

## **Die stationäre Behandlung Jugendlicher - was können wir erreichen und wie weiter ?**

### **Rolf Thomas**

Sehr geehrte Damen und Herren, das Thema meines Kurzreferates könnte Stunden in Anspruch nehmen, denn über die Behandlung Jugendlicher — die Frage, was können wir erreichen — und die Phantasie, Wunsch, Vermutung — wie weiter mit dem Patienten — ist schon sehr umfassend.

Nein, ich möchte sie nicht über Gebühr in Anspruch nehmen. Die Thematik werde ich anreißen, indem ich zwei Stationen des Hauses kurz darstelle und auf die Strukturen der Station kurz eingehen werde.

Die Stationen sind die 21 A 1 und 21 B 1. Einige von Ihnen haben mit diesen Stationen schon sicherlich ihre Erfahrung gemacht. Waren die Erfahrungen gut, freuen wir uns. Waren ihre Erfahrungen nicht so gut, haben wir den Vorteil, dass wir sie verbessern können. Mir geht es an dieser Stelle darum, Reibungen abzubauen, miteinander vertrauter zu werden, um unseren Jugendlichen für die Zeit in der Klinik und in der Zeit nach der Klinik optimale Möglichkeiten zu geben, mit ihren Störungsbildern und Leben fertig zu werden, sich in der Gesellschaft sozial zurecht zu finden als auch sich selbst zu finden.

Zuerst möchte ich Ihnen kurz die Station 21 A 1, genannt „Villa Kunterbunt“, vorstellen.

Die Station ist eine gemischt geschlechtliche Station mit zwölf Betten. Das Alter der Patienten geht von ca. 8 — 20 Jahren. Aufgabe ist es hier, mit Menschen zu arbeiten, die in ihrem Intellekt eingeschränkt sind. Das hier arbeitende Stammpersonal hat über zehn Jahre Erfahrungen mit diesem Klientel. So gut wie alle psychiatrischen Störungsbilder werden hier behandelt.

Die Aufenthaltsdauer sollte möglichst nicht über drei Monate hinaus gehen, wegen der Folgen der Hospitalisierung. Die häufigsten Verweildauern bewegen sich um sechs Wochen. Die Patienten werden geschlossen aufgenommen, d. h., auf Antrag des Sorgeberechtigten bei den zuständigen Familiengerichten.

Warum eine geschlossene Aufnahme?

Die Einsichtsfähigkeit in das Störungsbild ist bei intelligenzgeminderten Personen nicht sicher von vorn herein gegeben. Es ist oft möglich, nach einer Beobachtungsphase von 14 Tagen, den anhörenden Richter zu überzeugen, dass der Beschluss zur geschlossenen, stationären Unterbringung nicht mehr nötig ist.

Freiheit ist unser höchstes menschliches Gut.

Zum Beschluss nach §1631 b BGB muss ein Antrag des Sorgeberechtigten bei Gericht vorliegen. Es ist in der Regel eine fachärztliche Stellungnahme in schriftlicher Form dem zuständigen Gericht beizubringen. Es gehört, um die Rechtmäßigkeit zu beurteilen, die richterliche Anhörung des Patienten dazu. Die Phase der ersten geschlossenen Unterbringung darf die Sechs-Wochen-Grenze nicht überschreiten, -bei längerem Verbleib des Patienten unter geschlossenen Bedingungen ist eine erneute richterliche Anhörung notwendig. Geht diese Behandlung weiter, muss (gesetzlich vorgeschrieben) ein Gutachten die Notwendigkeit der geschlossenen Unterbringung belegen, bevor es zu einer erneuten richterlichen Anhörung kommen muss.

Kompliziert, höre ich, unnötig — die X, der Y ist ein lieber Patient. Sicher ist sie/er es. Aber die Gefahr für den Patienten, der intelligenzgemindert ist, dass er die Station verlassen will, aus irgendeinem Grund, bringt für ihn Gefahren. Der Sorgeberechtigte kann und darf ohne Angabe von Gründen den Patienten zu jeder Zeit aus dem Krankenhaus holen.

Die Gesetze zur geschlossenen, stationären Behandlung gelten auch für die geschlossene Akutstation für Jugendliche, die Station 21 B 1. Bevor ich zu den Spezifika der Station komme, möchte ich Ihnen kurz etwas über diese Station berichten.

Die Station 21 B 1 dieses Hauses ist eine gemischgeschlechtlich belegte Station von Jugendlichen im Alter von 14 - 18 Jahren. Die Jugendlichen sind normal bis überdurchschnittlich begabt. Die Station wird geschlossen geführt, d. h., die meisten Patienten werden in einer Krisensituation hierher gebracht und aufgenommen. Eigentlich stehen der Station zwölf Betten zur Verfügung. Da Krisen sich nicht an - vorgegebenen Bettenzahlen orientieren, besteht z. Z. eine Belegung von 18 Patienten. Da kommt Stimmung auf — auch Schweiß auf der Stirn des Personals. Auch hier gehen die Störungsbilder quer durch das Lehrbuch der Psychiatrie. Allerdings handelt es sich immer um Störungsbilder mit einer Intensität, dass die Person selbst oder eine dritte zu gesundheitlichem Schaden kommen könnte. Sonst wäre eine geschlossene, stationäre Unterbringung, wie o. b., nicht möglich.

Gehen wir in die Praxis:

Wünsche der Station und Aufnahmevoraussetzung: Ein Wunsch der Station ist, wenn es möglich ist, einen Termin zum Kennen lernen vor den Aufnahmetermin zu legen. Das hat den Vorteil, dass man den Patienten besser integrieren kann bei Aufnahme. Dies bleibt ein Wunsch bei Kriseninterventionen.

Wir kommen zu den Aufnahmevoraussetzungen: Es muss, laut Gesetz, eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen. D.h. es muss eine psychiatrische Erkrankung vorliegen.

Ich kann mich an Zeiten vor zehn Jahren erinnern, da war unser Krankenhaus Anfang der Sommerferien voll — nicht alle Heimbewohner waren geeignet, an einer Ferienfreizeit teilzunehmen. In den somatischen Krankenhäusern sah ich vor gut 20 Jahren eine Belegungszunahme am Anfang aller Schulferien und Feiertagen. Da spielen seit einiger Zeit die Krankenkassen nicht mehr mit. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit wird vom Arzt festgestellt. Also benötigen wir eine Einweisung, weiterhin die Krankenversicherungskarte, den Impfausweis und, wenn greifbar, das Vorsorgeheft. Alle Berichte von Krankenhäusern, Hilfeplangesprächen, Schulberichte und Zeugnisse als auch Anamnesedaten sind uns höchst willkommen.

Und jetzt den Beschluss zur geschlossenen Unterbringung oder dem, vom Sorgeberechtigten unterschriebenen, Antrag zur geschlossenen Unterbringung.

Und jetzt das Wichtigste: Dem Patienten selbst — ist auch nicht immer der Fall — und dem gesetzlichen Vertreter, den benötigen wir zur schriftlichen Einwilligung für die stationäre Unterbringung.

Weil der Patient behandelt werden will oder soll, müssen wir den Sorgeberechtigten aufklären über Wirkungsweise von Medikamenten und deren Nebenwirkungen. Diese, in Druckform vorliegenden, Aufklärungsbögen müssen unterschrieben sein, bevor wir mit einer Psychopharmakamedikation beginnen dürfen/können.

Weiterhin benötigen wir exakte Hinweise über eine bestehende Medikation, auch Anti-Baby-Pille. Der Patient benötigt Kleidung und Hygieneartikel. Er benötigt sein Taschengeld. Wir benötigen die Adressen und Telefonnummern der Sorgeberechtigten, der Jugendhilfeeinrichtungen, des zuständigen Jugendamtes, der Schule, des Hausarztes.

Wenn das alles geschehen ist und meistens parallel, beginnt der aufnehmende Arzt und/oder Psychologe, m Beisein eines Betreuers, mit dem explorierendem Gespräch mit dem Patienten. In der Regel in Anwesenheit des Sorgeberechtigten und/oder der betroffenen Person.

Danach kommt es zur Routine: Körperliche Untersuchung, neurologische Untersuchung, blutchemische Untersuchung, EKG, EEG, psychologische Testung, Beobachtungsphase auf Station, Einzelgespräche mit dem behandelnden Therapeuten. Aus den Untersuchungsbefunden kristallisiert sich die Behandlungsdiagnose heraus. Die Therapie kann beginnen, d. h., Einteilung zu den unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten, einschließlich medikamentöser Therapie. Wenigstens im wöchentlichen Abstand ist die Visite. Hier werden die Entwicklungsschritte der - Störungsbilder der Patienten vom gesamten Team gewertet und neu beurteilt.

Konkrete Beispiele: An dieser Stelle muss ich den Vortrag etwas kürzen, wegen der nur kurz zur Verfügung stehenden Zeit, so dass ich über die einzelnen Therapieformen nichts sagen kann, sondern sie nur kurz aufliste: Logopädie, Motopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Reittherapie, Schule, verschiedene Angebote auf den einzelnen Stationen, Verhaltenstherapie auf der Station, schließlich Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, etc.

Die Schwerpunkte der einzelnen Therapien und deren Einsätze sind entsprechend der Voraussetzung des Klientels sehr unterschiedlich oder kann sehr unterschiedlich sein.

Meistens kommen wir im stationären Rahmen zu einer Verbesserung der Symptomatik, so dass die Patienten über einen Lockerungskatalog auch wieder, selbständig, ohne Aufsicht, draußen spazieren gehen und Einkäufe erledigen können. Wenn das erreicht ist, dann steht oft die Entlassung in Reichweite. In vielen Fällen trafen sich die Verantwortlichen während der Behandlungsphase im Krankenhaus zu einem Gespräch mit den Therapeuten und Betreuern. Vor der Entlassung, spätestens am Entlassungstag, manchmal auch kurz danach, ist es für alle Beteiligten, besonders für den Patienten, notwendig, sich für ein Abschlussgespräch zu treffen. D. h., Eltern, Jugendhilfevertreter, Jugendamt, manchmal Lehrer und Vertreter der Station treffen sich, um den Erfolg oder auch Misserfolg der Behandlung zu besprechen.

Weitere Wege für die kurz-, mittelfristige -Zukunft des Patienten zu besprechen. Auf der 21 A 1 macht es oft Sinn, den Patienten nach 1 ½ oder % Jahr erneut aufzunehmen, um entdeckte Ressourcen erneut zu fördern. Auf der 21 B 1 macht es bei manchen Patienten Sinn, sie kurzfristig und zeitlich sehr kurz zur Krisenintervention aufzunehmen.

Der Weg ist oft lang. Weit.

Weiter möchte ich in die Zukunft unserer Patienten sehen können, wie Sie sicherlich auch — weiter.