



Thema:

Systemsprenger- Problemlage: Kinderkliniken

Prof. Dr. J.Möller, Klinikum
Saarbrücken, Kinder und
Jugendmedizin
13.02.2020

Bedeutung des Problememes

- Die Mehrzahl aller jugendlichen Patienten in der Kinder und Jugendmedizin sieht eine Kinderklinik eher als Ort der Ruhe und Geborgenheit. In der übergroßen Zahl der Fälle ist der Zugang für Ärzte und Pflegende einfach und empathisch möglich
- Aber die Zahl von Jugendlichen mit massiver Aggressivität und Dissozialität steigt

Systemsprenger?

- Wie kann Hilfeangebot ein System sein, dass „gesprengt“ werden muss?
- Oder zeigt ein Krankenhaus zuviel „System“?
- EMPATHIE versus ESTABLISHMENT

Fallbeispiel

- Schwangere Jugendliche unter Saarbrücke aufgefunden
- Entbindung
- Äußerst aggressiver jugendlicher Vater
- Besteht auf sofortiger Entlassung
- Sehr langes Gespräch (wie soll im Winter das Kind im Freien überleben o.ä., langes einfühlsames Gespräch überzeugt
- Menschen die immer „von oben eins aufs Dach bekommen haben“??

- In unserer Klinik 63 intoxikiert aggressive Jugendliche in 2018
- Unklare Bewusstseinslage ohne Intoxikation (geschätzt 60-80 Patienten in 2018)
- Über 20 tätliche Angriffe auf Personal
- Polizeiliche Hilfe sicher 20-30 mal erforderlich
- Problem der Sedierung im Notfall (rechtlich und medizinisch)

Aggression in Notaufnahmen

- Schweizer Studie (Kaeser et al. 2018)
- In einer Uniklinik > 20 körperliche Gewaltanwendungen gegen Personal der Notaufnahme
- Überwiegend junge Erwachsene, auch Jugendliche (70 % männlich, 40% Migrationshintergrund)
- 50% eingewiesen, 25% Selbsteinweiser
- 50% alkoholisiert, 60% nachts, 35% zugrundeliegende psychische Störung

Massnahmen in der Schweizer Studie

- In 60% war Polizei oder Security nötig
- 24% wurden dann sediert
- 20% mussten fixiert werden
- 22% wurden schliesslich psychiatrisch zwangseingewiesen
- Die Schlussfolgerung betrifft hier vor allem Jgdl mit Migrationshintergrund – bei uns sind weit mehr als 50% Jgdl. mit Migrationshintergrund

Warum aggressiv Helfern gegenüber?

- Unzurechnungsfähigkeit- delirant, halluzinierend, ggf. selbst bei schwerer PTBS
- Nicht freiwillig gekommen-aufgegriffen von Polizei oder Rettungsdienst
- Problem der Suizidalität
- Abgeschobensein? Schon wieder wird nur somatisiert und nicht wirklich geholfen?

Selbstwahrnehmung-Jugendlichenwahrnehmung

- Wir sehen uns als Helfer
– oft am Rande des Helfersyndromes
- Aber auch als „Erzieher“
- Altes Schwesternideal-“jederzeit die Eltern ersetzen können“ oder
- Ärzte nach Virchow „der Arzt als Lehrer und Erzieher“
- Für Patienten sind wir dann Teil des „Establishment“
- Die, die immer besser wissen was Sache ist
- Die, die mir schon immer meine Freiheit rauben
- An denen reibe ich mich wie an Polizei, Schule und Amt

- Akut aggressive, delirante und desorientierte Jugendliche (10-18 Jahre), die stationär eingeliefert werden (Polizei, Rettungsdienst, KJPP)
- Da somatische Diagnostik und Therapie erforderlich
- Erhebliche Gefährdung anderer Patienten (z.B. von Säuglingen auf Kinderintensivstationen), Wartenden, Personal und teurem Inventar
- Keine Möglichkeit der intensivmedizinischen oder zumindest intermediären Überwachung in einem komplex kinder- jugendpsychiatrisch/pädiatrischen Kontext

USA: Perspektive Personal

Malas et al. Psychosomatics 2017

- Aus 38 Kinderkliniken
- 84% der befragten Kinderärzte erleben aggressive Jugendliche mindestens einmal im Monat (PAABE pediatric acute agitation and behavioral escalation)
- 50% screenen nicht-Fälle unerwartet, 60% sind nie geschult worden
- Standardisiertes Vorgehen wird gefordert
- Schutz für Personal gefordert bis zu Spezialkleidung und Selektion körperlich kräftiger Personen
- Es gibt Screening Scores für Aggressivitätsrisiko (Indien, Jacob et al. 2013)

- 1. aufgegriffen von Polizei oder Rettungsdienst, da intoxikiert (Alkohol, THC, Amphetamine, unbekannt Anamnese)
- 2. Migranten vom Bahnhof
- 3. schon in der KJPP, aber somatische Abklärung, vital bedeutende Therapie erforderlich
- 4. auch von Eltern und Wohngruppen
- 5. über Jugendamt

2.6 Polizeiliches Einschreiten aus Gefahren abwehrender Sicht

Im polizeilichen Alltag müssen die Beamten bei Einsätzen unter Beteiligung von Jugendlichen häufig Gefahren abwehrend tätig werden. Dies geschieht oftmals, wenn sich Jugendliche an gefährdeten Orten aufhalten, das Wohl des Jugendlichen durch Dritte gefährdet oder offensichtlich Alkohol durch den Jugendlichen missbraucht wurde. Gerade das sogenannte „Komasaufen“ ist seit längerer Zeit charakteristisch für den Missbrauch von Alkohol durch Kinder und Jugendliche.

Der Grad der Alkoholisierung ist dabei individuell und die Wirkung ebenso differenziert zu betrachten. In Fällen von alkoholisierten Jugendlichen informieren die Beamten nach Abwägung der Gefahrenlage entweder die Sorgeberechtigten, in deren Obhut der Jugendliche übergeben wird, oder der Jugendliche wird dem nächstgelegenen Krankenhaus zur medizinischen Behandlung zugeführt

* Studie zum Vorgehen im Kreis Emsland, Niedersachsen, aber praktisch im SAL genauso



MANAGEMENT

Arzt-Patienten-Kontakt

Mit aggressiven oder alkoholisierten Patienten umgehen

Auch wenn für Notfälle eine allgemeine Behandlungsspflicht besteht, müssen Ärztinnen und Ärzte sich nicht alles gefallen lassen. Insbesondere wenn Patientinnen oder Patienten aggressiv auftreten, gilt es, sich selbst und das nichtmedizinische Personal zu schützen. Ein „Patientenschutz“ gibt es allerdings nicht.





Alkoholstudie bei Kindern und Jugendlichen im Klinikum Saarbrücken

Bericht über den stationären Aufenthalt bei Kindern und Jugendlichen aufgrund einer Alkoholintoxikation im Klinikum Saarbrücken in den Jahren 2008 und 2009

Von Dr. med. Ruth Ruff

1. Zusammenfassung

Es wurden die stationären Kinder und Jugendliche der Kinderklinik des Klinikums Saarbrücken erfasst, die wegen Alkoholintoxikation in den Jahren 2008 und 2009 aufgenommen worden waren.

2008 gab es 58 Patienten (m=25, w=33), 2009 63 Patienten (m=37, w=26). Das mittlere Alter lag bei 15 Jahren, die jüngste Patientin war 11 Jahre alt.

Bei den männlichen Patienten lag der mittlere Promillegehalt bei 1,90 Promille, das Maximum bei 3,60 Promille. Bei den weiblichen Patienten lag der mittlere Promillegehalt bei 1,82 Promille, das Maximum bei 3,90 Promille.

Man erkennt vor allem im Jahr 2009 keine jahreszeitliche Häufung der Fälle, es gab keine Monate, in denen besonders viele Patienten überwacht werden mussten.

2. Einleitung

In der Öffentlichkeit wird zunehmend darüber diskutiert, dass immer mehr Kinder- und Jugendliche Alkohol, zum Teil in großen Mengen, konsumieren.

Das aktuell veröffentlichte Jahrbuch SUCHT 2010 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. gibt an, dass 2008 je Einwohner 9,9 Liter reiner Alkohol getrunken wurde.

Die Behandlungsfälle von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen stiegen von 17.991 im Jahr 2003 auf 24.380 im Jahr 2006. Mit 27.509 registrierten Fällen ergibt sich für 2007 eine erneute Steigerung um 13 % gegenüber dem Vorjahr. (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2005, 2008, 2009).

Teils dramatische Steigerungen stellt die DHS bei den behandlungsbedürftigen akuten Alkoholintoxikationen fest: Bei den 10 – 20-jährigen wurde eine Zunahme um 170 % verzeichnet.

In unserer Klinik wurde bisher keine Statistik über die akuten Alkoholintoxikationen geführt. Subjektiv wird vom Personal (pflegerisch und ärztlich) eine Steigerung sowohl der Anzahl der Patienten als auch des Ausmaßes des Alkoholkonsums wahrgenommen, objektiviert wurde dies jedoch bisher nicht.

3. Zielstellung

Das Patientenkollektiv darzustellen, welches aufgrund einer Alkoholintoxikation in der Kinderklinik in den Jahren 2008 und 2009 stationär aufgenommen wurde, war Ziel dieser Auswertung.

4. Methodik

In dieser Studie wurden Patienten, die mit der Entlassdiagnose „Akute Alkoholintoxikation“ und „Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol“ (nach ICD-10 T51.- und F10.-) einen stationären Aufenthalt in der Kinderklinik des Klinikums Saarbrücken hatten, retrospektiv erfasst.

Folgende Variablen wurden erhoben:

- Name des Patienten
- Fallnummer
- Jahr des stationären Aufenthaltes
- Monat des stationären Aufenthaltes
- Altes des Patienten in Jahren zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes
- Geschlecht des Patienten
- Ethanolkonzentration in g/l

5. Ergebnisse

5.1 Anzahl der Patienten und Geschlechterverteilung

Im Jahr 2008 waren 58 Kinder und Jugendliche, darunter 25 männliche und 33 weibliche, in stationärer Überwachung wegen Alkoholintoxikation.

Im Jahr 2009 gab es 63 Patienten, darunter 37 Jungen und 26 Mädchen.

In beiden Jahren zusammen wurden 121 Kinder mit Alkoholintoxikation im Klinikum Saarbrücken behandelt, 51,2 % davon männlich, 48,8 % weiblich (Abb. 1).

	Geschlecht				Gesamt	
	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl		Anzahl	Anzahl		
Jahr der stationären Aufnahme	25	43,1%	33	56,9%	58	100,0%
2008	37	58,7%	26	41,3%	63	100,0%
2009	62	51,2%	59	48,8%	121	100,0%
Gesamt						

Abb. 1: Tabelle: Anzahl der Patienten und Geschlechterverteilung

Kategorie 1

intoxikierte Patienten, delirant

- Ca 70 Einweisungen alkoholisierter oder intoxikiert aggressiver Jugendlicher pro Jahr
- Neben Alkohol, Amphetamine und Derivate ganz im Vordergrund.
- Hier natürlich keine rationale Einsicht in Notwendigkeit von Hilfe und Therapie

Nur Saarbrücker Problem?

- Belgische Multizenteruntersuchung (Calle et al Acta Clin Belg 2015) 146 in 4 Kliniken
- Aufnahme der alkoholisierten Jgdl wegen Bewusstseinsstörung-64%, heftigem Erbrechen 12%, unklares Trauma 12%, Aggressivität 4%)
- Dringend geforderter nationaler Alkoholplan für Jugendliche

Fall 1

- 15jähriges Mädchen im Haus bekannt, da regelmäßig nach Alkohol, Substanzenabusus eingeliefert, wird von 2 Polizeibeamten gebracht
- Schlägt ein auf Personal, Polizei
- Berichtet dabei von Missbrauch, viele Narben
- Versucht Polizisten die Waffen zu entwenden, um sich zu erschießen
- OÄ entschließt sich, Verantwortung für Fesseln der Pat. Durch Polizei zu übernehmen
- Beamten fragen nach Security, hätten so etwas nicht erlebt, woraufhin wir eher lächelten

Fall 2

- Alkoholisierter 12jähriger (1,3‰), griff Passanten in Innenstadt an, von Polizei eingeliefert, KJPP war zunächst avisiert, wegen geäußerter Suizidgedanken, die aber wg. somatischer Versorgungsnotwendigkeit ablehnt
- Eingeliefert mit 2 Polizisten, hilfloser Mutter, JA-Mitarbeiterin, schlägt um sich
- OÄ gelingt Deeskalation, aber mehrere weitere Aggressionsausbrüche mit Angriffen auf Personal
- Später Verlegung in Handschellen in KJPP

Management

- Problem der nichtmedikamentösen Sedierung (Kurzgesprächsstrategien aus England- Edward et al. 2018, Br J Nurs)
- Gesprächsstrategien müssten trainiert werden, bei uns nur „learning by doing“
- Medikamente: international am meisten Dexmethomidin, in D Haloperidol, Propofol
- Eher keine klassischen Sedativa
- Oft Zwang nötig, dazu Polizei erforderlich

Kategorie 2

„Strassenkinder“

- Schon Kontakt zu mehreren in- und ausländischen Jugendhilfeeinrichtungen
- Krankenhäuser oft „letzte Zuflucht“, aber:
- Auch dort erinnern Strukturen an das System – auch dort gibt es morgens und nicht abends Frühstück, wäscht man sich, beleidigt, begrapscht nicht, uva.
- Oft Koinzidenz mit Kategorie 5 und 1

3. Kategorie

jugendliche Migranten von Rettungsdienst oder Polizei zugeführt

- Völlig desorientiert im deutschen sozio-kulturellem Raum
- Oft schwer erkrankt (Tbc, Malaria, schwerste Lungenerkrankungen, Bilharziose-dringend behandlungsbedürftig)
- Fühlen sich eingesperrt, unverstanden
- Äußerst problematische Sprachmittlung (Eritrea)
- Schwere PTBS

Fall 3

- 16 jähriger, schwerste Ateminsuffizienz, bisher nie erkannte Mukoviszidose, am Bahnhof aufgegriffen.
- Reisst sofort aus, raucht im Bett, bedroht Aufnahmeärztin
- Sexuelle Belästigung von Pflegeschülerin schon in der ersten Stunde
- Aus Klinik verwiesen, ca. 100 km entfernt in anderer Klinik aufgetaucht

Lösungsmöglichkeit

- Habe keine Lösung
- Sprach und Kulturmittler?
- Sofortige Bereitschaftspflege vor Medizin?
- Haben wir Recht auf Zwang, selbst wenn Verweigerung der Behandlung durch Minderjährige für diese unmittelbar lebensbedrohend?

4. Kategorie -

Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Suizidale, delirante, desorientierte Patienten aus der KJPP oder solche mit somatischen Erkrankungen werden in die Kinderklinik verlegt
- Dort besteht keinerlei Kompetenz, mit diesen Patienten im weitesten Sinne psychologisch kompetent umzugehen
- Personal sieht sich bedroht und gefährdet

S2k-Leitlinie 028/031: Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

aktueller Stand: 05/2016

Seite **40** von **56**

5.11 Zusammenfassung

- ② die Sicherheit des Patienten muss oberstes Ziel sein
- ② eine stationäre Behandlung muss bei akuter Suizidalität umgehend eingeleitet werden (ggf. auch ohne Freiwilligkeit des Patienten) mit adäquat begleitetem Transport in die Klinik
- ② die stationäre Behandlung muss bis zum Abklingen der akuten Suizidalität im geschützten Rahmen erfolgen
- ② psychopharmakologisch sedierende Maßnahmen können bei z.B. akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit ergänzend sinnvoll sein
- ② eine psychotherapeutische Intervention unter Beachtung der folgenden Punkte soll erfolgen:
 - 🔑 Einbezug der Familie in die psychotherapeutische Intervention
 - 🔑 wenn möglich, Kontinuität des Therapeuten
 - 🔑 Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität
 - 🔑 Reduktion von Belastungsfaktoren
- ② assoziierte psychische Störungen sollen gemäß der entsprechenden Leitlinien behandelt werden
- ② bei belastenden psychosozialen Umständen sollte die Jugendhilfe einbezogen werden

10/10 sehr starker Konsens

Fall 3

- Patient aus KJPP zur somatischen Diagnostik, die in Narkose durchgeführt werden musste
- Immer wieder Aggressionsausbrüche, Deeskalation ist möglich
- Schließlich aber Randalieren mit Zerstörung von Gerät und Mobiliar, Angriff des Personal
- Ärztinnen und Schwestern retten sich in Arztzimmer, verbarrikadieren sich, rufen Polizei

- Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen im Saarland nicht nur (wie bisher erfolgreich) inhaltlich nahe zusammen arbeiten, sondern
- Auch strukturell vereint sein, um neuen Anforderungen in der Jugendmedizin gegenüber gewappnet zu sein

Kategorie 5

Systemsprenger allgemein

- Jugendpflege, Schule oder Polizei bekannte Jugendliche die in Kommunikation und Verhalten als aggressiv wahrgenommen werden
- Normaler Kommunikationsstil in Klinik erhöht Aggressivität, da ungewohnt, nie geübt in Vorgeschichte und Familie (gewalttätige Eltern z.B. bei Schechter et al. 2011)
- Appell an Eigenverantwortlichkeit unmöglich
- Oft Jugendliche mit Depressivität-Burn Out-Bullying (*Wasseem M et al. Pediatr Emerg Care 30:793,2014*)

Lösungsmöglichkeiten

- Für Jgdl. mit Bullying etc. Vorgeschichte – kompetente (compassionate) Betreuung, d.h. Integration Kindermedizin – KJPP
- Erheblich bessere Personalisierung (Prottengeier et. al, Haidar-Elatrache et al.2018)
- „Aggression Management Team“ (Hopper et al. 2012)
- Compassion und Kooperationsansatz, immer wir, man etc. (Lown und Setnik 2018)
- Versuch der schnellen Klärung der Ursache der Aggressivität (Magalotti et al. 2019)
- Abklärung Suizidalität (Stanley et al. 2016)??, Depressivität (Benarous et al. 2014)

Allgemein: Erforderlich

- Integrierte psychiatrisch-somatische Versorgung unter einem Dach
- U.U. integrierbar in gemeinsam betriebenes Psychosomatik Konzept
- Sicherheitsdienst kompliziert wegen diffiziler Rechtslage
- Koop mit Erwachsenenbereich
- Leider räumliche Trennung der Bereiche in SB und sonst im Saarland



Was macht der Kardiologe ?

Die weitaus meisten Fälle können ambulant behandelt werden

- Erhebung der Krankengeschichte
- Körperliche Untersuchung
- Apparative Diagnostik:
 - z. B.: EKG, Funktionskardiografie, Röntgen
- Ausschluss anderer Ursachen der Symptome
- Medikamentöse Behandlung
- Anleitung zur angemessenen Lebensführung und zur Selbstkontrolle (Rauchen, Alkohol, ...)
- Verlaufskontrolle

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit