

Die Bernhard –Salzmann-Klinik



Es ist gleich 8.30 Uhr an einem schönen Sommertag, der heiß zu werden verspricht. Aber ich nutze nicht die Zeit um die Sonne zu genießen, ich sitze im Auto und suche mir den Weg zur Bernhard-Salzmann-Klinik in Gütersloh. Dazu bin ich nun seit 2 Stunden mit dem Auto unterwegs. Außerhalb der Stadt komme ich auf ein großes weitläufiges Gelände mit sehr altem Baumbestand. Buchen, Eichen, Trauerweiden. Um zur Bernhard-Salzmann-Klinik zu gelangen, fahre ich zunächst durch das Gelände der Westfälischen Klinik Gütersloh. Beide Kliniken sind miteinander fusioniert, wie man heutzutage so schön sagt.

Nach einiger Zeit stehe ich nun vor dem Gebäude für den Ärztlichen Dienst. Meine BB-

Tropfen, die ich in letzter Minute einpackte, nehme ich nun doch nicht, ich fühle mich mutig genug für diesen Tag und wir wollen es ja nicht übertreiben und gleich zum Rebell werden. Georgios Mantikos, der Oberarzt, erwartet mich mit bereitgestelltem Kaffee, den ich dringend benötige und dann steigen wir sofort ein in ein äußerst angeregtes Gespräch über ca. 1 ½ Stunden.

Weshalb fahre ich überhaupt zu dieser Klinik? Der Grund ist einfach: FAS!

Was ist FAS? - fragen sich sicher nun viele Leser, wer aber unsere Homepage kennt, der wird auch FAS kennen gelernt haben und ich werde auch nicht näher auf dieses Thema eingehen. Diese Klinik hier arbeitet im Suchtbereich, genauer gesagt wird dort Medizinische Rehabilitation durchgeführt mit einer Therapiekonzeption für die Mutter-Kind-Therapie.

Zitat aus der Klinikbroschüre:

„Es gibt in Deutschland über eine Million suchtkranke Frauen, darunter auch schwangere Frauen und Mütter mit Kleinkindern. Viele von ihnen haben den Wunsch, sich einer Therapie zu unterziehen, wenn auf ihre speziellen Bedürfnisse eingegangen würde. In unserer Klinik besteht die Möglichkeit, schwangere Frauen zu behandeln und noch nicht schulpflichtige Kinder mit in die Therapie zu bringen, die während der Therapiezeit ihrer Mütter hier betreut werden. Die Mutter-Kind-Station der Klinik ist eine von sechs Stationen.“

Zur Entstehung dieses Konzeptes erzählte mir Frau Herold vom Stationspersonal, dass sie eine Frau in Therapie hatten, deren Schwangerschaft nicht bekannt war. Sie hat ganz überraschenderweise Wehen bekommen und ein Kind als Frühgeburt zur Welt gebracht. Damit ihre Entwöhnungstherapie nicht unterbrochen werden musste, hat eine kuragierte Mitarbeiterin der Klinik kurzerhand ein Zimmer als Mutter-Kind-Zimmer eingerichtet. Dies war im eigentlichen Sinne die Geburtsstunde dieser Abteilung. Bald merkten Ärzte und Therapeuten, dass hier definitiv ein Bedarf besteht und verlegten die Station in einen anderen Haus mit größeren Trakt, der sogar noch eine Erweiterung bekam. Zu dieser Zeit wurden auch ausschließlich Mütter mit Kindern aufgenommen. So kam es, dass zur ‚Hoch-Zeit‘ bis zu 19 Kinder auf der Station waren.

Zitat aus der Klinikbroschüre:

„Warum wir uns besonders an suchtkranke schwangere Frauen und suchtkranke Mütter richten“:

Kinder von suchtkranken Frauen sind in vielfacher Hinsicht gefährdet:

- Durch die allgemein bekannte teratogene Wirkung von Suchtmitteln im Mutterleib.
- Durch die Suchterkrankung ist die Frau nicht in der Lage, ihre Funktion als Mutter vollständig zu erfüllen. Daraus resultiert eine reduzierte oder ganz vernachlässigte Aufrechterhaltung des Familienalltages.
- Durch das gestörte Familiensystem einer Suchtfamilie kommt es oft zu Rollendiffusionen, die die Kinder psychisch belasten. (z.B. musste ein 12-jähriges Mädchen sich um ihre erheblich jüngere Schwester kümmern. Da sie durch diesen Umstand hoffnungslos überfordert war, kam es auch vor, dass sie mitten in der Nacht der Schwester ein Video in den Kasten schob, damit sie selber schlafen konnte, denn morgens musste sie zur Schule.
- Die Suchterkrankung hemmt die Mutter häufig, ein konsequentes Erziehungsverhalten zu verwirklichen. Es kommt zur „Schaukelerziehung“ zwischen Vernachlässigung und Verwöhnen. Ebenso fehlt der kreative Umgang mit dem Kind oft ganz. Auch zeigen sich diese Kinder besonders schwierig, sei es aus organischen Entwicklungs- und Reifungsstörungen, sei es aus pädagogischen oder emotionalen Defiziten.
- Die Eltern, in diesem Fall besonders die suchtkranken Mütter, ermöglichen den Kindern keine positiven Identifikationsmodelle.
- Die Suchterkrankung führt die Mutter in eine Isolation, soziale Kontakte brechen ab, worunter auch die Kinder zu leiden haben. Als Folge können z. B. Deprivation und Retardierung auftreten. Die Entscheidung dieser Mütter zu einer Therapie gestaltet sich besonders schwierig, wenn diese Mütter ihre Kinder nicht m Stich lassen wollen und es ihnen nicht gelingt, für die Therapiezeit eine für sie akzeptable Betreuungsmöglichkeit zu finden.

Die Mutter-Kind-Station existiert seit 1984.“

Wie kommen die Frauen zu einem Therapieplatz?

Zunächst ist es notwendig, dass sie die eigene Abhängigkeit erkennt und den Willen hat etwas zu ändern. Sie sucht eine Suchtberatungsstelle auf, welche gemeinsam mit der Patientin die Reha-Behandlung in die Wege leitet. Kostenträger sind: die LVA, die BFA oder das Sozialamt. Voraussetzung zum Antritt der Reha-Therapie ist Freiwilligkeit und eine durchgeführte Entgiftung. Diese wird z.B. in der Westfälischen Klinik Gütersloh oder einer anderen psychiatrischen Klinik durchgeführt.

Ich frage Herrn Mantikos, ob es auch Gynäkologen oder Pädiater gibt, die ihren Patientinnen eine Therapie nahe legen?

Dies kommt in den allerseltensten Fällen vor. Möglicherweise liegt hier der Grund in wirtschaftlichen Erwägungen. Mag sein, dass niedergelassene Ärzte sich scheuen, einen Verdacht auf Alkoholabhängigkeit auszusprechen, um die Patienten nicht zu verlieren. Chefarzt Dr. med. Ulrich Kemper sagte mir allerdings am Telefon vor einigen Wochen, dass es niedergelassene Gynäkologen gibt, die eine psychologische Zusatzausbildung absolviert haben und ihre Patientinnen, sofern hier keine Alkoholabhängigkeit sondern lediglich Alkoholmissbrauch vorliegt, ambulant betreuen und therapieren.

Wie lange dauert die Therapie und was ist, wenn eine Schwangere zwischendurch entbindet?

Die Therapie bei Alkoholabhängigkeit ist begrenzt auf 16 Wochen, sollte eine schwangere Frau in dieser Zeit ihren Entbindungstermin haben, so wird sie in dieser Zeit auf einer normalen Frauenstation aufgenommen. Für den Fall, dass Komplikationen beim Kind erwartet werden, entbindet die Mutter in Bielefeld, weil dort eine Kinderklinik angeschlossen ist. Nach der Entbindung kann die Mutter mit dem Neugeborenen ihre Therapie in Gütersloh fortsetzen.

Wie sehen die Aufnahmebedingungen aus?

Zitat aus der Klinikbroschüre:

„Folgende Aufnahmekriterien sollten erfüllt sein:

- Abgeschlossene Entzugsbehandlung
- Gesicherte Diagnose der Abhängigkeitserkrankung
- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsbedürftigkeit“
-

Auf der Mutter-Kind-Station werden alkohol-, medikamenten-, spiel- und drogenabhängige Frauen gemeinsam, dem integrativen Behandlungsansatz entsprechend, behandelt. Es können schwangere Frauen und Mütter mit bis zu zwei Kindern im Vorschulalter aufgenommen werden. Die Klinik nimmt auch Frauen ohne Kinder auf. Dieses Konzept der gemischten Therapie hat sich bewährt laut Aussage des Stationspersonals. Früher waren wesentlich mehr Kinder auf der Station, dies hat naturgemäß einen erhöhten Geräuschpegel zur Folge. Wenn man außerdem noch bedenkt, dass es sich bei den Kindern möglicherweise um FAS-Kinder oder auch aufgrund der Familiensituation um verhaltensauffällige Kinder handeln kann, so ist leicht vorstellbar, welche Belastungen auf dem zu betreuenden Personal und auf den Müttern ruhten, die doch eigentlich dazu da waren, um für sich etwas tun zu können. Die Aufnahme von Frauen ohne Kinder und auch aus anderen Suchtbereichen hat zum Vorteil, dass die allein stehenden Patientinnen von sich aus den Müttern Hilfe sind, indem sie sich bei der Kinderbetreuung einbringen, außerdem ist der Austausch und das Gespräch über die verschiedenen Suchtthemen offener. Es ist insgesamt ruhiger auf der Station und die Therapie verläuft ungestörter. Durch die kleineren Gruppen in dem hauseigenen Kindergarten ist es auch den Erzieherinnen möglich sich eher dem einen oder anderen Kind besonders zu widmen.

Zitat aus der Klinikbroschüre:

„Unserer Erfahrung nach ist es therapeutisch sinnvoller, wenn Mütter mit nur einem Kind zur Therapie kommen, denn die Versorgung von zwei Kindern neben den Belastungen einer stationären Therapie erfordert eine erhebliche Anstrengung.

Vor Therapiebeginn ist eine Entgiftung der Frauen erforderlich. Die Mütter sind in der gesamten Behandlung für ihre Kinder verantwortlich und betreuen sie in der therapiefreien Zeit selbst. Somit ist eine Mutter-Kind-Entgiftung bei uns nicht möglich. Sinnvoll ist ebenfalls vor Therapiebeginn die Durchführung einer psychologisch/medizinischen Diagnostik der Kinder, um mögliche Entwicklungsverzögerungen bzw. -störungen abzuklären. Die Kostenübernahme für die Mutter selbst stellt erfahrungsgemäß keine Schwierigkeiten dar. Diese wird im üblichen Rahmen bei den zuständigen Leistungsträgern beantragt. Die Kinder bleiben während der Behandlung in der Obhut der Mutter und werden während der therapeutischen Maßnahme in unserem hausinternen Kindergarten von Erzieherinnen betreut. Die Leistungsträger bezahlen die Unterbringung der Kinder in der Regel aus den Mitteln der so genannten Haushaltshilfe, so ergibt sich in der Regel keine Schwierigkeit in der Finanzierbarkeit in der Unterbringung für das Kind.

Es ist ratsam, mit den Leistungsträgern selbst die Kostenübernahme für das Kind vorher telefonisch abzuklären. In der Begründung kann hier auf eine ggf. notwendige Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung hingewiesen werden. Falls ein Leistungsträger eine Zahlung ablehnt, empfiehlt es sich, beim zuständigen Jugendamt oder beim zuständigen Sozialhilfeträger eine Übernahme der Kosten anzufragen.“

Zur Entgiftung ist eine Einweisung eines niedergelassenen Arztes notwendig. Schon die Entgiftung bei einer Schwangeren ist gar nicht so unproblematisch. Sie dauert insgesamt 10 Tage.

„Entgiftungen bei Drogenabhängigen verlaufen komplikationsloser!“ berichtet Herr Mantikos. Allerdings kann er nicht auf Einzelheiten eingehen, weil dies nicht auf der Station durchgeführt wird. Bei Alkoholabhängigkeit kann es zu Krampfanfällen, Delirium tremens und Herzproblemen kommen. Der Entzug wird vorsichtig medikamentös begleitet in Abhängigkeit vom Alter des Ungeborenen. Fehlgeburten können u.U. auftreten. Hier sehe ich noch Bedarf, sich mit den entsprechenden Ärzten, die diese Entgiftung vornehmen, zu unterhalten.

Im weiteren Gesprächsverlauf kamen wir auf den sprichwörtlichen ‚Hund‘ der hier begraben liegt zu sprechen. Ich berichte kurz, wie es vor Jahren in dieser Klinik ausgesehen hat und man kann aus diesen wenigen Sätzen erkennen, was verloren gegangen ist: Zu jener Zeit wurde der Klinik ein höherer Pflegesatz für die begleitenden Kinder gezahlt. Aus diesem Grunde und durch geschicktes Klinikmanagement war mehr Personal vorhanden und dies wurde auch positiv für die Kinder eingesetzt. Gab es auffällige Kinder – z.B. aufgrund von Gesichtsdysmorphien, des Verhaltens, Zeichen von Deprivation oder was auch immer – wurden diese Herrn Professor Hermann Löser in der ca. 55 km entfernten Uni-Klinik Münster vorgestellt, teilweise begleitete Klinikpersonal die Kinder. Dort wurde dann – entsprechend dem vorliegenden Befund – die Diagnose gestellt und mit den Kindern konnte Frühförderung oder andere notwendige Therapien durchgeführt werden und die Mütter wurden über die Krankheit der Kinder aufgeklärt. In bestimmten Fällen kam Professor Löser auch zur Diagnostik nach Gütersloh. Durch die Reformen kann die Klinik dies seit 1997 nicht mehr leisten, weil der Pflegesatz drastisch gesunken ist, er liegt bei ca. 33,- Euro/Tag. Das Personal musste reduziert werden und man kann sich ausschließlich um die Frauen kümmern. Es gab erhebliche Bemühungen seitens der Klinik, diesen Zustand zu verhindern, sie hat sich auch mit dem Landesjugendamt in Verbindung gesetzt – ohne Erfolg. Die Kinder werden nun lediglich von zwei Erzieherinnen betreut. Bzw. gibt es eine Vollzeitkraft und eine Teilzeitkraft. An den Nachmittagen ist eine Mutter zusammen mit der Vollzeitkraft für die Betreuung der Kinder im Kindergarten zuständig

Werden die Mütter über die Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft aufgeklärt?

Im Prinzip: „JA“ - ABER --- Eine Aufklärung über die Folgen in der Schwangerschaft wird im Rahmen von ärztlichen Vorträgen gestaltet. Natürlich gibt es auch Einzelgespräche, jedoch muss der behandelnde Therapeut immer abwägen, inwieweit die Mutter mit den Tatsachen einer bereits vorhandenen Schädigung ihres Kindes konfrontiert werden kann, dies u. U. auch noch in einer sensiblen Phase. Die Patientinnen müssen an vier ärztlichen Vorträgen teilnehmen – die Wahl des Themas bleibt ihnen überlassen. Sehr gerne angenommen wird das Thema: „Kinder aus Suchtfamilien“ weil sich die Patienten auch selber wieder erkennen können in Bezug auf ihre eigenen Herkunftsfamilie. .

Das Therapeutische Team setzt sich zusammen aus Mitarbeiter/Innen der Berufsgruppen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Diplom-Pädagoge, Diplom-Sozialarbeiter/-pädagogin, Suchtfachpflegekräfte. Zur Betreuung der Kinder gehören dem Team Erzieherinnen an. Stationsübergreifend werden Angebote in der Ergo- und Gestaltungstherapie angeboten, in der Bewegungs- und Physiotherapie. Aus allen Arbeitsbereichen setzt sich dann das multiprofessionelle Team zusammen, das in einem wöchentlichen Team zusammenarbeitet.

Früher hatte der Arzt direkt auf der Station ein Zimmer. Dies führte aber dazu, dass die Frauen ständig irgendwelche Fragen und Probleme hatten. Durch die räumliche Entfernung (ein eigener Ärztetrakt etwa 500 m entfernt) wurde dies geändert. Sofern eine der Mütter zusätzlich einen Facharzt benötigt bekommt sie eine Liste der ortsansässigen Ärzte, muss sich selber einen Termin besorgen und auch selber dafür Sorge tragen, dass sie ihn einhält. Vor dem Klinikgelände ist eine Bushaltestelle, von daher ist eine Anbindung an die Stadt Gütersloh kein Problem. Dies führt zu einem Stückweit mehr Eigenständigkeit. Die Frauen kommen häufig und klagen über ein überaus wichtiges gesundheitliches Problem, möchten vom Stationspersonal einen Termin beschafft haben. Sobald dies in der eigenen Verantwortung liegt ist diese Sache auf einmal nicht mehr unbedingt so wichtig. Dies zumindest sind die Beobachtungen des Personals. Auf der anderen Seite nehmen die Frauen dieses Angebot eines externen Facharztes auch gerne an, denn sie merken, aufgewacht aus ihrem Suchtkreislauf, wie sie sich selber persönlich vernachlässigt haben.

Therapie

Zitat aus der Klinikbroschüre:

- Psychosoziale Betreuung und Beratung der werdenden Mutter, **realistisch**, unter Berücksichtigung der Fragen einer evtl. Schwangerschaftsunterbrechung oder

Adoption, aber mit dem Ziel des Erreichens einer Akzeptanz der oft unerwünschten Schwangerschaft.

- Eine bestmögliche Betreuung der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der evt. Risikofaktoren (Schwangerschaftsgymnastik, Vorbereitung auf natürliche Entbindung).
- Eine optimale Durchführung der Risikogeburt, um möglicherweise bereits aufgetretene kindliche Suchtmittelschäden rechtzeitig zu erkennen und zu therapieren.“

Die Therapie besteht – laut Herrn Mantikos – aus:

Einzeltherapie, Gruppentherapie, Familiengesprächen, Gestaltungstherapie, Arbeitstherapie
- auf die einzelnen Therapieformen werde ich später eingehen.

Von dem Oberarzt erfahre ich noch, dass Professor Klein der Katholischen Fachhochschule in Köln Forschungen betreibt über Kinder aus Suchtfamilien.

(Info zu Prof. Klein: <http://www.addiction.de/index2.htm>) Es geht um die sozialen Folgen, um Ausarbeitung hilfreicher Prävention. Dazu gibt es einen bundeseinheitlichen Fragebogen, der über Kliniken und Kinderärzte verteilt wird. Die Ergebnisse werden für das Jahr 2004 erwartet.

Nun werde ich „weitergereicht“ an die Therapeuten und das Stationspersonal. Im Stationszimmer erläutere ich kurz wer ich bin, woher ich komme, was FASworld ist – und – wir waren gleich beim Thema des Personals. Es ist ein persönliches familiäres Problem eines Mitarbeiters und beschäftigt sie intensiv.

Also, wie man sieht – FAS – ist allgegenwärtig. Zu einem Gespräch gehe ich mit Frau Hülser, der Dipl.-Sozialarbeiterin in ihr Zimmer – auf dem Weg dorthin frage ich mich, was ich hier eigentlich mache? Eigentlich könnte ich auf der Terrasse liegen und die Sonne genießen. Aber zurück zu meinem Gespräch mit Frau Hülser.

Zunächst erfahre ich, dass das Einzugsgebiet der Klinik bundesweit ist, das war mir neu. Es scheint auch nicht allzu viele Kliniken zu geben die Therapien für Schwangere anbieten. Hier erfahre ich auch wieder, dass die Frauen selbständig zu den Suchtstellen gehen. In einigen Fällen kommt es zu einer Reha-Maßnahme auch durch aufmerksame Betreuer der Kinder – z.B. im Kindergarten. Sie stellen möglicherweise Verhaltensstörungen der Kinder fest oder dass die Mutter die Kinder ab und an mit ‚Fahne‘ abholt. Wird hier das Jugendamt eingeschaltet, so kann es auf diesem Wege zu einer Betreuung der Familie kommen und auf diesem Weg auch der Weg freigemacht werden zu einer sinnvollen Reha-Therapie. Dies geschieht durch behutsamen Umgang der JA-Mitarbeiterin und vorsichtiges Herantasten an die Problematik. (das gibt es auch)

Ihre Erfahrungen mit den Jugendämtern sind sehr unterschiedlich. Die Zusammenarbeit mit den Ämtern reicht von – Sehr gut – bis schlecht. In einem Fall hat sie sich sehr bemüht, mit einer Patientin eine geeignete Therapiestelle zu bekommen (Mutter-Kind-Einrichtung) für eine junge Mutter mit Kleinkind in Absprache mit dem zuständigen Jugendamt – durch Betreuerwechsel haben sich die Prämissen geändert, sie hatte keine schriftliche Zusage des erklärten Ziels des JA's. Letztlich scheint der ganze Vorgang gestrichen worden zu sein wegen Geldmangels, die Kosten für die notwendige, vom JA mit angestrebte Unterbringung wurden nicht übernommen.

Die Zusammenarbeit mit anderen Jugendämtern (hier wurde vor allem Hannover gelobt) klappt meist sehr gut. In einem Fall kam sogar eine JA-Mitarbeiterin mit den zwei Kindern einer Patientin zum Besuchskontakt, sie kümmerte sich auch in der Zwischenzeit um die Frühförderung für die Kinder, so dass ein Zusammenleben mit den Kindern nach der Therapie der Mutter auf besseren Fundamenten beruhte.

In der Therapie wird mit den Frauen auch über die Schäden von Alkohol in der Schwangerschaft gesprochen – es wird aber nicht unbedingt jede einzelne Mutter angesprochen wenn der Verdacht auf FAS vorliegt. Und nun höre ich zum zweiten Mal, wie

gut es ‚früher‘ gewesen ist, dass man mit den Kindern Diagnostik und Frühförderung machen konnte usw. Aufklärung über die Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft. Es ist eine Gratwanderung! Die Frauen machen eh eine schwierige Phase durch, werden u.U. einzig durch die Tatsache, dass sie ihr Kind bei sich haben – oder wegen Schwangerschaft aufrecht gehalten und diese Beziehung wird getrübt durch die Wahrheit. Durch unsensibles Vorgehen kann es zu Abblockverhalten oder gar zu vorzeitigem Therapieabbruch kommen. Die Mitarbeiter kennen die äußeren Kennzeichen und sehen, wenn sie geschädigte Kinder vor sich haben. Ich stelle es mir sehr schwer vor, diesen Weg zu gehen, manchmal zusehen zu müssen, dass NICHTS geschieht oder ALLES geschieht, wie man es nimmt. Im letzten Jahr sind genau zwei schwangere Frauen da gewesen – beide haben die Therapie abgebrochen – zumindest von einer Frau sagt Frau Hülser, dass sie sich sicher ist, dass diese nicht weiter getrunken hat – zumindest nicht solange sie schwanger war.

Wie ist der Kenntnisstand der Mütter über Schäden von Alkohol in der Schwangerschaft?

Die Kenntnisse differieren erheblich – sie reichen von – „fast gar nichts“ bis zu „recht guten Kenntnissen“ über die Folgeschäden. Über die Folgen von Rauchen in der Schwangerschaft ist fast mehr Wissen vorhanden und trotzdem wird in der Schwangerschaft geraucht. Auch die übrigen Frauen sind nicht an einer Raucherentwöhnung interessiert. Sie wird zwar angeboten, aber kaum angenommen. Hier gibt es Aussagen wie: „Ich habe in der Schwangerschaft auch geraucht und das Kind ist gesund.“ „Ich will vom Alkohol wegkommen, da brauche ich meine Zigaretten.“

Wo sollte Ihrer Meinung nach eine Aufklärung stattfinden?

- In der Grundschule – die eigene Tochter kam schon mit den Sätzen nach Hause: „Alkohol schadet den Babys in der Schwangerschaft.“
- In der Pubertät – z.B. im Rahmen der Rötelnimpfung
- Bei Gynäkologen, dort sollte zumindest genügend Infomaterial eventuell auch ein Plakat ausgehängt werden. Ihre eigenen Erfahrungen der Aufklärung über Schwangerschaft sind auch äußerst dürftig
- Durch den Mutterpass

Als ich von den allgemeinen unterschiedlichen Erfahrungen über FAS-Kenntnisse in anderen Ländern sprach berichtete sie mir bestürzt von einem irischen Film: „The Snapper.“

(THE SNAPPER The Snapper 1993, 94 min. Prod.: BBC Films, Verleih: Concorde / TV - 6.1.1994

In THE SNAPPER wird Vater Dessin, Oberhaupt der neunköpfigen Arbeiterfamilie Curley, durch seine Tochter Sharon in der

Wohnküche mit der (un)erfreulichen Nachricht konfrontiert, dass sie ein Baby erwartet. Der flehentlichen bis for-**C**dernden Bitte, den Namen des Vaters preiszugeben, kommt Sharon nicht nach. So geht Vater Dessin erst einmal zu seinen Freunden in die Kneipe. Sharon betrinkt sich unterdessen mit ihren Freundinnen, und in der Nachbarschaft beginnt der Klatsch. "Die raschen Wechsel zwischen Komik und Ergriffenheit wirken menschlich nachvollziehbar und erzeugen folgerichtig Lachen und Mitgefühl beim Zuschauer, der Lust auf Dublin und Durst auf Guinness bekommt.")

und alle Welt findet diesen Film witzig.

Frau Hülser kennt noch eine Jugendhilfeeinrichtung in Wiesbaden. Therapiedorf „Villa Lilly“ (Bad Schwalbach – Caritasverband) Dort findet die Suchtentwöhnung bei Jugendlichen statt.

Nach dem Gespräch werde ich wieder weitergereicht und darf mir zusammen mit Frau Herold die Station ansehen. Das Erste, was ich hier höre ist, dass es früher anders war, man hatte mehr Gelder zur Verfügung für die Kinder, man hat Therapeuten geschickt eingesetzt für die Kinder..... es ist überdeutlich zu spüren, dass es den Mitarbeitern weh tut, dass hier nur noch eine Betreuung der Kinder durchgeführt werden kann.

Räumliches Setting

In der Mutter-Kind-Station können 11 Mütter mit ihren Kindern im Vorschulalter und 3 Schwangere aufgenommen werden.

Auf der Station bewohnt die Mutter gemeinsam mit ihrem Kind bzw. mit beiden Kindern ein Zimmer. Die Station ist als Wohngruppe eingerichtet. Es befindet sich auf dem Trakt ein Hauswirtschaftsraum, eine Küche, ein Besucher- bzw. Telefonzimmer, ein Aufenthaltsraum, ein Spielzimmer. Im Keller befinden sich Waschmaschine, Trockner und alles andere, was Frau benötigt, um die eigene Wäsche in Ordnung zu halten. Alle Räume haben eine weit

oben angebrachte Türklinke zusätzlich zur normalen Klinke – aus Gründen der Kindersicherung. Nach dem Frühstück, welches die Frauen selber richten und gemeinsam im Speiseraum einnehmen, werden die Kinder um 8.00 Uhr zur Betreuung in den Kindergarten gebracht. Der Hauswirtschaftsraum wird von den Patientinnen genutzt. Ihnen obliegt die Reinigung des eigenen Zimmers und der Station, es ist Teil der Arbeitstherapie. Ich persönlich finde es gut, denn wenn den Frauen in dieser Zeit alle Arbeit abgenommen wird, wie sollen sie sich in ihrem häuslichen Bereich wieder zurecht finden? Bis 9.15 Uhr muss die Arbeit erledigt sein, weil dann die Gruppen- oder Einzeltherapie beginnt. Die eigenen Zimmer müssen ordentlich sein, ansonsten schreitet Frau Herold sehr energisch ein. Sie erklärt auch den Frauen, dass das Erscheinungsbild des Zimmers Rückschlüsse auf die Person gibt, die dieses Zimmer bewohnt. Ist im Inneren Ordnung, dann sieht das Zimmer auch ordentlich aus. Nur gut, dass Frau Herold in diesem Moment nicht mein Schlafzimmer betritt.

Ich bekomme auch das Spielzimmer zu sehen, welches die Mütter nutzen können, auch hierfür ist eine Mutter für die Ordnung zuständig, aber seit Tagen sieht es unaufgeräumt aus. Der Fußboden liegt voller Spielzeug, Tücher und anderes liegen herum. Die Küche dagegen ist äußerst sauber und ordentlich. Dafür sind die Frauen zuständig, die keine Kinder dabei haben. Hier sind auch die Erwartungen in punkto Sauberkeit und Ordnung höher gesteckt. Man kann sich vorstellen, dass es ganz einfach notwendig ist weil die Patientinnen sich hier das Frühstück (Abendbrot weiß ich nicht) zubereiten – eine Infektion aufgrund mangelnder Hygiene würde sich verheerend auswirken.

Zu erwähnen wäre noch der große freundlich ausgestattete Raum des internen Kindergartens mit bunten Bildern an den Fenstern und etlichen Ecken, in denen sich die Kinder auch kuschelnd zurückziehen können. Durch eine Außentür geht es vom Kindergarten gleich zum Kinderspielplatz, der reichlich mit Geräten bestückt ist. In der Nähe des Hauses befindet sich – zur Freude der Kinder – auch ein Wildgehege mit Rehen und zumindest einem Kitz wie ich bemerkte. Im großen Eingangsbereich, der sich vor dem Kindergarten befindet sind noch Spielgeräte für die Kinder untergebracht, damit an Regentagen eine räumliche Entzerrung – oder eventuelle Trennung zwischen kleinen und größeren Kindern durchgeführt werden kann.

Während ich durch die Station gehe, kommen zwei Mütter von einem Arzttermin mit ihren Kindern zurück zur Station. Zunächst fällt mir auf, dass sie ‚pusten‘ müssen. Ein Rückfall während der Entwöhnungsphase ist problematisch. Innerhalb von 24 Stunden muss sich die Patientin schriftlich damit auseinandersetzen: Was hat zu diesem Verhalten geführt? Das Team setzt sich mit der Patientin zusammen um dies zu bearbeiten. *„Wer Suchtstoffe mit in die Klinik nimmt und so andere gefährdet hat, der muss gehen!“* auch die Patientinnen, die mangelnde Behandlungsmotivation aufweisen müssen mit vorzeitiger Entlassung rechnen. So lautet hier die Regel – die gilt auch für Schwangere.

Die Mütter sind in Eile, das Mittagessen ist schon da und der Termin für eine Infogruppe drängt. Hier wird viel Wert auf Pünktlichkeit gelegt.

Therapie- und Behandlungskonzept:

- Behandlung der Suchterkrankung (Fähigkeit zur Abstinenz, Erlangung von Autonomie, Aufbau und Stabilisierung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Angstreduktion, zunehmende Übernahme von Eigenverantwortung, private Beziehungsklärung, Erkennen von Ressourcen und Stärken u.a.)
- Bearbeitung der zur Suchterkrankung führenden Hintergrundproblematik (z.B.: erlittene Gewalterfahrungen und sexueller Missbrauch, Beziehungs- und Partnerschaftskonflikte, Störungen der Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit u.a.)
- Wiedereingliederung in das Erwerbsleben unter Berücksichtigung der familiären Situation.
- Stärkung der Mutterrolle, Aufbau einer tragfähigen, verantwortungsbewussten und positiv-emotionalen Mutter-Kind-Beziehung.

In der Eingangsphase leben sich Mutter und Kind oder die Schwangere zunächst in den Alltag der Station ein. Der Patientin wird das Einleben erleichtert und durch folgende Therapieangebote in den ersten 14 Tagen unterstützt:

- Teilname an einem Entspannungsverfahren
- Teilnahme an der Informations- und Einführungsgruppe
- Einführung in die Bewegungstherapie
- Testpsychologische Diagnostik

Je nach Diagnoseergebnis erfolgt die Teilnahme in den Gruppen: „Frauen mit Gewalterfahrung“ „Selbstbewusstsein stärken“ „Angstreduktion“

Im Zentrum der Psychotherapie steht die Gruppentherapie, in der Solidarität mit anderen abhängigen Frauen können sich die Patientinnen von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen befreien lernen und sich offen zu ihrem Suchtverhalten bekennen. Es wird die Eigenmotivation gefördert. Suchtspezifische Abwehrhaltungen der Bagatellisierung oder Verleugnung des Suchtverhaltens können in einer vertrauensvollen Atmosphäre erkannt und aufgegeben werden. Dadurch wird die Krankheitsakzeptanz verstärkt und der Abstinenzwunsch gefestigt. Zunehmende Offenheit und Ehrlichkeit macht es möglich, belastende Erlebnisse im Zusammenhang mit der Suchterkrankung anzusprechen und neue Einsichten zu gewinnen, dadurch konkrete Verhaltensänderungen durchzuführen.

Sport, kreatives Gestalten, Arbeitstherapie:

Es gibt ein reichhaltiges Angebot an kreativen Techniken, angefangen von Töpfern, Hinterglasmalen bis Arbeiten mit Leder, Holz und Tiffany. Mütter können auch gemeinsam mit den Kindern Projekte kreativ umsetzen.

Für die Mütter gehört die Versorgung und Betreuung ihrer Kinder, somit Erziehungs- und Hausarbeiten zu ihren wesentlichen Aufgaben in ihrer häuslichen Situation – darüber hatte ich oben schon berichtet.

Die übrigen Therapieangebote sind reichhaltig gestaffelt und reichen hier auch von zentralem sozialen Dienst – z.B. Hilfestellung bei der Geltendmachung von Ansprüchen, Entspannungsverfahren, Gesundheitsvorträgen, Selbstbewusstsein stärken, Ängste überwinden, Gruppenangebote für Frauen mit Gewalterfahrung, Raucherentwöhnung, Bewerbertraining.

Entlassungsphase.

Mit der Patientin wird eine Übergangs- und Anschlussperspektive entwickelt. Es wird großer Wert darauf gelegt, dass die Patientin möglichst frühzeitig den Kontakt zu ihrer örtlichen Suchtberatungsstelle aufbaut. In den letzten Behandlungstagen hat die Patientin Gelegenheit, sich von allen Arbeitsbereichen der Klinik, ihrer therapeutischen Gruppe und ihrer Einzeltherapeutin sowie dem Behandlungsteam zu verabschieden. In diesen Tagen wird noch einmal Bilanz gezogen, hilfreiche Interventionen können verstärkt werden und auch Hilfsangebote mit nach Hause genommen werden.

Hier ein Beispielstag aus dem Wochenplan::

Mittwoch			
6:30	Physiotherapie/Frühstück		
8:00 – 9:00	Arbeitstherapie	Arztsprechstunde	Einzelgespräche
9:30 – 11:00	Stations-Selbsthilfegruppe	Therapiegruppe	
11:30-12:30	Mittagessen, Kinderversorgung	Mittagspause	Einzelgespräche
13:00-13:30	Indikationsgruppe – Infogruppe		
14:00	Ergotherapie z.B. Bewerbertraining, Soziale Fertigkeiten		
16:00	Kinderversorgung	Einzelgespräche	
17:00	Abendessen		

19:00 bzw. 20:00	Freizeitaktivitäten,	Werken, Sauna, Sport	Arztvorträge
------------------------	----------------------	-------------------------	--------------

Dies ist nur ein grober Überblick über die Therapien – sie hier im Einzelnen anzuführen würde den Rahmen sicherlich sprengen. Genaue Unterlagen können angefordert werden bei:

Bernhard-Salzmann-Klinik



Abteilung Medizinische Rehabilitation Sucht
der Westfälischen Klinik Gütersloh
Bettenzahl: 122
Adaption: 12

33334 Gütersloh, Im Fächtei 150
33242 Gütersloh, Postfach 12 63

Telefon: 05241 / 502-02
Telefax: 05241 / 502-601
Email: bsk@wkp-lwl.org
Internet: <http://www.lwl.org>

Information:

Frau von Minckwitz 0 52 41 / 502-577

Leitung:

Dr. med. Ulrich Kemper, Arzt für
Psychiatrie, Psychotherapie
Ulrike Dickenhorst, Dipl.-Soz.-Päd.,
Psychotherapeutin
Burkhard Eichberg, Pflegemanager (FH)



Aufnahmebüro:

Christiane von Minckwitz 0 52 41 / 502-577

Spezielle Angebote: Qualifizierte Entzugsbehandlung

- Gemeindenahe Behandlung (auch teilstationär)
- Kombinierte Behandlung im Verbundsystem
- Spezifische Angebote für Frauen
Mutter - Kind Behandlung (auch für Schwangere)
Sexualität und Gewalterfahrung
- Kurzzeittherapie
- Psychiatrische Zusatzkrankungen
- Kombinationsbehandlung im Verbundsystem
Pathologisches Glücksspiel

Träger: Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Vom Stationspersonal höre ich immer wieder, dass sie es schade finden, dass es sich nicht einrichten ließ zusammen mit mir und den Patientinnen eine Gesprächsrunde zu organisieren. Auch hätte ich gerne ein Einzelgespräch mit einer Patientin geführt. Aber für einen ersten Eindruck konnte ich viel mitnehmen. Die Mitarbeiter zeigten reges Interesse an Fortbildung und Austausch zum Thema FAS. Sie erwägen, zur Fachtagung nach Berlin zu kommen und auf jeden Fall am 20. Januar nach Bielefeld und nehmen gern die mitgebrachten Poster und Broschüren an.

Ich habe ein Exemplar von Michael Dorris Buch mitgenommen und stiftete es im Namen von FASworld – natürlich mit einer Widmung und Internet-Adresse – der Bücherei dieser Station. Ein Mitarbeiter nahm es sofort in Beschlag, drehte und wendete es immer wieder in der Hand und streichelte es fast liebevoll. Er erhofft sich durch das Buch Erkenntnisse, die über berufliches Interesse hinausgehen.

Ganz zum Schluss möchte ich von den Kindern berichten. Ich erzähle nicht genau, wann und wo ich sie sah, um der Mütter willen, aber als ich mit den Kindern konfrontiert wurde, da wusste ich, warum ich diesen weiten Weg gefahren war. Mittlerweile war es brütend heiß draußen, mein Wasser war lauwarm geworden und der Heimweg würde sicher anstrengend sein. Aber für die Kinder hat sich der Weg gelohnt. Ich sehe 6 Kinder im Alter von 18 Monaten bis zu 5 Jahren. Ein Mädchen, normale Körpergröße, fast denke ich, dass sie gesund sein muss, da sehe ich ihre Ohren und die Nase. Zwei Geschwisterkinder können von mir mit Sicherheit als alkoholgeschädigt eingeordnet werden. Dem älteren Kind sieht man nur wenig an. Es ist etwas zart gebaut, hat ein hübsches Gesicht, Mund und Nase sind wohl geformt, aber die Augen haben die typischen Zeichen. Das jüngere Geschwisterkind – 2 Jahre alt – ist deutlich untergewichtig. Nicht unbedingt zu klein, dafür aber von ganz zartem Körperbau. Dünne Ärmchen, dünne Beine – überdeutliche FAS-Gesichtszüge. Die Stimme - in hoher Stimmlage – erinnert mich frappierend an unsere kleine Tatti. Das Mädchen ist sichtlich hyperaktiv. Klettert und stolpert freudestrahlend durch die Gegend, legt sich bald hier unter die Bank, bald klettert sie aufs Sofa und holt sich ein Spiel, bald sitzt sie wieder am Tisch und lässt sich ein Steckspiel geben, was sie nach einiger Zeit auch richtig zuordnen kann. Dann geht sie wieder unter die Bank, kriecht erneut hervor und drängelt sich auf den Platz eines anderen Kindes, welches kurzfristig aufgestanden war. Die Mutter des Kindes leugnet die Schäden, sie will sie nicht sehen, mag sein, sie kann es zu diesem Zeitpunkt nicht. Das Kind ist ‚eine Frühgeburt‘ höre ich. Ein 18-Monate altes Kleinkind, welches durch die Gegend krabbelt ist fast dreimal so schwer wie das 2-jährige Kind, ein wahrer Wonneproppen.

Insgesamt schätze ich, dass von 6 Kindern – 4 alkoholgeschädigt sind. Wenn das ein repräsentativer Schnitt für die Klinik ist, wird mir Angst. Auch wird mir berichtet von Kindern, die immer wieder Kontakt zur Mutter suchen und die Mutter schickt sie rüde weg. Abschließend möchte ich meinen Dank der Klinikleitung gegenüber zum Ausdruck bringen, die es mir ermöglichte, diese Einblicke zu sammeln.

Es ist ca. 15.00 Uhr, ich fahre wieder nach Hause. Draußen scheint die Sonne, heiß ist es und ich schwitze sehr. Auf dem gesamten Heimweg sehe ich die Kinder vor mir, wie sie sich beschäftigen, miteinander umgehen, wie die Kleine koboldartig durch die Gegend turnt, rollt, stolpert. Lachen und Weinen fast unterschiedslos und ohne Übergang und dann wieder fröhlich drauf los auf das nächste Ereignis. Was wurde den Kindern genommen? Wer trägt die Verantwortung? Nur die Mutter allein? Ganz sicher nicht. Jeder, der weggesehen hat, jeder, der seine Verantwortung nicht wahr genommen hat.

Schauen wir genau hin, machen wir den Mund auf – sagen wir es den Menschen, nur dann wird sich etwas ändern und wenn es nur für ein einziges Kind wäre.

Ich fahre nach Hause und freue mich auf mein 5-jähriges gesundes Kind. Aber immer wieder erschrecke ich bei dem Gedanken, dass mir niemand sagte, dass ich keinen Alkohol trinken soll, es hätte auch anders sein können.....

Sigrid Reinhardt, 16.07.2003