migranten reagieren auf Überforderung mit chronischen Schmerzen (Rodewig 2000) und müssen entsprechend behandelt werden. Je nach Ausprägung spielt aber auch eine posttraumatische Belastungsstörung oder Depression eine Rolle, die oft ein charakteristisches Mischbild ergeben. Deshalb sind Entspannungsverfahren, Autosuggestion und Schmerztherapie wichtige Therapiebausteine der Behandlung.

Ebenfalls günstig erweist sich die Einbeziehung des Körpers in die Therapie und die Entwicklung von Ritualen, da diese in den Herkunftsländern eine viel größere Rolle spielen als bei uns.

In der dritten Phase, nämlich der Thematisierung von Konflikten, stellen kulturelle Unterschiede ein Hindernis dar, indem Konflikte im Verständnis der Betroffenen zuallererst und ausschließlich in der Familie gelöst werden müssten. Dies allerdings misslingt oft unter den besonderen Umständen der Migration mit ihren belastenden Folgen.

Grundsätzlich gilt, dass sich als therapeutische Grundhaltung das ressourcenorientierte Arbeiten im Gegensatz zum defizitorientierten Krankheitsmodell bewährt und sich nach allgemeiner Übereinstimmung besonders gut für diese Patientengruppe eignet.

4.2.3 Nichtstoffliche Süchte

Suchtverhalten ist so alt wie die Menschheit selbst. Bier wird seit ca. 9000 Jahren gebraut und in den Haaren ägyptischer Mumien finden sich Spuren von Nikotin – und noch erstaunlicher Kokain. Sucht ist häufig an die Einnahme von bestimmten Substanzen gebunden. Aber auch nicht stoffgebundenes Suchtverhalten ist seit früher Vorzeit bekannt. So war Glücksspiel bei Wikingern und Germanen weit verbreitet. Gewinner waren hoch geachtet und Verlierer verloren neben Haus, Hof und Weib auch ihren Status als Freie und mussten fortan Sklavendienste leisten.

Sucht ist ein unabwendbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Bedürfnisse des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung der Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Individuums. (Wanke 85; Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren).

Andererseits darf nicht übersehen werden, dass in der Sucht ein Selbstheilungsversuch liegt, der aufgrund fehlender angemessener und funktionaler Bewältigungsstrategien zum Scheitern verurteilt ist.

Süchte entstehen langsam und bleiben lange unbemerkt. Langsam nehmen die ungelösten Probleme zu, denen mit Hilfe der Sucht ausgewichen wird. Nach vorübergehender Besserung durch das Suchtverhalten kommt der ernüchternde Blick auf die Realität, was schwer zu ertragende Spannungen bewirkt. Adäquate Problemlösungsstrategien stehen nicht zur Verfügung, so dass Konfliktvermeidung und erneutes Suchtverhalten den **Teufelskreis der Sucht** in Gang setzen.

Zu warnen ist vor einem inflationären Gebrauch des Suchtbegriffs. Zu unterscheiden sind Genuss, Missbrauch, Abhängigkeit und Sucht. Diagnostische Kriterien sind von den Psychiatriegesellschaften definiert worden.

Jedoch ist auch bei nichtstofflichen Süchten das unabwendbare Verlangen mit seinen negativen sozialen Folgen (bis zur Erwerbsunfähigkeit) genauso vorhanden wie bei den stoffgebundenen Süchten. Die Autonomiestörung, Selbstwertschwäche, Wiederholungszwang, Dosissteigerung, physische oder psychische Abhängigkeit und Entzugerscheinungen sind genau dieselben wesentlichen Elemente aus denen die nichtstoffgebundene Sucht besteht. Damit wird deutlich, dass nicht die Droge/das Verhalten das Problem darstellt, sondern der kranke Mensch für den die Droge/das Verhalten einen fehlgeleiteten Versuch der Selbsthilfe darstellt (Raab 1996). Das begründet auch die Tatsache, dass bei Suchtformen aller Art eine hohe Komorbidität vorliegt.

Allen nichtstofflichen Süchten gemein ist, dass sie aufgrund der Komorbiditäten sowie aufgrund der sozialen Folgen den Abschluss einer Schulausbildung sowie den Eintritt in das Erwerbsleben behindern.

Epidemiologie:

Spielsucht: Die Spielsucht wird in einem boomenden Wirtschaftszweig ausgenutzt. Wurden in der BRD 1983 ca. 1 Mrd. DM an Geldspielautomaten verspielt, waren es 1996 bereits 11 Mrd. Der Gesamtumsatz der Glücksspielindustrie betrug 1996 43,3 Mrd. DM. In neuerer Zeit gewinnt eine neue Variante des Glücksspiels eine immer größere Bedeutung – das Glücksspiel im Internet. Dieser Branche wird in einschlägigen Wirtschaftszeitungen eine großartige Zukunft vorhergesagt. Dies bedeutet nichts anderes, als dass durch einen niederschweligen Zugang, unkontrolliert zu Hause in den eigenen 4 Wänden, wesentliche Hemmungen außer Kraft gesetzt werden und immer mehr Menschen zu pathologischem Spielverhalten gebracht werden.

Spielautomaten sind so eingestellt, dass sie stündlich einen bestimmten Betrag (bisher 20 Euro) einbehalten. Der Spieler rutscht also auch nach zwischenzeitlichen Gewinnen unweigerlich in die Verlustzone. Sein ganzes Handeln ist dann darauf ausgerichtet, diesen Verlust wieder auszugleichen. Dieser Teufelskreis führt in eine ähnliche Beschaffungskriminalität wie bei der Drogenbeschaffung mit einschneidenden sozialen Folgen.

Spieler sind - wie viele Süchtige - sehr einsam, mit einem gravierenden Mangel an sozialer Kompetenz.

Kaufsucht: Bereits Kraepelin (1915) und Bleuler (1924) haben auf das Phänomen des unkontrollierten und suchthaften Kaufverhaltens hingewiesen. Nach den USA haben Raab et al (1996) das Phänomen der Kaufsucht für Europa untersucht. Einer Untersuchung der Universität Hohenheim zufolge leiden 5 % der Bevölkerung leicht und immerhin 5 % an einer schweren Kaufsucht. Nicht der erworbene Gegenstand steht im Mittelpunkt des Handelns. Dieser wird in der Regel gar nicht benötigt, sondern das Einkaufen selbst stellt einen Spannungsabbau dar und schafft kurzzeitig Linderung. Auch hier wird die Sucht als Ausweichverhalten vor Konflikten erlebt und damit als ein Symptom innerer Konflikte und Leere.

Computer- und Internetsucht: Heute ist schon in der modernen Gesellschaft insgesamt nachweisbar, dass sich die Sinneswahrnehmungen junger Menschen durch den Mediengebrauch ändern: Sehen und Hören werden von Reizen überflutet, während Geruch, Geschmack und Bewegungssinne verkümmern.

Die Welt wird vom eigenen Zimmer aus sitzend erlebt mit gleichzeitig Stress und Action in der virtuellen Welt. Der Computer ist zum „Lebensmittel“ geworden.

Gibt es aber eine Internet- oder Computersucht?

Die American Psychological Society hat analog zu der Definition der pathologischen Spielsucht im DSM IV 10 Kriterien definiert, die eine Diagnose der Internetsucht ermöglichen sollen (www.apa.org). In einer Untersuchung der ISM (Intelligent Software Management) an 500 Internetusern in 25 Ländern waren 32 % als süchtig eingestuft.

Die wichtigsten Suchthinweise sind:

- Kurze Schlafzeiten (unter 5 Stunden pro Nacht)
- Vernachlässigung anderer wichtiger Aktivitäten in Beruf, Familie und im Freundeskreis
- Ständiges Nachdenken über das Internet
- Unfähigkeit, die Internetzeiten zu vermindern

In München hat sich aufgrund der zunehmenden Problematik eine Ambulanz für Internetsüchtige etabliert.

Eine Untersuchung in der Schweiz in Kooperation mit der Humboldt Universität Berlin (2001) an 7000 Probanden ergab, dass 2,3 % süchtig und 3,7 % gefährdet waren. Sie verbrachten 35 respektive 21 Stunden im Netz. Die Folgen dieser Sucht sind, dass die Betroffenen sich einsam und isoliert fühlen (78 %) und dass sie Probleme verdrängen und sich immer lebensuntüchtiger fühlen. Das Internet stellt eine Nabelschnur dar, mit der die Internetuser virtuell mit anderen in Kontakt treten und dabei ihre reale Beziehungsfähigkeit zunehmend einbüßen.

Besondere Problemstellung

In der Behandlung der nichtstofflichen Süchte (wie bei anderen Süchten auch) steht also eine realitätsgerechte Selbstwahrnehmung und das Eingeständnis der „Niederlage“ (die Sucht ist stärker als mein Ich) an erster Stelle. Es folgt im therapeutischen Prozess gleichermaßen eine Nachreifung der Ich-Funktion in einem klar strukturierten Rahmen, wobei der Therapeut ein Hilfs-Ich zur Verfügung stellt (Modelllernen). Diese „Nachreifung“ führt zu einer verbesserten Impulskontrolle und Angsttoleranz, was letztlich zu einer besseren Konfliktfähigkeit und damit zu einer Verbesserung der Beziehungsfähigkeit führt.

Die Therapie findet in einem klar strukturierten therapeutischen Setting mit dem Schwerpunkt Gruppentherapie statt. Neben einem gemeinsamem Bewegungsprogramm und Wahrnehmungsübungen (Körpertherapie) steht die Verbesserung der sozialen Kompetenz (spezielles Gruppenangebot) im Vordergrund. Analog dem Selbsthilfekonzept kommt dem Erfahrungsaustausch der Betroffenen in der Gruppe ebenfalls eine wichtige Bedeutung zu.

Bei jungen Erwachsenen mit einer Suchtproblematik steht fast regelhaft eine konfliktreiche Verstrickung mit der Herkunftsfamilie im Hintergrund. Ganz besonders für die Prognose ist es wichtig, diesen Konflikt zu thematisieren und einer Behandlung zugänglich zu machen.

Dazu sind Familiengespräche der geeignetste Weg. Sie haben eine deutlich motivationssteigernde Wirkung und verbessern die Langzeitresultate. Sie werden deshalb speziell für diese Altersgruppe als Therapiebaustein empfohlen (Sack 2002).

Auch bedarf diese Patientengruppe einer intensiven Sozialberatung. Probleme im Beruf/Berufsausbildung sowie Überschuldungen sind fast regelhaft vorhanden und fördern den Suchtkreislauf, wenn diesbezüglich keine Lösungsstrategien erarbeitet werden.

Oft besteht eine Komorbidität nichtstofflicher Süchte mit z.B. THC Abusus bzw. anderen Drogen (Alcopops). Auch hier spielt das Case Management im Klinikverbund für Integrierte Versorgung in der Psychosomatischen Medizin Südbaden eine wichtige Rolle. In Kooperation mit der Klinik Birkenbuck der Deutschen Rentenversicherung Baden Württemberg wird geklärt, in welcher Klinik die erforderliche Maßnahme am besten durchgeführt werden kann.

4.3 Besonderheiten der Station für Jugendliche (16 bis 18 Jahre)

Die Station wird im Sinn einer therapeutischen Gemeinschaft betrieben, d.h. die Jugendlichen leben dort in enger Beziehung mit den Therapeuten zusammen. Ziel ist es einerseits eine enge Betreuung zu gewährleisten, andererseits den Jugendlichen vielfältige soziale Kontakte zu ermöglichen, die sie als Lernfeld nutzen können.

Die therapeutische Grundhaltung aller Teammitglieder ist auch hier der systemischen, ressourcen- und lösungsorientierten Therapie auf dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells verpflichtet.

Aufgenommen werden Jugendliche im Alter von 16 bis 18 Jahren, nachdem zuvor mit jedem einzelnen gemeinsam mit seinen Eltern ein ambulantes Vorgespräch stattgefunden hat. In diesem Gespräch werden kurz die Vorgeschichte, aktuelle Situation, Motivation und Zielvorstellungen abgeklärt und mit den Eltern abgestimmt. Seitens der Therapeuten wird die Station mit ihrem Konzept sowie ihren verbindlichen Regeln und Strukturen vorgestellt. Beide Seiten entscheiden dann, ob sie sich eine Zusammenarbeit vorstellen können und wollen. Erst dann ist eine Aufnahme möglich und mit einem Aufenthalt für die nächsten vier Wochen verpflichtend.

Die Aufnahme erfolgt an einem Dienstag als Anreisetag gemeinsam mit ca. weiteren 5-6 Jugendlichen. In der ersten Therapiephase werden neben einer engen Anbindung an den Bezugstherapeuten verschiedene Maßnahmen wie Körpertherapie, Kunsttherapie, Sport und Bewegung, Gruppentherapie und Einzeltherapien im Vordergrund stehen. Parallel dazu sollen im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft die sozialen Kompetenzen der Jugendlichen gefördert werden, so z.B. durch gemeinsame Mahlzeiten, Küchendienste, Aufräumen usw., d.h. das Erlernen eines geregelten Alltags in möglichst großer Eigenständigkeit. Gerade am Wochenende wie abends wird eine Planung, Strukturierung und Begleitung der Freizeitaktivitäten durch die Bezugstherapeuten unabdingbar sein.

Neben diesen intensiven therapeutischen Maßnahmen bietet die Klinik die Möglichkeit des Schulbesuchs bzw. die Klärung der schulischen Perspektiven. Für Jugendliche, welche die Schule schon abgeschlossen haben, steht in einer späteren Therapiephase die Arbeitstherapie zur Verfügung, um berufliche Perspektiven zu klären.

Aufgenommen werden Patientinnen und Patienten mit allen in der Rehaklinik Kandertal üblichen Indikationen mit dem **zusätzlichen Schwerpunkt:**

- auf nichtstoffgebundener Sucht, z.B. Medienabhängigkeit, Spielsucht, Kaufsucht
- Essstörungen
- Störungsbilder, die besonders als Mischbild im Zusammenhang mit den Belastungen einer Migration auftreten wie Posttraumatische Belastungsstörung, Depression und Somatisierungsstörung.

Die Gruppe der Jugendlichen wird von Bezugstherapeuten täglich von 7 Uhr bis 22 Uhr mit teilweise einem, teilweise zwei Betreuern umsorgt, damit die Jugendlichen permanent einen Ansprechpartner für ihre Nöte und Konflikte zur Verfügung haben. Gleichzeitig tragen die Betreuer für die Einhaltung der Regeln und Hausordnung Sorge.

Die Sozialpädagogen übernehmen für die Jugendlichen die eigentlichen sozialarbeiterischen Tätigkeiten. Ebenso wird im Rahmen dieser Betreuung der Alltag mit den Jugendlichen geregelt, wie z.B. in Form von regelmäßigen morgendlichen Treffen, einer Gemeinschaftstherapiegruppe, Gruppe zur Planung der Freizeitaktivitäten usw. Weiter sind die Sozialpädagogen als Bezugstherapeuten jeweils für 3-4 Jugendliche zuständig, mit denen sie konkrete Therapieschritte erarbeiten sowie bei Konflikten und akuten Krisen zur Verfügung stehen. Nachts steht direkt auf Station eine Nachtwache zur Verfügung, die auch für die zweite Station im Nordbau zuständig ist.

Arzt bzw. Psychologe führen vor Aufnahme Vorgespräche, nehmen die Patienten auf, führen regelmäßig Einzelgespräche und ggf. Familiengespräche mit ihren Patienten und schreiben den Entlassbericht. Weiter ist jeder Therapeut für ein bestimmtes Gruppenangebot verantwortlich.

Die Patienten nehmen regelmäßig verpflichtend an nonverbalen Therapieangeboten wie Kunsttherapie und Körpertherapie in der Gruppe aber auch ggf. einzeln teil, ebenfalls absolvieren sie ein regelmäßiges, tägliches Sportprogramm. Weiter nehmen die Jugendlichen an bestimmten indikativen Gruppen bzw. einer Gruppenpsychotherapie teil.

Geplant ist mit den Jugendlichen ihre weiteren schulischen bzw. beruflichen Perspektiven zu klären. So können sie während des Aufenthaltes weiter die Schule besuchen bzw. in einer späteren Therapiephase an der Belastungserprobung und Arbeitstherapie teilnehmen. Gemeinsam mit ihren Therapeuten sollen für die Zeit nach der Entlassung gerade für diesen Bereich entsprechende Schritte geklärt und eingeleitet sein.

5. Behandlungsverlauf

Biografische Anamnese und körperliche Untersuchung (bio-psycho-soziales Konzept)

Der Erstkontakt dient in erster Linie dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Da die Patienten meist körperorientiert und symptomorientiert sind, kann aber bereits im Erstgespräch durch gezielte Fragen der bio-psycho-soziale Zusammenhang hergestellt werden. Bereits im Erstgespräch wird nach Ressourcen gefragt und durch entsprechende Interventionen eine Veränderbarkeit des momentanen Zustandes ins Blickfeld des Patienten gerückt.

Dem Aufnahmegespräch folgt eine gründliche körperliche Untersuchung. Weitere körperliche Abklärungen sind in Kooperation mit nahegelegenen Kliniken sowie der Universitätsklinik Freiburg möglich.

Bei allen erwachsenen Patienten erfolgt ein EKG, eine Blutentnahme zur Bestimmung von Blutbild, BZ, Elektrolyten, Fettstatus, Nieren und Leberwerten sowie ein Urinstatus.

Bei Kindern wird nur bei gesonderter Indikationsstellung eine Blutuntersuchung durchgeführt.



Zugangsvisite (Vorstellung der Gesamtfamilie im Stationsteam bzw. der Einzelpersonen mit Genogramm)

Das Reha-Team stellt sich der Familie vor und die Familie mit allen aufgenommenen Mitgliedern kann vom Team kennen gelernt werden.



Gemeinsame Festlegung des Rehaziels

Die in diesem Sinne verstandene multidimensionale Diagnostik mündet in konkreten, am Einzelfall orientierten Reha-Zielen, an die folgende formale Anforderungen zu stellen sind:

- Bezug zur Diagnose
- Operationalisierbarkeit
- Erreichbarkeit in der verfügbaren Behandlungszeit
- Konkrete Zielvereinbarung mit den Patienten
- Handlungsleitende Relevanz
- Transparenz und Verbindlichkeit innerhalb des Reha-Teams



Auswahl indizierter therapeutischer Maßnahmen

Ziel ist dabei nicht allein die Beseitigung von Krankheitssymptomen bzw. Störungen, sondern auch die Förderung der Autonomie, der eigenverantwortliche Umgang mit angemessenen Bewältigungsstrategien, die psycho-soziale Reintegration und damit die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Die therapeutischen Behandlungsmaßnahmen richten sich im Rahmen des systemisch-familientherapeutischen Konzeptes je nach Indikation und Einzelfall auf

- Therapieangebote für Erwachsene
- Therapieangebote für Kinder/Jugendliche
- Therapieangebote für Eltern und Kinder zusammen (Interaktionsangebote)



Fortlaufende Besprechung im Team / regelmäßige Visiten
(Überprüfung und Adaption der Therapiemaßnahmen)

Der Anspruch einer ganzheitlichen therapeutischen Behandlung im Sinne des bio-psycho-sozialen Konzeptes läßt sich nur durch ein **qualifiziertes, interdisziplinäres Rehabilitationsteam** realisieren.



Abschlussgespräch
(Erfolgsbeurteilung, Empfehlungen)

Eine erfolgreiche Rehabilitation bedarf einer guten Weiterbehandlung zur weiteren Stabilisierung, da eine Behandlung in der Regel nicht als abgeschlossen angesehen werden kann. Wir legen großen Wert darauf, dass wir sowohl vor der Rehabilitationsmaßnahme erfolgte therapeutische Angebote anknüpfen als auch bei Entlassung die weiterführenden Maßnahmen gut besprochen werden bis zu dem Punkt, dass bereits die entsprechenden Kontakte bei Entlassung gebahnt sind.

6. Therapieangebote

Unsere Therapieangebote sind so aufgebaut, dass es ein für alle verbindliches Basisprogramm gibt. Eine Befreiung von der Teilnahme erfolgt nur in Ausnahmefällen und nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. Darauf aufbauend gibt es spezielle Therapieangebote, die je nach Rehaziziel verordnet werden. Die Therapieangebote für Kinder und Jugendliche sind für die jeweilige Altersgruppe spezifiziert.

6.1 Therapieangebote für Erwachsene in der Abteilung Familienrehabilitation und in der Abteilung Jugendliche und junge Erwachsene

6.1.1 Basisangebote:

Die Klinik fühlt sich einem salutogenetischen Konzept verpflichtet. Alle Patienten nehmen an einem Informationsprogramm teil, das über die wesentlichen gesundheitsfördernden und -erhaltenden Faktoren aufklärt. Themen wie Streßbewältigung, Ernährung, Rauchen und Alkohol sowie der Einfluß von Bewegung sind die Inhalte. Je nach Motivation erfolgt dann die Zuweisung zu besonderen Therapieprogrammen wie Adipositasgruppe mit Lehrküche, Nichtrauchertraining o.ä.

Die Basisangebote sind:

- Einführung in das Behandlungskonzept
- Elterngruppe für Erziehungsfragen
- Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Jacobsen Training)
- Walking
- Rückenschule
- Wirbelsäulengymnastik
- Wassergymnastik
- physiotherapeutische Maßnahmen
- Gesundheitsseminare
- Freizeitpädagogische Angebote

6.1.2 Indikationsspezifische Therapieangebote:

- tiefenpsychologisch orientierte Einzelgespräche
- tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie
- Gruppe zur Depressionsbewältigung
- Gruppe zur Angstbewältigung
- Skillstraining (Persönlichkeitsstörungen, Ängste zur Spannungsminderung)
- Suchtgruppe
- Schmerzgruppe
- Gruppe für Migranten
- Gruppen zur Förderung der sozialen Kompetenz
- Asthmaschulung
- Adipositasgruppe
- HKS Elterngruppe
- Paar- und Familiengespräche
- Kunsttherapie
- Körpertherapie
- Krankengymnastik
- Physikalische Therapie (Massagen, Medizin. Bäder, MTT, Sport)
- Bewegungstherapie
- Sozialtherapie (z.B. berufliche, rechtliche und finanzielle Beratung)
- Belastungserprobung

6.2 Therapieangebote für Kinder und Jugendliche in der Abteilung Familienrehabilitation und für Jugendliche in der Abteilung Jugendliche und junge Erwachsene

6.2.1 Basisangebote

- sozialpädagogische Kindergruppe
- Bewegungstherapie
- Sport und Schwimmen
- Klinikschule

6.2.2 Indikationsspezifische Therapieangebote:

- pädiatrische Versorgung
- Spieltherapie
- Kunsttherapie
- heilpädagogische Förderung (einzeln und in Gruppen)
(Mädchengruppe, Jungengruppe)
- themenzentrierte Kindergruppen
- Bewegungstherapie (einzeln und in Gruppen)
- HKS Gruppe
- Physiotherapie
- Asthmaschulung
- Adipositasgruppe
- Entspannungsgruppen
- Gezielte Förderung in der Klinikschule
- Belastungserprobung
- Mitarbeit Gärtnerei, Schreinerei, Forstarbeiten
- Freizeitprojekte und freizeitpädagogische Angebote

6.3 Gemeinsame Therapieangebote für Eltern und Kinder in der Abteilung Familienrehabilitation

- Familiengespräche
- Eltern-Kind-Kunsttherapie
- Eltern-Kind-Psychomotorik
- heilpädagogische Behandlung der Familien
- Gruppe zur Förderung sozialer Kompetenz
- Eltern-Kind-Massage
- vielfältige freizeitpädagogische Angebote

7. Qualifikationen der Mitarbeiter

- Chefarzt (FA für Psychotherapeutische Medizin/FA für Pädiatrie/Psychotherapie/ Psychoanalyse, Diplom-Psychologe)
- Oberärztin (FA für Psychiatrie/Psychotherapie, Diplom-Psychologin)
- Stationsärztinnen (Innere Medizin, Sozialmedizin, Pädiatrie – alle mit/in psychotherapeutischer Weiterbildung)
- Diplom-PsychologInnen (Psychologische Psychotherapeuten/Kindertherapie)
- Kinder-/Krankenschwestern

Die Fachtherapeuten sind:

- Heilpädagogen
- Bewegungstherapeuten
- Sozialpädagoge
- Physiotherapeuten
- Kunsttherapeut
- Körpertherapeut
- Freizeitpädagoge
- Diätassistent
- Erzieher
- Sonderpädagogen/Lehrer

Zudem wird ein eigenes Labor für die kleine Labordiagnostik sowie Funktionsdiagnostik (EKG, Lungenfunktion, 24 Std. RR) betrieben. Weitere diagnostische Maßnahmen sind in Kooperation mit den benachbarten Kliniken sowie einem Labor möglich.

8. Kooperationsstrukturen innerhalb und außerhalb der Klinik

Im Hinblick auf die Patientenversorgung begreift sich die Klinik als Teil der therapeutischen Versorgung und kooperiert eng mit:

- Den Kliniken des **Verbundes für Integrierte Psychosomatische Medizin Südbaden**
- Vorbehandelnden niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten
- Beratungsstellen und vielfältigen (teil-)stationären Diensten
- Sozialdiensten von Krankenhäusern
- regional erreichbaren Konsiliardiensten im ambulanten und stationären Bereich
- Sozial- und Jugendämtern
- Einrichtungen der Familienhilfe.

Besondere Chancen bietet der **Verbund für Integrierte Psychosomatische Medizin Südbaden**. Er bündelt nicht nur über 450 Betten der akuten und rehabilitativen Versorgung, sondern auch die dahinterstehende fachliche Kompetenz. Hiervon profitiert der Patient, in dem er darin unterstützt wird, den für ihn optimalen Behandlungsplatz zu finden. Außerdem stellen sich die am Verbund beteiligten Kliniken ihre spezifischen Fachkompetenzen gegenseitig zur Verfügung. So bringt die Rehaklinik Kandertal ihre Erfahrung und ihre Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in den Verbund ein. Für die Belastungserprobung werden von allen im Verbund beteiligten Kliniken die hervorragend ausgestatteten Werkstätten an der Klinik Birkenbuck der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg genutzt.

Zur optimalen Patientensteuerung ist die Etablierung eines Case-Managements vorgesehen. Ziel ist es für jeden Patienten, der einer der beteiligten Kliniken zugewiesen wird, indikationsspezifisch die geeignetste Klinik zu finden und ihn direkt ohne großen bürokratischen Aufwand dorthin zu vermitteln.

Zum Klinikverbund gehören:

- Rehaklinik Glotterbad der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Rehaklinik Birkenbuck der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Rehaklinik Kandertal der Kur + Reha GmbH
- Thure-von-Uexküll-Klinik (ehemals Georg Groddeck Klinik) der Kur + Reha GmbH

Eine fachliche und wissenschaftliche Kooperation besteht darüber hinaus zu

- der Abt. Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin der Universitätsklinik Freiburg (Prof. Wirsching).
- dem Hochrheininstitut – Institut für Rehabilitationsforschung in Bad Säckingen (Prof. Jäckel).
- und projektbezogen mit anderen universitären Einrichtungen

Um Kooperation, Diskussion und Interessensaustausch einen verbindlichen Rahmen zu bieten, haben wir in den vergangenen Jahren jährlich ein Fachforum in der Klinik Glotterbad – Fachklinik für Familienrehabilitation durchgeführt. Neben der Fachtagung zum 10jährigen Bestehen der Familienrehabilitation (2004) mit einer breiten Vorstellung unserer Arbeit standen dabei auch immer wieder spezifische Indikationsbereiche, wie zum Beispiel Hyperkinetisches Syndrom bzw. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom im Mittelpunkt.

9. Dokumentation und Wissenschaft

Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Rehabilitationsprozesses ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal, das auf mehreren Ebenen realisiert wird:

- Teilnahme an Reha-Forschungsprojekten (z.B. des Hochrhein-Institutes für Reha-Forschung)
- Durchführung von Therapie-Forschungsprojekten (z.B. mit der Universität Freiburg)
- Basisdokumentation und Patientenbeurteilungsfragebögen
- Durchführung wissenschaftlicher Vortrags- und Fortbildungsveranstaltungen
- Durchführung von wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten
- Entwicklung wissenschaftlicher Teilbehandlungskonzepte (z.B. Fachkonzepte für den Bereich Pädiatrie)

10. Struktur der Rehaklinik Kandertal

Die Rehaklinik Kandertal ist eine Fortschreibung und Weiterentwicklung der seit über 10 Jahren erfolgreichen Arbeit in der Fachklinik für Familienrehabilitation Glotterbad im Glottertal. Dort wurden in einem zukunftssträchtigen Modell Familien behandelt, so dass nun am neuen Standort Kandertal die Bettenkapazität auf 140 Betten (ca. 55 Plätze für Erwachsene und ca. 85 Plätze für Kinder und Jugendliche) erhöht werden konnte. In einer zweiten Abteilung werden für Jugendliche und junge Erwachsene ohne Kinder im Alter von 16 bis 35 Jahren weitere 40 Betten für psychosomatische/psychovegetative Erkrankungen und psychische Erkrankungen vorgehalten.

In der Familienrehabilitation stehen den Patienten Appartements mit Nasszelle, Fernseher, Telefon und einer separaten Unterbringung von Eltern und Kind(ern) zur Verfügung. Alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden in Einzelzimmern untergebracht.

Die Rehaklinik Kandertal ist für alle Kostenträger in der **gesetzlichen Krankenversicherung** entsprechend dem Versorgungsvertrag vom 01.08.2005 als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V zugelassen. Zuweisungen der **Rentenversicherungen** erfolgen auf der Grundlage des §15 SGB VI (Erwachsene) und des §31 Abs1 Nr.4 SGB VI (Kinder und Jugendliche). Die Mitaufnahme von Eltern mit rehabilitationsbedürftigen Kindern ist über §5 Abs. 2 der Kinderheilbehandlungsrichtlinien möglich.

Gleichfalls hat die Abteilung II Jugendliche und junge Erwachsene der Rehaklinik Kandertal mit Wirkung zum 01.12.2005 den Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V für stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 2 SGB V mit Unterkunft und Verpflegung erhalten.

Aufgrund des besonderen Modellcharakters des Klinikkonzeptes im Kontext der stationären medizinischen Rehabilitation wird die Klinik bundesweit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern belegt.

Trägerin der Klinik Ist die Kur + Reha GmbH des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, LV Baden-Württemberg, die zugleich auch Trägerin der staatlichen Klinikschule ist, in der wir alle schulpflichtigen Kinder und Jugendliche individuell pädagogisch fördern und betreuen.

Freiräume zur Entfaltung

In der Rehaklinik Kandertal werden Familien in einem der 52 geräumigen Appartements (alle mit Du/WC, TV, Telefon, Babyfon) untergebracht. Die Klinik ist bestens ausgestattet, die Patienten können auch außerhalb der Therapie Schwimmbad, Saunalandschaft und das Fitness-Studio nutzen. Die Freizeitmöglichkeiten sind groß: Ausflüge in die Umgebung, Wandern, Skilanglauf, Nordic Walking, Mountainbiken, Minigolf, Kegeln, Billard und vieles mehr.

Übrigens: Die Rehaklinik Kandertal hat eine eigene, **staatlich anerkannte Klinikschule** (mit vielen Fördermöglichkeiten).



Das Therapieangebot

Im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts, entsprechend den individuellen Bedürfnissen zusammengestellt:

Psychotherapie;

Entspannungstherapie;

Bewegungstherapie, Krankengymnastik,

Heilpädagogik;

balneo-physikalische Maßnahmen;

medikamentöse Therapie;

Gestaltungs-, Kunsttherapie;

Sozialtherapie und Beratung.

Die Indikationen

für Familien:

- affektive Störungen (Depression)
- Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Symptomen (Essstörungen, Schlafstörungen)
- Asthma
- chronische internistische Erkrankungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen
- Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Hyperaktivität
- Lern-, Leistungs-, Teilleistungsstörungen
- Hauterkrankungen

für junge Erwachsene (16-35 Jahre) zusätzlich:

- Störungsbilder im Zusammenhang mit Migration (kulturelle und sprachliche Integrationsbarrieren)
- stoffungebundene Süchte (Spielsucht, Kaufsucht, Computer- und Internetsucht)
- Essstörungen



Erfolgreiche Therapie - seit Mai 2005 an einem neuen Standort

Nach 10 Jahren erfolgreicher Familienrehabilitation ist die Fachklinik Glotterbad im Mai 2005 aus dem Glottertal bei Freiburg ins Kandertal gezogen. In der Rehaklinik Kandertal konnten wir unser Angebot deutlich erweitern.

ehemalige Fachklinik Glotterbad



Rehaverbund - für beste Qualität

Um Ihnen eine optimale Versorgung zu bieten, kooperieren wir im **Rehaverbund Südbaden** u.a. mit den Rehakliniken Birkenbuck und Glotterbad der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, der Thurevon-Uexküll-Klinik (Akutklinik für Psychosomatik), darüber hinaus mit den weiteren Kliniken der Kur + Reha GmbH und der Universitätsklinik Freiburg.

Rehaklinik *Kandertal*

Fachklinik für Familienrehabilitation

ehemals Fachklinik Glotterbad

Familienmedizin
Psychosomatische Medizin
Innere Medizin
Kinderheilkunde

Abteilung I:
Familienrehabilitation

Abteilung II:
Reha für junge Erwachsene

79429 Malsburg-Marzell

Telefon 0 76 26/9 02-200

Telefax 0 76 26/9 02-900

Rehaklinik-Kandertal@kur.org

Chefarzt: PD Dr. med. Dipl. Psych. H. Stegner

Träger: Kur + Reha GmbH
des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes BW

Nutzen Sie unsere zentrale
Informations- und Belegungsstelle -
kostenlos!

Tel. 0800 2 23 23 73

Infos auch unter <http://www.kur.org>