

SWR2 Wissen

## **Psychisch kranke Kinder**

Wie Therapie zu Hause gelingen kann

Von Martin Hubert

Sendung vom: Donnerstag, 9. Dezember 2021, 8:30 Uhr

(Erstsendung: Donnerstag, 26. September 2019)

Redaktion: Anja Brockert

Regie: Autorenproduktion

Produktion: SWR 2019 / 2021

**Magersucht, Ritzen, Depressionen – für Kinder und Jugendliche mit seelischen Störungen gibt es ein neues Programm. Therapeutische Teams betreuen die Patienten in ihrem gewohnten Umfeld. Sie erkennen Konflikte schneller und können gezielt reagieren.**

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter [www.SWR2.de](http://www.SWR2.de) und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:  
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/podcast-swr2-wissen-100.xml>

---

### **Bitte beachten Sie:**

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

### **Die SWR2 App für Android und iOS**

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...

Kostenlos herunterladen: [www.swr2.de/app](http://www.swr2.de/app)

## MANUSKRIFT

*Musik kurz frei, dann unterlegen und langsam weg*

### **O-Ton 1 Annika:**

Ich will ja einfach nur gesund werden, das macht ja überhaupt keinen Spaß eigentlich. Aber wenn es eben nicht sein muss, dann würde ich es auch nicht einsehen.

### **Autor:**

Die fünfzehnjährige Annika aus Baden-Württemberg leidet unter Anorexie, Magersucht. Sie wird dünner und dünner. Eine Entscheidung steht an: Soll sie sich stationär behandeln lassen, wochenlang in einer psychiatrischen Klinik?

### **O-Ton 2 Annika:**

Wir hatten die Station schon angeschaut und eigentlich: ich hatte die Einstellung: Ich brauche intensiv Hilfe, aber ich will eigentlich nicht. Also man redet ja da bei Anorexie von aller-, aller-, allermindestens sechs Wochen. Davor kommt man eigentlich gar nicht mehr raus.

### **Autor:**

Annika hat Glück. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ravensburg-Weissenau bietet ihr etwas Neues an: Eine so genannte stationsäquivalente Behandlung, abgekürzt „StäB“. Sie wird therapiert - aber in den eigenen vier Wänden.

### **O- Ton 3 Annika:**

Ich wollte einfach nicht so lange auf meine Familie, auf meine Schule, auf meine Freunde, auf meinen Sport - okay, Sport dürfte ich sowieso nicht machen - aber auf einfach alles verzichten. Habe ich mir eben gedacht: Super ich kann zu Hause bleiben und kriege trotzdem alles was ich brauch!

*Musik kurz hoch, dann weg*

### **Ansage:**

Psychisch kranke Kinder - Wie Therapie zu Hause gelingen kann. Eine Sendung von Martin Hubert.

### **O-Ton 4 Isabel Böge:**

Also erst einmal würde ich sagen, dass eine Station eigentlich, wenn irgend möglich, vermieden werden sollte.

### **Autor:**

Isabel Böge ist die Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrieabteilung des „Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg“. Ihr Team hat Annika in das StäB-Angebot in Ravensburg-Weissenau aufgenommen.

**O-Ton 5 Isabel Böge:**

Weil letztendlich man die Kinder aus dem sozialen Umfeld rausreißt, sie sind nicht mehr in der Schule, es ist schwierig in die Familie zurückzukommen, die Familie organisiert sich neu, wenn ein Kind über acht, über zehn, über zwölf Wochen weg ist, und psychiatrische stationäre Aufenthalte sind selten kürzer als sechs Wochen, wenigstens wenn es Regelaufnahmen sind.

*Musik kurz frei, dann unterlegen und langsam weg*

**Autor:**

Annika hatte vorher schon versucht, ambulant mit ihrer Anorexie klar zu kommen. Da musste sie tagsüber regelmäßig in die psychiatrische Klinik, konnte aber zu Hause wohnen bleiben und in ihre Schule gehen. Ihre Erfahrungen waren nicht so gut.

**O-Ton 7 Annika:**

Die ersten zwei Monate war überhaupt keine Psychologin für mich frei, das heißt, das war so ein Ding: „Iss mal, der Rest kommt schon mit“. Aber das Essen an sich - ist ja klar - das ist das Problem. Aber es wird durch etwas Psychisches ausgelöst und ich kann ja nicht das Symptom ohne die Ursache behandeln und deshalb hat es auch nicht auf Dauer funktioniert. Und als ich dann endlich eine Psychologin hatte, haben wir die Stunde meistens damit zugebracht, Termine auszumachen oder sie war krank und dann im Urlaub. Und es hat mir einfach nicht gereicht.

**Autor:**

Um intensiver betreut zu werden, schien es also wirklich nur noch eine Alternative zu geben: einen längeren stationären Aufenthalt.

**O-Ton 8 Annika:**

Wir haben noch gar nichts davon gewusst, wir haben gedacht, ambulant, Station, dazwischen gibt es einfach nix!

*Musik kurz hoch, dann weg*

**Autor:**

Annika hatte wirklich Glück. Denn für die meisten der etwa drei Millionen Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland psychische Auffälligkeiten zeigen, gilt immer noch die Alternative: „Ambulanz oder Station“.

Das Angebot in Ravensburg-Weissenau, Therapeuten regelmäßig nach Hause kommen zu lassen und Kinder in ihrem sozialen Umfeld zu betreuen, ist noch eine Ausnahme. Wenn es sich um schwere Störungen handelt, landen daher selbst kleine Kinder meist auf einer Station. Zum Beispiel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Uniklinikum Leipzig. Prof. Kai von Klitzing leitet sie. Er ist auch Präsident der World Association for Infant Mental Health – des Weltverbandes für psychische Kindergesundheit:

**O-Ton 9 Kai von Klitzing:**

Vierjährige! Mit denen setze ich mich zusammen, dann sage ich: Warum kommst du zu uns? Sagte es vielleicht erst mal: das weiß ich nicht. Sage ich, ja, das kann ich mir nicht vorstellen, du gehst zum Arzt und so. Und dann sagt er, ja, alle sind gegen mich, das sagen dann oft viele. Und dann versuche ich mit dem Kind ins Gespräch zu kommen, man kann das auch auf der Ebene des Spiels mit dem Kind recht gut anschauen, und es gibt Kinder, die erleben das dann subjektiv so, dass alle gegen sie sind und sie selber eigentlich nicht. Das bedeutet aber auch dann gleichzeitig, sie selber können auch gar nichts machen, also die Umwelt ist einfach feindlich. Das sind natürlich Kinder, die dann manchmal sehr schwer zu betreuen sind und wo die Therapie dann auch sehr schwierig wird.

**Autor:**

Im Regal des Chefarztzimmers liegen bunte Spielsachen und Puppen. Psychiaterinnen und Psychiater versuchen generell, die Atmosphäre auf den Kinder- und Jugendstationen so locker wie möglich zu gestalten. Die Wände sind bunt angemalt, es gibt Möglichkeiten, Spiele zu spielen, zu kneten oder zu malen, um Probleme darzustellen. Sport und gemeinsame Ausflüge gehören zum Programm, verschiedene Therapeuten und Psychologen stehen bereit. Doch die Kinder und Jugendlichen leben wochen- und monatelang in einem abgeschotteten Raum, gehen oft auch in eine eigene Schule in der Klinik. Für schwere Fälle sei das unerlässlich, meint Kai von Klitzing. Es sei dann oft auch besser, wenn die Kinder aus dem häuslichen Umfeld herauskämen, das möglicherweise für ihre Probleme mit verantwortlich sei. Gleichzeitig betont er, wie vorsichtig man sein müsse, wenn man Kinder als psychisch krank einstuft.

**O-Ton 10 Kai von Klitzing:**

Grundsätzlich definiere ich eine Krankheit immer dann, wenn die Entwicklung, der Gang der Entwicklung erheblich beeinträchtigt ist. Also wir fragen die Eltern immer nicht nur nach den Symptomen, sondern wie beeinträchtigend sind die Symptome. Also wenn zum Beispiel ein Kind neu in den Kindergarten kommt und hat da dann eine Trennungsangst, da kann man sagen, das ist jetzt zunächst einmal eine ganz normale Reaktion. Aber wenn dann die Dauer und die Intensität stärker werden, sodass dann zum Beispiel der Kindergartenbesuch dann gar nicht mehr möglich ist, dann würde ich dann schon von Krankheit sprechen, weil es dann eben die Entwicklung sehr beeinträchtigt. Das Kind kann nicht soziale Erfahrungen sammeln, kann überhaupt keine eigenen Wege für sich gehen, die Autonomieentwicklung ist gefährdet, es leidet offenbar offensichtlich, dann finde ich es schon berechtigt von Krankheit zu sprechen.

**Autor:**

Für die Diagnose können die Ärzte dabei nicht umstandslos auf die Definitionen der psychiatrischen Diagnosehandbücher zurückgreifen: Dort gibt es zwar auch Kapitel für Kinder und Jugendliche. Doch die meisten klinischen Studien zu psychiatrischen Erkrankungen sind nur an Erwachsenen durchgeführt worden. Wie problematisch es ist, herkömmliche Symptomfragebögen zur Diagnose auf Kinder anzuwenden, hat Kai von Klitzing mehr als einmal erfahren.

**O-Ton 11 Kai von Klitzing:**

Dann kriegen wir immer solche Quoten von 10 bis 20 % von Kindern, die symptomatisch sind und d.h. aber noch nicht, wie gesagt, dass sie dann krank sind und das heißt auch noch nicht, dass sie behandlungsbedürftig sind. Sind einfach mal symptomatisch, sie haben Symptome, Angstsymptome, Hyperaktivitätssymptome, Verhaltenssymptome. Und wenn man das dann eingrenzt und Bedeutung und Wichtigkeit ansieht und Intensität und Beeinträchtigung, dann kommen wir natürlich auf kleinere Quoten, also zum Beispiel Depression im eigentlich Sinne, da wären wir etwa bei 2 %, das ist eigentlich weltweit kann man das so sehen, Angststörungen sind etwas häufiger, vielleicht so um die 6% und dann gibt es noch diese Kombination aus Depressivität und Angst.

**Autor:**

Wenn man Kinder und Jugendliche psychiatrisch diagnostizieren und therapieren will, muss man den Kontext kennen, in dem sie leben, sagt Kai von Klitzing. Nur so lässt sich wirklich beurteilen, wie stark ihre Störungen sind und welche Faktoren dazu beitragen. Zum Beispiel bei einem Kindergartenkind, das Trennungsängste entwickelt.

**O- Ton 12 Kai von Klitzing:**

Also ich würde mir dann natürlich als Diagnostiker anschauen, wie dieser Kindergarten ist. Und wenn ich dann sehe, dass der Kindergarten zum Beispiel inadäquate Strukturen hat, dann würde ich schon sagen, dann ist das vielleicht schon auch ein berechtigter Protest des Kindes. Ich würde dann zweitens schauen, hat das Kind andere soziale Kontakte, hat es Freunde in der Straße, in der Nachbarschaft, dann würde es mich nicht zu sehr beunruhigen. Nicht aber wenn es dann den ganzen Tag isoliert ist, dadurch aber keine sozialen Erfahrungen macht und dann vor allen Dingen, was im Kindesalter sehr wichtig ist, kein Spiel entwickelt. Weil Spiel ist doch ein sehr wichtiger sozialer Faktor, wo das Kind experimentieren kann, seine Rolle in der Gesellschaft so auf einer Probeebene mal abhandeln kann, und wenn ich dann sehe, das ist alles beeinträchtigt, dann würde ich mir schon Sorgen machen.

**Autor:**

Um das umzusetzen zu können, sollte man „Hometreatment“ machen - also Patientinnen und Patienten zu Hause in ihrem gewöhnlichen Umfeld therapieren.

Das ist die Idee, die dem StäB-Konzept zu Grunde liegt, für das sich Annika entscheiden konnte.

*Akzent*

Das Programm hat sich nur langsam in Deutschland durchgesetzt, und zwar zunächst für Erwachsene. Einer, der es maßgeblich vorgebracht hat, ist Professor Arno Deister. Der Chefarzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin am Klinikum Itzehoe hat seine Abteilung schon vor mehr als 15 Jahren für Hometreatment umgestaltet. Er hat Teams gebildet, die zu den Patientinnen und Patienten nach Hause fahren.

**O-Ton 13 Arno Deister:**

Typischerweise sind mindestens zwei, ganz häufig drei Personen unterwegs. Das sind die Ärzte, die dort mitgehen, das sind die Sozialpädagogen, aus der Pflege jemand und das Prinzip, wenn ich nach Hause gehe, ist ein Netzwerkprinzip, wie wir das nennen. Das heißt es gehen nicht nur mehrere Leute hin, sondern der Versuch ist auch, dass Leute aus dem Umfeld des Patienten, also Angehörige, aber auch Freunde und Bekannte und andere Menschen, mit denen er in engeren Beziehungen steht, dass die mit einbezogen werden. Dass die Teil der Therapie werden, weil es ist ganz klar eine Besonderheit von psychischen Störungen, dass sie nie einen Menschen alleine, sondern erst einmal auch die Angehörigen oder das Umfeld betreffen, aber auch den Menschen in seinem Umfeld betreffen, in der Teilhabe, wie wir das nennen, an der Gesellschaft.

**Autor:**

Beim Hometreatment geht es darum, psychiatrische Leiden auch als soziales Leiden zu verstehen. Arno Deister hat sein Itzehoer Projekt für Erwachsene von unabhängigen Wissenschaftlern begutachten lassen. Die Auswertung verlief positiv.

**O-Ton 14 Arno Deister:**

Sie hat gezeigt, dass die soziale Integration der Patienten deutlich besser geworden ist. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen, da gibt es viele Studien darüber, bedeutet die Integration in die Gesellschaft, das subjektive Gefühl, wertgeschätzt zu werden in der Gesellschaft, wahrgenommen zu werden, auch auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein, das bedeutet einen ganz großen Teil von Lebensqualität. Das ist das, was die Patienten anstreben.

**Autor:**

Auch die Behandlungszeit der Patienten verkürzte sich im Schnitt um die Hälfte. Solche Ergebnisse haben mit dafür gesorgt, dass das Prinzip „Hometreatment“ im Jahr 2018 dann auch gesetzlich unter dem Namen „StäB“ verankert wurde. Die stationsäquivalente Behandlung wird seitdem von den Krankenkassen standardmäßig bezahlt - auch für Kinder und Jugendliche. „Stationsäquivalent“ ist dabei so definiert, dass einmal am Tag ein Therapeut bei den Betroffenen sein muss.

Für Erwachsene gibt es nun im Bundesgebiet bereits einige „Hometreatment“-Angebote. Bei Kindern und Jugendlichen dagegen sieht es anders aus. Bisher bietet nur die LVR-Klinik in Viersen das StäB-Programm für Kinder und Jugendliche an. Und als Vorreiter seit Anfang 2018 die Klinik in Ravensburg-Weissenau.

*Musik kurz frei, dann unterlegen und langsam weg*

**O-Ton 15 Annika:**

Es war mir immer ganz wichtig, dass ich alles Mögliche noch mal machen kann! Weil das ist so ein Gedankentunnel, wo man dann drin steckt, eigentlich kommt man gar nicht mehr raus aus den Ess-Gedanken. Vor dem Essen denkt man, was werde ich jetzt gleich essen, was werde ich essen *müssen*. Ist da jemand, der zuschaut, sind da meine Eltern, die kontrollieren, dass ich nichts verschwinden lasse, dass ich alles wirklich esse? Und kaum ist man fertig, dann regt man sich auf, macht sich ein schlechtes Gewissen (*klatscht in die Hände*), mein Gott was habe ich da wieder alles

gegessen? Und darum ist es halt ganz wichtig, oder für mich war das halt so, dass ich in meinem Freundeskreis bleibe, dass ich meine Hobbys weiter ausführen kann.

**Autor:**

Warum tut sich so wenig, wenn die Vorteile einer Therapie zu Hause auf der Hand zu liegen scheinen? Bei Kindern und Jugendlichen ist es ja besonders wichtig, die Umweltfaktoren ihrer Erkrankung zu identifizieren. Denn sie bestimmen wesentlich darüber mit, ob eine Disposition zur Erkrankung ausbricht oder nicht.

Je früher man auf sie einwirkt, desto besser kann man verhindern, dass die Erkrankung chronisch wird und die Betroffenen ein Leben lang begleitet.

Grundsätzliche Einwände gegen die stationsäquivalente Behandlung von Kindern und Jugendlichen hört Isabel Böge von der Psychiatrie Ravensburg-Weissenau daher nicht. Viele Kliniken würden sogar sagen, dass sie das StäB-Programm auch gerne hätten. Doch es fehlt der Wille zur Umsetzung.

**O-Ton 16 Isabel Böge:**

Man braucht sehr gut geschulte Mitarbeiter. Man muss sich dann gegenseitig vertrauen, man muss sehr eng Hand in Hand arbeiten, sie brauchen einen guten Aufbau der Technik, damit der nächste Mitarbeiter am nächsten Tag genau weiß, was der Mitarbeiter vorher gemacht hat und genau dort anknüpft. Und das aufzubauen kostet Zeit, es braucht einen Menschen, der es durchtragen möchte und ein sehr engagiertes Team, das bereit ist, dort auch am Anfang wenigstens über gewisse persönliche Grenzen, wie Zeiten - wann fährt man in die Familie, wie weit ist man bereit zu fahren - zu gehen.

**O- Ton 17 Volker Guthardt:**

Ich habe auf der Station, wo ich vorher gearbeitet habe als Krankenpfleger relativ viel Elternarbeit gemacht und hatte das Gefühl, die Eltern sind zwar erreichbar, weil das auch ein Wunsch ist von den Eltern, Kontakt zu haben oder auch Anleitung zu bekommen und Coaching zu bekommen. Aber es reicht da nicht aus, einmal pro Woche abends einen Termin anzubieten.

**Autor:**

Der Krankenpfleger und systemische Kinder- und Jugendlichen-Therapeut Volker Guthardt hat sich für das Weissenauer StäB-Team gemeldet - auch in Folge seiner Erfahrungen auf der Klinikstation.

**O-Ton 18 Volker Guthardt:**

Das war schon ein Hauptgrund, mich dafür zu entscheiden, in die Familie zu gehen. Zumal ich glaube, dass Kinder Jugendliche und Eltern sich in dem Kontext noch einmal ganz anders zeigen können und vielleicht auch trauen als in einen offiziellen Rahmen auf der Station.

**Autor:**

Das StäB-Team in Ravensburg-Weissenau besteht aus einer leitende Fachärztin und zwei so genannten „Fallgruppen“, die sich drei Familien teilen und für sie verantwortlich sind. Dazu gehören eine Psychologin, ein systemischer Familientherapeut und eine Jugend- und Heimerzieherin. Außerdem Erlebnispädagogen sowie Kunst- und Ergotherapeuten, die je nach Bedarf eingesetzt werden.

Wenn Ärzte und Therapeutinnen der Meinung sind, dass die Behandlung zu Hause besser für den jungen Patienten ist, kann ohne große Bürokratie damit begonnen werden. Vorausgesetzt natürlich, die Eltern sind einverstanden. Zu Beginn entwirft das StäB-Team zusammen mit dem Patienten und den Eltern einen Behandlungsplan. Er definiert genaue Ziele. Über den täglichen Besuch eines Therapeuten oder einer Therapeutin hinaus gibt es einen Notdienst, den man rund um die Uhr erreichen kann. Üblicherweise dauert die Therapie dann sechs Wochen. Das Konzept wird für Kinder zwischen fünf und 17 Jahren angeboten – und das Team kann mit ganz unterschiedlichen psychischen Problemen konfrontiert werden.

**O-Ton 19 Isabel Böge:**

Im Kindesalter tatsächlich primär das ADHS, auch Störung des Sozialverhaltens oder Trennungsängstlichkeit mit Schulvermeidung, im mittleren Jugendalter haben sie eher eine zunehmende Störung des Sozialverhaltens, d.h. die Kinder fangen schon an zu stehlen, fangen an sich zu prügeln, fangen an aus den Schulen rauszufliegen und dort fangen dann die ritzenden Mädchen an zusammen mit Depressionen oder zunehmendem ausagierendem Verhalten. Während wir am älteren jugendlichen Alter eher die psychotischen Jugendlichen haben, die beginnenden Persönlichkeitsstörungen und die schweren Depressionen.

**Autor:**

Die Therapeutinnen und Therapeuten sind natürlich für alle diese Problemfelder ausgebildet. Als StäB-Mitarbeiter müssen sie aber noch zusätzliche Voraussetzungen mitbringen.

**O-Ton 20 Nadine Buchmüller:**

Das selbständige Arbeiten und das, dass man nicht weiß, was erwartet mich hinter der Tür? Also das muss man sich auf jeden Fall zutrauen.

**Autor:**

Nadine Buchmüller ist die Pflege-Leiterin im Weissenauer StäB-Team. Sie ist für das Organisatorische zuständig, coacht aber auch ab und zu Eltern.

**O-Ton 21 Buchmüller:**

Das Team ist einfach eigenständiger, arbeitet eigenständiger. Auf den Stationen gibt es so bestimmte Festlegungen: Welche, wie viele Leute müssen hier sein, wann sind die Übergaben, Visiten usw.? Das ist eine ganz andere Tagesstruktur wie bei uns, hier es ist doch viel freier, wie die Leute arbeiten. Wir haben schon so Eckpunkte, wo wir uns treffen oder die wöchentliche Visite oder Fallbesprechung, an der alle teilnehmen sollen.

Aber ansonsten ist es doch sehr lebendig und viele sind unterwegs, kommen kurz zurück, dokumentieren, sind wieder irgendwie auf dem Sprung, das ist ein ganz anderes Arbeiten wie auf der Station.

**Autor:**

Jeden Tag fährt ein anderer Therapeut für 50 bis 90 Minuten in das Haus eines jungen Patienten, auch am Wochenende und an Feiertagen.

Das sei immer wieder ein kleines Abenteuer, meint Gabi Kugel, die Heilpädagogin des Teams. Sie interessiert sich vor allem für die Entwicklungsprobleme der Kinder.

**O-Ton 22 Gabi Kugel:**

Ich klingele an der Haustür, Ding Dong, ich bin megagespannt, wer macht mir auf? Und ich gehe in die Familie rein, ich bin ja irgendwie, komme von außen, ich habe eine andere Gangart wie auf der Station. Ich gehe ja jemanden besuchen, also ich guck zunächst mal, aha, wie sind die Gepflogenheiten da? Ich sammle Eindrücke, ich bin vorsichtig, also das heißt ich gehe da mit einer ganz anderen Aufmerksamkeit rein und es ist eine sehr, sehr spannende Geschichte. Und was ich auch sehe ist, dass ich innerhalb einer Woche die Problematik auf dem Tisch habe. Wenn ich auf der Station arbeite, habe ich oft nur das Kind und immer wieder mal die Eltern und da dauert das länger, bis die Problematik auf den Tisch kommt.

**Autor:**

Ein positives Abenteuer - auch für Annika.

*Musik kurz frei, dann unterlegen und langsam weg*

**O-Ton 23 Annika:**

Zuerst hatte ich so ein bisschen schon so Bedenken, wie das denn sein wird, wenn jetzt jeden Tag jemand anderes kommt und ich hab jetzt nicht so die Person, wo ich weiß, die ist für mich zuständig. Aber ich habe gemerkt, das ist richtig gut, also das tut der Sache überhaupt keinen Abbruch. Also ich staune nach jeder Stunde eigentlich, was man über sich selber rausfindet. Es kommt natürlich darauf an, ist es jetzt der Kunsttherapeut, der Erlebnistherapeut oder auch einfach nur der Psychologe oder der Verhaltenstherapeut, dann findet man zum Beispiel heraus, was für Gedankenschemen habe ich. Ich gehe zum Beispiel immer mit derselben Grundeinstellung an irgendetwas hin, nämlich das muss hunderttausendprozentig perfekt werden. Und da findet man einfach ganz viele solche Schemen raus und überlebt sich mal, das ist eigentlich gar nicht zu positiv und dann aber auch, wie kann ich das jetzt wirklich verändern?

**Autor:**

Der Erlebnispädagoge geht zum Beispiel mit Annika wandern oder auf ein Hochseil. Mit dem Kunsttherapeuten malt sie Bilder, der Verhaltenstherapeut lässt sie Denkfehler aufschreiben. So erfährt sie quasi von selbst, dass der Drang, etwas hundertprozentig zu beherrschen, auch hinter ihrer Essstörung liegt.

**O-Ton 24 Annika:**

Das ist irgendwie ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle löst das aus, wenn man das jetzt einfach schafft, nicht zu essen. Das ist genauso wie das Befriedigung bei einem gesunden Menschen auslöst, Schokolade zu essen, löst es bei jemand mit meiner Diagnose eben die Befriedigung aus, wenn man sagen kann, ich habe es geschafft nicht zu essen.

**Autor:**

Konflikte in der Familie, sagt Annika, waren bei ihr nicht so das Problem. Aber trotzdem hat sie Druck verspürt.

**O-Ton 25 Annika:**

Am Anfang war es immer so, was ich natürlich auch komplett verstehe und wofür eigentlich ich auch dankbar bin. Meine Eltern, die haben halt natürlich das Gefühl gehabt, wenn sie nicht auf mich aufpassen, dann verhungere ich eines Tages. Also ist es eigentlich die klare Elternpflicht, darauf zu schauen, dass ich esse. Drum hat mich dann auch umso wütender gemacht, wenn sie es praktisch geschafft haben, mich zu zwingen.

*Musik kurz hoch, dann weg*

**Autor:**

Vor Ort bekommen die Therapeutinnen und Therapeuten solche subtilen Spannungen authentischer mit.

**O-Ton 26 Isabel Böge:**

Vielleicht kann ich das an einem Beispiel erzählen von einer Therapeutin, die dort war und mit Annika gerade die Schwierigkeit der Dominanz der Eltern in Einforderung des Essens schilderte und besprach. Und die Frage, wie können sich die Eltern dort vielleicht auch anders verhalten?

**Autor:**

In dem Augenblick kam der Vater ins Zimmer und stellte Annika und der Therapeutin ein riesiges Stück Torte auf den Tisch.

**O-Ton 27 Isabel Böge:**

Das ist eine Erfahrung, die man so nicht im Stationsalltag hat, weil die Eltern eigentlich komplett raus sind und man viel weniger die Dynamik, die oft eine Erkrankung auch in einem System hat, mitbekommt. In dem Fall hat die Therapeutin gesagt, okay, und genau das besprechen wir am nächsten Tag im Elterngespräch, wo war vielleicht der „Fehler“ in dieser Handlung? So dass sich die Eltern dann, wenn sie mitarbeiten, auch bereit sind, anzupassen.

**Autor:**

Annika braucht auch Freiräume, in denen sie nicht mit dem Druck zu essen konfrontiert wird.

Wenn es die Betroffenen wünschen, kommt ein Therapeut auch mal zu einem zusätzlichen Termin in die Familie. Samstags können die Familien an einer Gruppentherapie in der Klinik teilnehmen. Und wenn es nötig ist, bezieht das StäB-Team auch Freunde und Freundinnen, die Großeltern oder die Schule in die Behandlung mit ein.

Ab und zu entdecken die StäB-Therapeuten auch Verstöße gegen das Kindeswohl – von Vernachlässigung bis zum sexuellen Missbrauch. Sie erkennen sie meist vor dem Jugendamt, weil sie näher an der Konfliktzone sind, und können das Amt dann frühzeitig informieren.

Bei der Therapie im heimischen Umfeld können sich auch überraschende Zusammenhänge offenbaren. Isabel Böge erinnert sich an einen Patienten, der zunächst stationär behandelt wurde:

**O-Ton 28 Isabel Böge:**

Wir hatten einen Jungen auf der Station mit der Diagnose soziale Phobie, der ging nicht aus dem Haus, der ging nicht in die Schule. Und der integrierte sich völlig normal in die Station, ging mit jedem in Kontakt, ging Einkaufen in die Stadt und wir verstanden nicht wirklich warum? Die Eltern waren nett, die verstanden auch nicht warum es bei uns klappte.

**Autor:**

Also entschied sich das Team den Jungen ins Hometreatment zu überführen.

**O-Ton 29 Isabel Böge:**

Und der Mitarbeiter fuhr vor das Haus und fand eigentlich wie bei einer Burg eine Wallmauer vor dem Haus vor, mit Steinen, man konnte gar nicht drüber gucken, trotzdem kam der Vater sofort raus und begrüßte ihn, was im ersten Moment etwas verwunderte. Und als der Mann ins Haus kam, war in jedem einzelnen Zimmer eine Kamera, die nach außen ging, weil die einmal ein Kind im jungen Alter verloren hatten und eine panische Angst hatten, erneut ein Kind zu verlieren und die soziale Phobie erklärte sich von selbst. Und nachdem wir das Trauma therapeutisch gelöst hatten, war dieser Schulbesuch und die Party mit Freunden überhaupt kein Problem mehr.

**Autor:**

Die Therapiemethoden selbst sind beim Hometreatment nicht neu. Es gibt Einzel- und Familiengespräche, Kunst-, Spiel- oder Verhaltenstherapie, so wie bei einer stationären Behandlung auch. Der geregelte Tagesablauf in einer Klinik und der Kontakt zu anderen Patienten kann für manche Kinder hilfreich sein. Andere leiden in der Klinik unter starkem Heimweh, vermissen ihre Freunde und gewohnten Freizeitaktivitäten. Je nach Diagnose kann die Therapie zu Hause geeigneter sein – und verschafft den Therapeuten eine größere Perspektive. Sie nehmen mehr alltägliche Konflikte wahr und können gezielter und schneller auf Situationen reagieren. Hilft die Behandlung zu Hause den jungen Patientinnen und Patienten?

*Musik kurz frei, dann unterlegen und langsam weg*

**O-Ton 30 Annika:**

Es ist so, ich hab jetzt, naja - also für mich ist Essen immer noch das notwendige Übel, sage ich jetzt mal, aber ich habe es inzwischen geschafft, dass ich so viel zugenommen habe, dass ich wieder Sport machen kann und mich bewegen kann. Das macht es mir wieder leichter, wenn ich sage, ich war jetzt 30 Minuten schwimmen, dafür muss ich jetzt halten eine Scheibe Brot mehr essen, ist halt so, ist ganz normal. Ich finde also, es ist schon leichter und was ich ganz wichtig finde: Ich habe langsam herausgefunden, woher das denn eigentlich kommt, denn ich denke, nur wenn ich das weiß, kann ich auch irgendwo was verändern und dann eben besser werden lassen.

**Autor:**

Und die Beziehung zu den Eltern?

**O-Ton 31 Annika:**

Sie haben es mir eigentlich nicht gesagt, aber ich merke schon, weil ja, das Verhältnis ist einfach viel, viel entspannter geworden.

*Musik kurz hoch, dann weg*

**Autor:**

Das StÄB-Programm in Ravensburg-Weissenau läuft noch zu kurz, um wissenschaftlich beurteilt zu werden. Aber es gab dort ein Vorgängerprojekt für Kinder und Jugendliche, das wissenschaftlich ausgewertet wurde. Die Ergebnisse sind ähnlich wie beim Itzehoer Projekt für Erwachsene.

**O-Ton 31b Isabel Böge:**

Rausgekommen ist, dass wir gleich effektiv sind wie stationäre Behandlung.

**Autor:**

Effektiv heißt, die Symptome wurden reduziert.

**O-Ton 32 Isabel Böge:**

Im allerersten Moment aus Sicht der Jugendlichen nicht ganz so gut wie eine stationäre Behandlung, was aber daran liegt, dass die Jugendlichen schon wieder in Kontakt mit den Familien waren in der Home Treatment-Behandlung und damit aus dem eigentlichen Konfliktfeld nie ganz rausgenommen waren. Das hat sich auch sofort nach acht Monaten nivelliert. Dort waren die Hometreatment-Patienten stabiler und mit besserem Ergebnis als die stationären Patienten, die wieder vom Behandlungseffekt etwas verloren hatten.

**Autor:**

Und - selbst für die Psychiater etwas überraschend: Hometreatment war sogar billiger im Vergleich zu einer stationären Behandlung.

**O-Ton 33 Isabel Böge:**

Wir hatten in dieser initialen Studie im Vergleich zum stationären Patienten 6900 € gespart am Ende der Behandlung. Und ich habe dann noch berechnet, ob eventuell, wenn man Jugendhilfekosten mit hinein berechnet, die ja vielleicht höher angesetzt sind bei den Hometreatment-Patienten oder auch ambulante jugend- und kinderpsychiatrische Leistung noch mit rein rechnet im Verlauf, ob wir dann teurer werden und damit den Gewinn nicht mehr haben nach acht Monaten. Wir hatten aber nach acht Monaten ungefähr 8000 € gespart, das heißt wir sind eigentlich sogar noch kosteneffektiver gewesen.

**Autor:**

Die Studienautoren fragten auch danach, welche Kompetenzen die Kinder, Jugendlichen und Eltern dazu gewonnen hatten. Welche Einsichten hatten sie während der Behandlung? Welche Fähigkeiten konnten sie erwerben, um mit ihren Problemen künftig besser umzugehen?

**O-Ton 34 Isabel Böge:**

Die Jugendlichen auf der Station haben gesagt, dass sie ungefähr siebzig Prozent Kompetenzzugewinn hatten, während die Eltern des zu fünfundzwanzig Prozent nur angegeben haben. Und die Jugendlichen im Hometreatmentprojekt und die Eltern im Hometreatmentprojekt haben jeweils angegeben, dass sie auch ungefähr siebzig Prozent Zugewinn hatten, d.h. dass die Eltern im Hometreatment einen deutlich höheren Profit für sich sehen als die Eltern einer stationären Behandlung.

**Autor:****Das heißt:**

Die therapeutischen Effekte halten bei den Kindern und Jugendlichen im Hometreatment länger an. Und die Eltern lernen besser mit ihren Kindern umzugehen.

**O-Ton 35 Isabel Böge:**

Wir haben uns auch noch angeschaut gehabt, was die Eltern dazu sagen, dass man zu ihnen nach Hause kommt. Ob sie das störend finden oder ob sie das komisch finden, wenn jeden Tag ein Psychiater an ihrem Küchentisch sitzt. Das wurde allerdings erst sogar als hilfreich angesehen, weil sie dann die Fahrten hier im ländlichen Gebiet nicht auf sich nehmen mussten.

**Autor:**

Es spricht also nichts dagegen, die stationsäquivalente Behandlung bei Kindern und Jugendlichen umzusetzen Auch im Olgaspedial in Stuttgart und in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ludwigsburg schickt man zum Beispiel Teams inzwischen nach draußen.

*Musik kurz frei, dann unterlegen*

**O-Ton 36 Annika:**

Ich merke eigentlich jedes Mal, wenn der Therapeut zur Tür herausgeht, es hat irgendwie gutgetan, mir geht es besser und es verleiht einem auch immer eine Sicherheit, weil eigentlich immer, wenn jemand kommt, dann ist die Frage: Hast du irgendetwas auf dem Herzen? Und dann kann man daherkommen und sagen „Ich weiß nicht was für Socken ich anziehen soll“. Theoretisch! Also man weiß immer, da ist irgendjemand da.

*Musik langsam weg*

\* \* \* \* \*