

Meng, Heiner und Bürgin, Dieter

Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 5, S. 373-384

urn:nbn:de:bsz-psydok-43739

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (“There isn’t room for anything more” – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent’s body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (O. Bilke)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (C. von Bülow-Faerber)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (R. Ebner)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (I. Seiffge-Krenke)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (L. Goldbeck)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (D. Gröschke)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (M. Hirsch)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (J. Wilken)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (L. Unzner)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (B. Gussone)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (K. Brüggemann)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (L. Unzner)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (L. Unzner)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (D. Irlich)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (J. Koch)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (D. Irlich)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburg, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehr</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>)	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>)	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Mickley</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>)	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Gooor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagan, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung

Heiner Meng und Dieter Bürgin

Summary

Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience

After a controversial discussion, the adolescent department of the child and adolescent psychiatry clinic of the university of Basle (KJUP) opened seven years ago as an open ward for the treatment of acute psychiatric breakdowns in adolescents. Meanwhile more than 22.000 days of care have been provided. The patients suffered from the whole range of psychiatric illnesses. The lack of possibilities to engage in an examination of security measures lead to an increased involvement in relationships between patients and his/her parents and the staff. Yet there are limits in treating psychiatric patients in an open ward. A *conditio sine qua non* is the possibility to hospitalise patients in peaks of crisis in the locked ward of the adult department of the university clinic. In the first seven years, 13 patients had to be transferred to the locked ward for a total of 0.05 ‰ of the days of care, 6 of whom returned to the adolescent department after a short while (2.6 days in average). In the rest of the time, the advantages of an open setting could be used to the full extent.

Zusammenfassung

Die Jugendpsychiatrische Abteilung (JPA) der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und Poliklinik Basel (KJUP) wurde nach einer kontrovers geführten Diskussion vor sieben Jahren als offene Akutabteilung eröffnet. Bis heute sind über 22.000 Pflégetage zu verzeichnen. Die behandelten Patienten litten an Störungen aus dem Gesamtbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Wegfallen der Versuchung, die Energie der Auseinandersetzung in das Überwinden von Sicherungssystemen zu lenken, führte zu einer vertieften Auseinandersetzung innerhalb der angebotenen Beziehungen. Der Akutbehandlung Jugendlicher im offenen Rahmen sind Grenzen gesetzt. Sie läßt sich nur realisieren mit der Möglichkeit,

Patienten notfalls kurzzeitig in eine geschlossene Abteilung zu verlegen. In der Beobachtungsperiode mußte von diesem Angebot der Psychiatrischen Universitätsklinik zwar oft im Verhandlungsgespräch mit Patienten, effektiv aber nur in 0.05 ‰ der Pflagezeit (d.h. 13mal) Gebrauch gemacht werden. Sechs dieser Patienten konnten nach kurzer Zeit wieder zurückgenommen werden. Damit konnten in allen übrigen Situationen die Vorteile des offenen Rahmens für die Behandlung voll genutzt werden.

1 Einleitung

Im August 1993 traten die ersten Patienten in die damals neu eröffnete Jugendpsychiatrische Abteilung (JPA) der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und Poliklinik Basel (KJUP) ein (Meng u. Bürgin 1998). Deren Auftrag ist die stationäre Behandlung akut psychisch erkrankter Jugendlicher. Während der langjährigen Vorarbeiten wurde die Frage kontrovers diskutiert, ob die neu zu schaffende Abteilung offen geführt werden solle, beziehungsweise ob dies überhaupt möglich sei. Mittlerweile wurden über 130 Patientinnen und Patienten in insgesamt über 22.000 Pflagezeiten behandelt. Schon aufgrund der gewählten baulichen Infrastruktur der Abteilung wurde diese, abgesehen von einem Versuch (siehe Fallvignette), im psychiatrischen Sinn nie geschlossen. Aufgrund unserer Erfahrungen betrachten wir heute das offene Behandlungskonzept als wesentliche therapeutische Ressource und antiregressives Element selbst in Akutsituationen.

Presting und Mitarbeiter (1998) haben eine fundierte strukturelle Analyse aller stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen aus zwei Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland vorgelegt, die eindrücklich die große Heterogenität dieser Fachkliniken belegt und auch zeigen konnte, daß es den „Prototyp“ einer jugendpsychiatrischen Klinik nicht gibt. Die vorliegenden Ergebnisse können nicht unbesehen verallgemeinert werden, obschon sich fachspezifische Wirkprinzipien erkennen lassen.

2 Die Bedeutung des offenen stationären Settings

Die JPA wurde als offene Abteilung konzipiert und ist dies bis heute geblieben. Alle Jugendlichen wissen, daß sie notfalls weglaufen könnten; sie wissen allerdings ebenso, daß die Mitarbeiter dies nicht gutheißen würden. Dies ist nur dann ein Widerspruch, wenn man ein Weglaufen unter allen Umständen verhindern wollte. Dieses Setting hält die Patienten dazu an, die Ambivalenz in bezug auf den Entscheid „flüchten oder standhalten“ zu ertragen beziehungsweise zu klären, was mit vielfältigen weiteren Vorteilen verbunden ist. Der Verzicht auf Gitter und Schlösser ist ein wesentlicher Pfeiler im Bemühen der Mitarbeiter, den jugendlichen Patienten zwischenmenschliche Beziehungen anzubieten. Je höher die systematischen Sicherungsmöglichkeiten bezüglich Weglaufen sind, desto größer ist auch die Versu-

chung, das Sicherungskonzept auszutricksen, wodurch wertvolle Zeit und Energie fehlgeleitet würde und der beziehungsmäßigen Auseinandersetzung und dem Entwicklungsprozeß nicht mehr zur Verfügung stünde. Die Beziehung zu den Mitarbeitern, dem wertvollsten „Heilmittel“ der Abteilung, steht im Zentrum der therapeutischen Bemühungen und nicht die Überwachung einer Sicherungsstruktur. Dies entspricht einem konsequenten Weiterdenken des Prinzips, Konflikte sich möglichst in Beziehungen rekonstellieren zu lassen, denn nur dort können sie verstanden und bearbeitet werden. Zudem ist es für die betroffenen Jugendlichen oft erleichternd, im Notfall „auf Kurve“ gehen zu können (d.h. sich ohne Absprache von der Abteilung zu entfernen), sei dies real oder in der Phantasie. Wenn die Belastung scheinbar unerträglich wird, kann es besser sein, daß ein Patient für kurze Zeit den Raum außerhalb des Hauses beansprucht, als daß eine erzwungene Konfrontation auf der Abteilung zur Eskalation führt.

Diese Form des Arbeitens ist anstrengend und anspruchsvoll, da sie das Mühsame einer konfliktgeladenen und zugleich schmerzlichen Auseinandersetzung enthält. Der therapeutische Prozeß gewinnt dadurch aber an Wahrhaftigkeit, Unmittelbarkeit und Effizienz. Dieses Vorgehen erleichtert es, im Dreieck Patient – Eltern – Mitarbeiter die bestimmenden Kräfte transparenter zu Tage treten zu lassen. Im Zweifelsfall kann die Frage zwischen Eltern und Sohn/Tochter (mit Hilfe der Mitarbeiter/-innen) leichter geklärt werden, ob der Entscheid, das Leiden des Patienten *jetzt* und *in der JPA* behandeln zu lassen, wirklich der richtige gewesen ist: Eine zentrale Frage, gerade zu Beginn einer Behandlung! Gerade bei Minderjährigen droht, unter dem Eindruck der vermeintlichen Macht einer Klinik, die hinter einem Sicherungssystem leicht vermutet werden könnte, die Tatsache vergessen zu gehen, daß die Eltern in der Regel jederzeit das Recht und die Pflicht behalten, den Aufenthalts- und Behandlungsort ihrer Kinder zu bestimmen und ihn gegenüber ihren Kindern auch zu verantworten. Nur zu leicht kann sich durch eine Verschleierung dieser Tatsache unbemerkt eine Verschiebung zentraler Konflikte einschleichen, welche dann schwer zu entschlüsseln ist.

3 Die Thematik in der aktuellen Literatur

Eine ausgedehnte Recherche in verschiedenen Datenbanken (Medline, Psychiatry, Psyn dex und PsycINFO) über den Zeitraum der letzten 10 Jahre (oder mehr, je nach Datenbank) mit den Suchbegriffen „child-“,and/or „adolescent-psychiatry“ einerseits und – je nach Thesaurus der verschiedenen Datenbanken – unterschiedlichen Suchbegriffen wie „locked ward“, „secure unit“, „seclusion“, „psychiatric ward“, „security“, „geschlossen“ andererseits führte uns zu keiner Publikation, die sich mit der hier diskutierten Thematik auseinandersetzt. Dies ist zumindest überraschend, ist doch die Diskussion um die Polarität zwischen Aussonderung und Integration psychisch kranker Menschen so alt wie die custodiale Behandlung seelischen Leidens schlechthin (Müller 1997). Dies mag im häufigen Phänomen begründet sein, daß die Belange stationär behandelter Kinder und Jugendlicher unter den Kategorien der Erwachsenenpsychiatrie subsummiert werden, oder die Diskussion dieses The-

mas vorwiegend in der Laienpresse zu finden ist. Ein Rückgriff auf die Literatur rund um das time-out beziehungsweise das zeitlich begrenzte Isolieren oder physische Fixieren von Kindern und Jugendlichen, zu dem sich immerhin eine Anzahl von Arbeiten finden ließen (engl. „seclusion“; der Begriff ist nicht klar definiert; Lendemeijer u. Shortridge-Baggett 1997), ist im Zusammenhang mit der Frage nach den Implikationen eines grundsätzlich geschlossenen Behandlungssettings nur bedingt möglich. Mason und Alty (1994) beobachteten aber, daß Argumente *für* den Einsatz von Isolierpraktiken vorwiegend auf einer theoretischen Basis vorgebracht werden, wobei Argumente *gegen* deren Einsatz eher moralischer Natur sind oder sich auf anekdotische Evidenz stützen. Möglicherweise gilt eine vergleichbare Gesetzmäßigkeit für die hier diskutierte Thematik. Selbst im Zusammenhang mit dem Isolieren von Kindern und Jugendlichen ist die Literatur bei weitem zu spärlich, als daß auf wissenschaftlicher Basis gültige Aussagen gemacht werden könnten (Brown et al. 2000). Im weiteren Kontext mit der hier angeschnittenen Thematik haben Presting et al. (1998) die eingangs zitierte versorgungsepidemiologische Analyse der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage aus zwei Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland (Niedersachsen und Bremen) vorgelegt. Sie beeindruckt namentlich mit dem Nachweis der großen Variabilität der erfaßten Parameter, die sich nicht nur auf unterschiedliche strukturelle Gegebenheiten stützt, sondern diagnostische Fragen, therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Frage der Diagnosegebundenheit der Medikation mit einschließt. Die Autoren machten deutlich, wie wenig es den „Prototyp stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Abteilungen“ gibt. Um so wichtiger scheint es, sich mit grundsätzlicheren Wirkprinzipien auseinander zu setzen, die strukturunabhängig die klinische Phänomenologie beeinflussen.

4 Beschreibung der behandelten Patienten

Vom August 1993 bis August 2000 wurden 138 Patienten in der JPA stationär behandelt. Deren Altersverteilung ist in Abbildung 1 wiedergegeben.

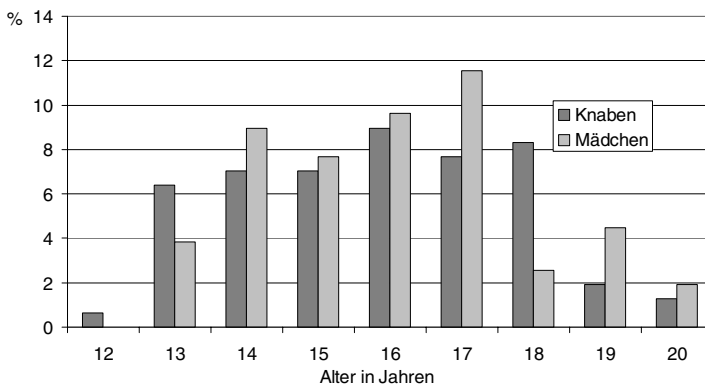


Abb. 1: Altersverteilung der Patienten

Aufgrund der Tatsache, daß der Personalbestand nicht für eine Aufnahmefähigkeit rund um die Uhr berechnet worden ist und die Abteilung zu durchschnittlich 98 % belegt ist (beziehungsweise über weite Strecken überbelegt war), blieben den Möglichkeiten, Akutaufnahmen zu realisieren, Grenzen gesetzt.

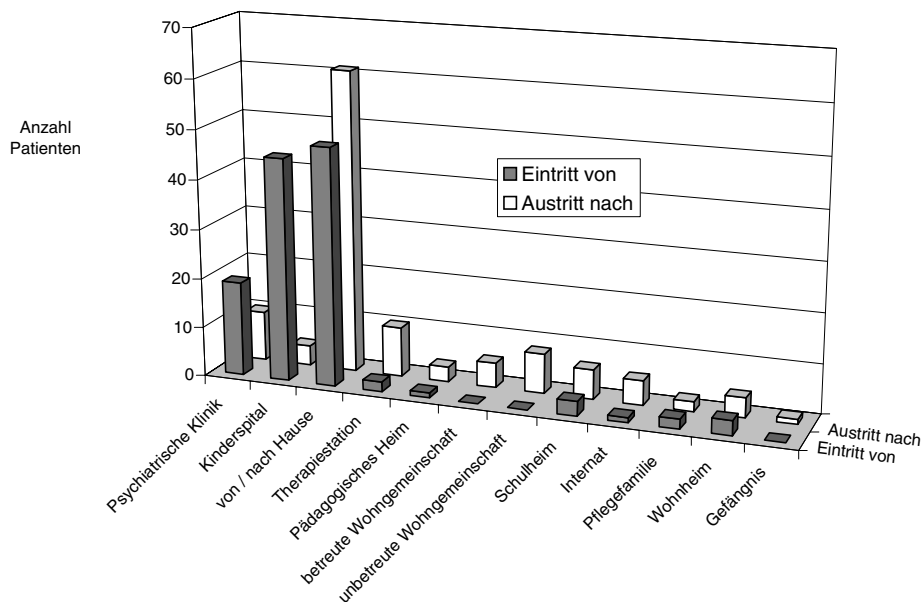
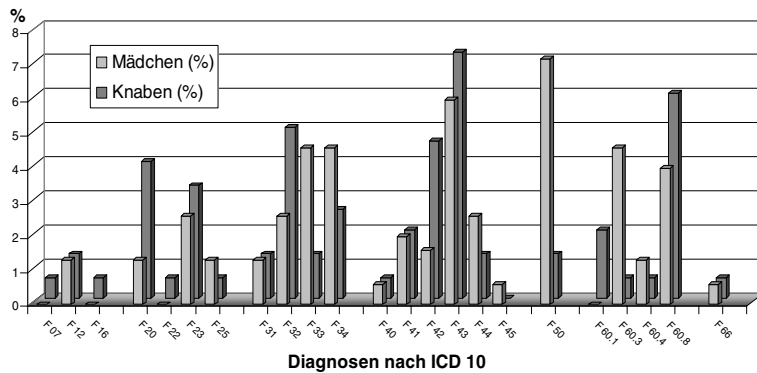


Abb. 2: Herkunfts- und Austrittsorte (August 1993 bis August 2000)

Die Herkunfts- und Austrittsorte der Patienten gehen aus Abbildung 2 hervor. 18 Patienten (15 %) wurden aus einer Psychiatrischen Klinik für Erwachsene zu uns verlegt. Alle andern traten aus einem „offenen Rahmen“ zu uns ein, die größte Gruppe aus der Beobachtungsstation der Universitätskinderklinik, wo die KJUP für die Behandlung der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten verantwortlich ist und wo, aufgrund des anderen Behandlungsauftrags, Aufnahmen in Notfallsituationen leichter erfolgen können.

Die Probleme der Interrater-Reliabilität bei diagnostischen Zuordnungen wie auch die Besonderheiten der einzelnen Kliniken setzen einer „Objektivität“ von Diagnosen enge Grenzen (Presting et al. 1995, 1998). Geordnet nach diagnostischen Gesichtspunkten, verteilen sich die Patienten, aufgrund ihrer Austrittsdiagnose wie in Abbildung 3 dargestellt auf die diagnostischen Kategorien der ersten Achse des MAS der ICD-10 (Remschmidt u. Schmidt 1994) (klinische Diagnosen, Mehrfachnennungen möglich):¹

¹ Auf eine Angleichung der diagnostischen Kategorien an andere Studien wird aus den obgenannten Gründen, aber auch mit Rücksicht auf eine präzisere Darstellung der lokalen Gegebenheiten, verzichtet.



Legende:

F 07 organische Persönlichkeitsstörungen
 F 12 Störungen durch Cannabinoide
 F 16 Störungen durch Halluzinogene
 F 20 Schizophrenie
 F 21 Schizotype Störungen
 F 23 Vorübergehende psychot. Störung
 F 25 Schizoaffektive Störung

F 31 Bipolare affektive Störungen
 F 33 Rezidiv. Depressive Störungen
 F 34 Anhaltende affektive Störungen
 F 40 Phobische Störungen
 F 41 Angststörungen
 F 42 Zwangsstörungen
 F 43 Anpassungsstörung

F 44 Dissoziative Störungen
 F 45 Somatoforme Störungen
 F 50 Essstörungen
 F 60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung
 F 60.3 Borderline Persönlichkeitsstörung
 F 60.4 Hysterische Persönlichkeitsstörung
 F 60.8 Narzisstische Persönlichkeitsstörung
 F 66 Störungen der sexuellen Entwicklung

Abb. 3: Diagnosegruppen nach ICD-10 (August 1993 bis August 2000)

5 Vorkehrungen für Krisensituationen

Wir vertreten gegenüber unseren Patienten den Grundsatz, daß wir Androhung oder Ausübung von Gewalt weder gegenüber der eigenen Person noch gegenüber andern tolerieren. Das Anwenden von Gewalt ist mit einem Aufenthalt in der JPA nicht vereinbar. Dies verstehen wir als eine Zielvorgabe, an deren Realisierung gearbeitet werden muß. Wenn wir bezüglich der JPA von einem offenen Setting sprechen, so dürfen wir folgende Einschränkungen nicht außer acht lassen. Während Krisensituationen, die mit einer erhöhten Gefährdung einhergehen, werden Jugendliche, neben dem Einbinden in Sicherheitsversprechen, in einer ersten Stufe von den Mitarbeiter/-innen des regulären Dienstes intensiver überwacht und bei vorliegender Indikation medikamentös sediert. Wenn damit die Gefahr nicht auf ein verantwortbares Maß reduziert werden kann, so besteht die Möglichkeit, temporär eine Sitzwache zu beanspruchen. Sollte auch dies nicht zu einer ausreichenden Beruhigung beitragen, so kann ein Patient, gestützt auf unser Abkommen mit der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK), vorübergehend auf deren geschlossene Abteilung verlegt werden. Es wird Wert darauf gelegt, daß in dieser Zeit die Betreuung der entsprechenden Patientinnen und Patienten so weit wie möglich von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der JPA im Sinne einer *continuité des soins* mitgetragen wird, obwohl für die Dauer der Verlegung die Behandlungsverantwortung in den Händen der PUK liegt. So bald wie möglich – das heißt, spätestens am Tag nach der Verlegung – wird von

Seiten der JPA im Hinblick auf die Möglichkeit einer Rücknahme mit dem Patienten oder der Patientin das Gespräch gesucht. Die zentrale Frage dabei ist, ob der Patient/die Patientin die Verhandlungspartner aus der JPA davon überzeugen kann, daß die Gefahr einer Selbst- oder Fremdschädigung so weit gebannt ist, daß er oder sie die Verantwortung für das eigene Wohl zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der JPA wieder übernehmen kann.

Innerhalb der JPA steht ein Einzelzimmer zur Verfügung, das baulich einem erhöhten psychiatrischen Sicherheitsstandard genügt (verschießbar, kein offener Stromanschluß, reduzierte Verletzungsmöglichkeiten, bruchsicheres Glas). Dieses Zimmer hat drei Hauptaufgaben: Es soll als Raum für Ausnahmesituationen dienen, in denen sich ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin zusammen mit einem erregten Patienten/einer erregten Patientin so lange zurückziehen kann, bis eine Erregung abgeklungen ist oder ein allfällig eingesetztes Medikament wirkt. Es besteht die strikt beachtete Weisung, daß zu keinem Zeitpunkt ein Patient allein in dieses Zimmer eingeschlossen werden darf. Da der Raum in dieser Funktion glücklicherweise aber selten benutzt wird und Orte der Stille in der Klinik fehlen, steht er als Rückzugsort für alle Patienten offen. Vor einem Jahr wurde für Notfallaufnahmen ein zusätzliches Bett eingerichtet. Bei Krisenaufnahmen werden die Patienten in erster Linie in dieses besonders eingerichtete Einzelzimmer aufgenommen, das, abgesehen von der erwähnten Einschränkung, aber offen bleibt.

6 Erfahrungen mit dem offenen Setting

6.1 Erfahrungen aus psychiatrisch-administrativer Sicht

Seit Eröffnung der Abteilung (August 1993) bis zum August 2000 wurden in der JPA 24.376 Pflorgetage verzeichnet. In diesen sieben Jahren mußten aus psychiatrischen Gründen 13 Patienten auf die geschlossene Abteilung der PUK verlegt werden, von denen 6 wieder zurückgenommen werden konnten (Patienten A bis F: fünf Knaben, ein Mädchen, 14-18 Jahre alt). Diese blieben insgesamt 16 (durchschnittlich 2.6) Tage auf der geschlossenen Abteilung. Damit beträgt der Anteil Pflorgetage, an denen eine Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung realisiert werden mußte 0.66%. Die Gründe dafür, daß die übrigen sieben Patienten nicht in die JPA zurückkehren konnten sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Berücksichtigt man jene Jugendlichen mit, die in der geschlossenen Abteilung der PUK bei regionaler Zuständigkeit auf ein freies Bett in der JPA warten mußten (vgl. Abb. 2 „Eintritte aus Psychiatrischer Klinik“), so erhöht sich diese Zahl um 339 Pflorgetage oder 1.39%.

6.2 Erfahrungen aus therapeutischer Sicht

Im Rückblick auf die gewonnenen Erfahrungen fällt auf, daß in Krisensituationen bedeutend häufiger die Option einer Verlegung auf die geschlossene Abteilung im Gespräch mit Patientinnen und Patienten diskutiert wurde als tatsächlich realisiert werden mußte. Durch die Option der Verlegung entsteht für die Patientinnen und Patienten das Dilemma, auf einem weiteren Ausagieren ihres Konflikts zu bestehen

Tab. 1: Gründe für ein Scheitern der Rücknahme von sieben Patienten

Patient	Alter	Geschlecht	Grund für das Scheitern der Rücknahme
Patient G	18 J.	m	Inhaberin der elterlichen Gewalt wollte entgegen unserem Rat dem Patienten trotz seines Agierens „nochmals eine Chance geben“. Austritt nach Hause (spätere Wiederaufnahme in der JPA und reguläre Heimplatzierung).
Patient H	15 J.	m	Empfehlung einer Wiederaufnahme in die JPA trotz schwerem dissozialen Agierens, da eine psychotische Entwicklung nicht ausgeschlossen werden konnte. Ablehnung der Rückverlegung durch die Inhaberin der elterlichen Gewalt. Austritt nach Hause.
Patient I	16 J.	m	Weiterbehandlung in der PUK.
Patient K	14 J.	w	Definitive Verlegung aus hygienischen Gründen; die Patientin schmierte zu intensiv mit Kot und Menstruationsblut. Rückverlegung in eine Klinik des Herkunftskantons.
Patient L	14 J.	w	Ausländische Patientin, für deren Behandlung wir nicht zuständig waren.
Patient M	17 J.	w	Patientin bestand darauf, den Trumpf der Selbsttötung nicht aus den Händen zu geben. Ablehnung einer Wiederaufnahme durch die JPA.
Patient N	15 J.	w	Ablehnung der weiteren Hospitalisation durch die Rekursinstanz entgegen unserer Empfehlung.

oder die Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen. Damit verbunden ist der Realitätsdruck, daß wir Gewalt in der JPA nicht tolerieren. So wurde in vielen Situationen deutlich, daß Patientinnen und Patienten unter dem Druck dieses Grundsatzenscheids oft erstaunliche Ressourcen mobilisieren konnten. Das offene Setting birgt einen starken antiregressiven Stimulus, denn für die Betroffenen entsteht eine Notwendigkeit, sich im Hier und Jetzt zu entscheiden, welchen Weg sie gehen wollen.

Unter dem Druck dieser Beziehungsrealität überraschten die Patientinnen und Patienten das Behandlungsteam oft damit, wie stark sie das Gebot, sich nicht ohne Abmeldung aus dem Haus zu entfernen, internalisiert hatten. Daran zeigte sich auch, daß sie in einem viel höheren Maß eine Beziehung zum Behandlungsteam eingegangen waren als dies von diesem direkt wahrgenommen worden war. Diese Beziehung ließ sich immer wieder als wesentliche Ressource der Behandlung nutzen.

F. und H. planten einen nächtlichen Ausbruch. Die geheime Absprache, wie die allein diensthabende Krankenschwester von F. abgelenkt werden sollte, damit sich beide anschließend aus dem Fenster davonmachen könnten, wurde von der Mitarbeiterin gehört. Sie wies die beiden einerseits darauf hin, daß die Tür offen stehe und ein Davonlaufen auf diesem Weg weniger gefährlich sei als ein Hinausklettern aus dem Fenster, erklärte aber andererseits, daß sie das Weglaufen der beiden unter keinen Umständen tolerieren und umgehend die notwendigen Maßnahmen einleiten würde. Darauf legten sich die beiden schlafen. „Kurven“ (Abteilung ohne Absprache verlassen) war im weiteren Behandlungsverlauf kein Thema mehr.

In vielen Situationen zeigte es sich, daß der offene Rahmen an sich schon eine Beruhigung für den Patienten sein konnte. Allein die Option reichte meistens aus, um

das Bleiben zu ermöglichen. Nicht selten wurde die „Kurve“ aber zum Behandlungselement, mit dem sich konstruktiv arbeiten ließ. Zum Beispiel wenn die Patientinnen und Patienten sich unabgesprochen selbst eine kurze Auszeit verschafften und danach mit ihnen besprochen werden konnte, weshalb sie den Druck als zu groß empfunden hatten. Der Übergangsraum, der im offenen Rahmen entsteht, läßt sich auch in Fällen konstruktiv einsetzen, bei denen, aufgrund einer schwerwiegenden Psychopathologie, die Angst, sich auf einen therapeutischen Prozeß einzulassen, zu groß ist, als daß dieser sich mühelos entfalten könnte (Meng 1998).

Mitunter kann der offene Rahmen auch für zwiespältige Eltern nützlich sein, die nicht sicher sind, ob sie die Behandlung, die sie wünschen, auch wirklich wollen. Denn Jugendliche stellen ihre Eltern in deren begreiflicher Ambivalenz mit dem ungeplanten Auftauchen zu Hause anläßlich einer „Kurve“ oft auf eine harte Probe, die Anlaß für eine konstruktive Klärung geben kann. Sie spielen damit sowohl dem Behandlungsteam als auch den Eltern nochmals den Ball zu, die gestellte Indikation erneut einer kritischen Prüfung zu unterziehen, was dem pädagogisch-therapeutischen Prozeß nur förderlich sein kann.

6.3 Erfahrungen unter Sicherheitsaspekten

Bei dem offenen Setting ist es in den vergangenen sieben Jahren in drei Situationen zu relevanten Zwischenfällen gekommen: zweimal wurde eine Mitarbeiterin attackiert; einmal sprang eine Patientin während einer Umbauphase in selbstschädigender Absicht vom Baugerüst des Hauses und zog sich dabei leichte Verletzungen der unteren Extremitäten (ohne bleibende Folgen) zu. Keine dieser kritischen Situationen hätte durch ein Schließen der Abteilung verhindert werden können. Wir müssen vielmehr davon ausgehen, daß in einem geschlossenen Setting wegen der Blockierung des Agierens mit häufigeren fremdgefährdenden Handlungen zu rechnen wäre. Bei der Patientin, die vom Baugerüst gesprungen war, waren vor dem Zwischenfall keine Hinweise festzustellen, die erhöhte Sicherheitsvorkehrungen gerechtfertigt hätten.

6.4 Erfahrungen aus ökonomischer Sicht

Der Verzicht auf bauliche Maßnahmen zur Sicherung einer ganzen Abteilung ist mit wesentlichen Vorteilen verbunden, einerseits mit Einsparungen im Investitionsbereich und andererseits, infolge des Verzichts auf dementsprechende Sicherungsvorkehrungen, mit der Möglichkeit einer konsequenten Gestaltung der Räumlichkeiten in einer Art, die Wärme und Wohnlichkeit ausstrahlt, was die Arbeit mit Jugendlichen auf der Beziehungsebene erleichtert.

7 Selbst- und Fremdgefährlichkeit als plastisches Phänomen

In der Auseinandersetzung mit Patienten in Grenzsituationen zeigte es sich, daß, trotz dem Vorliegen von Selbst- und Fremdgefährlichkeit, oft noch ein erstaunlicher Spielraum zur Verfügung stand, der auch dem Jugendlichen selbst kaum bewußt

war. Diese Plastizität kontrastierte oft mit den Erwartungen des Helfernetzes, das z. B. mit einem Gewaltexzeß konfrontiert gewesen war und sich in der Folge schwer damit getan hatte, das Andauern einer Neigung zu gefährlichem Handeln zu überprüfen. Dieser Spielraum wurde erst erkennbar, wenn er eingefordert wurde. Die Unterbringung auf einer geschlossenen Abteilung kann solche Ressourcen leicht verschleiern, beziehungsweise die Tendenz zu gefährlichem Handeln eher unterstützen. Krisenhafte Einbrüche dauern bei Adoleszenten in der Regel nur kurze Zeit, so daß es sich lohnt, schon bald die Frage zu klären, wie viel Verantwortung ein Patient für sich selbst wieder zu übernehmen gewillt ist.

Mit den Eltern von O. wurde nach einer jahrelangen chronischen Eskalation von Selbst- und Fremdgefährlichkeit verbunden mit mehreren zehntausend Franken Sachschaden eine Hospitalisation in der JPA vereinbart. Die Eltern entschieden aus Furcht vor einer Eskalation, O. an diesem Entscheidungsprozeß nicht teilnehmen zu lassen. Entgegen ihrem Plan eröffnete die Mutter dem Patienten am Tag vor der Einweisung die bevorstehende Hospitalisation. Dies führte zu einer Notfalleinweisung in die PUK wegen Selbstgefährlichkeit, unter Beizug der Feuerwehr, der Polizei, des Notfallpsychiaters, des behandelnden Psychiaters und des Amtsarztes. Bereits am Tag darauf wurde mit dem Patienten die Möglichkeit einer Verlegung in die JPA diskutiert, wobei wir auf die von ihm gestellten Bedingungen allerdings nicht eingehen konnten. Es eröffnete sich aber ein Verhandlungsspielraum, der zu einem akzeptierbaren Kompromiß und einer umgehenden Verlegung in die JPA führte. Im Laufe der Hospitalisation kam es weder auf Grund von Selbst- oder Fremdgefährlichkeit noch durch „Kurven“ zu Komplikationen.

Selbst- und Fremdgefährlichkeit als hauptsächliche Indikatoren für eine Unterbringung auf einer geschlossenen Abteilung sind unseres Erachtens zu einem nicht kleinen Teil auch beziehungsabhängig und damit veränderbar. Dieser Aspekt tritt bei einer primären Plazierung auf einer geschlossenen Station in den Hintergrund, indem er durch strukturelle Vorgaben verschleiert wird.

Als die 15jährige J. zur stationären Behandlung in die Jugendpsychiatrische Abteilung eintrat, markierte bereits eine lange Reihe von selbstschädigenden Attacken ihren Entwicklungsweg. Ihre breite Palette von Symptomen machte deutlich, daß sie ihren Körper als Austragungsort ihrer Konflikte gewählt hatte. Sie litt unter Eßstörungen, Suizidversuchen, Selbstverstümmelungen durch Ritzen, Intoxikationen und ähnlichem. Entgegen allen Erwartungen brachte die Hospitalisation auf der Jugendpsychiatrischen Abteilung vorerst keine Beruhigung; im Gegenteil: Die Selbstattacken wurden dichter, die Intoxikationsdosis stieg, die zerschnittenen Unterarme durften kaum mehr heilen. „Wie eine Rasende“ wurde sie von Mitarbeiter/-innen beschrieben, versuchte sie doch rauschartig selbst noch im Zweikampf mit Pflegedienstmitarbeiter/-innen Hand an sich zu legen. Sie könne sich erst spüren, wenn der Schmerz komme, meinte sie. War ein Spuk vorüber, versank J. in Selbstanklage: „Ich dumme Sau!“ Sie wußte, daß sie „noch im tödlichen Flug die Tat bereuen“ würde, könnte sie ihre Drohung je wahr machen, sich in den Tod zu stürzen. Schon längst waren die Fenstergriffe in den höheren Stockwerken unserer Abteilung entfernt, und eine Sitzwache hatte den Auftrag erhalten, die Jugendliche „in Griffnähe“ auf der ganzen Abteilung zu begleiten. Wir wollten nicht noch einmal riskieren, daß sie sich trotz starker medikamentöser Sedation im Spurt ihren Bewachern durch eine Flucht in die Toilette entziehen und bei unserem gewaltsamen Eindringen bereits wieder blutüberströmt vor uns stehen würde. Belastend war die Heftigkeit der Impulse, mit denen J. sich selbst und die Mitarbeiter/-innen der Abteilung quälte. Dennoch berührte uns die Kooperationsbereitschaft, die J. erkennen ließ, um allfällige Sicherheitslücken zu schließen. Ermutigend, wie sie zum Schluß eines intensiven, offenen Gesprächs zusammen mit der Sitzwache und dem Oberarzt die Mitarbeiter/-innen aufforderte, auch noch die (ebenerdige) Haustür

von innen zu schließen, damit sie nicht aus dem Haus in die nächste Apotheke entwischen könne. Aber bereits einige Minuten später mußte J. mit Brachialgewalt an der Flucht durch ein Fenster gehindert werden! Wir mußten J. eröffnen, daß eine weitere Behandlung unter diesen Bedingungen aussichtslos sei. Bestürzt über diese Mitteilung, bat sie dringend, auf der Abteilung bleiben zu dürfen. Sie würde garantieren, daß es zu keinen Zwischenfällen mehr kommen würde. Und – „Dann brauchte ich ja auch keine geschlossenen Türe und keine Sitzwache mehr!“ Diese Wendung war nun aber auch für die behandelnden Personen fast zu viel des Guten. Die Sitzwache verblieb vorerst noch für 24 Stunden, die Türen wurden aber aufgeschlossen. Am nächsten Tag kehrte die Abteilung zur „Normalpflege“ zurück. Und J. verblieb – ohne weitere Zwischenfälle – für viele Wochen auf der Abteilung und besuchte von dort her wieder ihre Schule in der Stadt.

8 Grenzen des offenen Behandlungssettings

Es gibt Indikationen, bei denen ein Hospitalisationsversuch in einem offenen Rahmen nicht verantwortet werden kann. Es sind dies vor allem Situationen

- mit einem hohen Maß an Fremdgefährlichkeit, bei dem die Öffentlichkeit vor einem Patienten oder einer Patientin geschützt werden muß (zum Beispiel eine stationäre Begutachtung nach einem Mord);
- bei verwahrlosten Patientinnen oder Patienten, deren Störung möglicherweise mit Prostitution, Drogenabusus etc. gekoppelt ist;
- bei Jugendlichen mit starker Dissozialität;
- bei ausschließlich pädagogisch begründbaren Hospitalisationsanfragen.

Eine auf sich allein gestellte offene Abteilung kann keinem Aufnahme- und Behandlungszwang unterstellt werden, denn dem Prozeß der Indikationsstellung für eine Hospitalisation kommt bei Jugendlichen eine hohe Bedeutung zu.

Ein offenes Behandlungssetting mit einer geschlossenen Erwachsenen-Abteilung im Hintergrund stellt an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in beiden Abteilungen hohe Anforderungen an die Kooperation. Bei einer solchen Aufgabenteilung besteht die Gefahr, daß für die betroffenen Jugendlichen ein zusätzliches Agierfeld eröffnet wird, was zu Komplikationen in der Behandlung führen kann. Die Vertreter beider Institutionen müssen sich an die Gesetzmäßigkeiten und Unterschiedlichkeiten der Partnerabteilung gewöhnen. Eine gemeinsame Sicht der Sachlage im Sinne einer „*unité de doctrine*“ ist oft nicht möglich, dafür aber ein gemeinsames Vorgehen, eine „*unité d'action*“.

9 Schlußfolgerungen

Das Konzept einer offen geführten jugendpsychiatrischen Abteilung ist über das Stadium des Experimentes hinausgewachsen. Die langjährige Erfahrung hat gezeigt, daß dieses Behandlungssetting mit vielen Vorteilen verbunden ist, wie z. B. einer dynamischen Gestaltungsmöglichkeit von Beziehungen, vermehrter Transparenz, Entlastung für den Patienten und ökonomischen Vorteilen. Obwohl auf Grund der regelhaften Vollbelegung die Möglichkeit für Notfallaufnahmen „ab der Strasse“

eingeschränkt war, konnte die Abteilung in der Berichtsperiode ihren Auftrag praktisch uneingeschränkt erfüllen, Jugendliche aus dem ganzen Spektrum kinder- und jugendpsychischer Störungen zu behandeln. Das Desiderat eines zusätzlichen Notfallbetts, welches im regulären Betrieb nicht eingesetzt wird, wurde realisiert.

Für das optimale Funktionieren einer offen geführten jugendpsychiatrischen Abteilung mit limitiertem Personalbudget ist es notwendig, nicht nur zusätzlich über eine Akutaufnahmestation zu verfügen (in unserem Falle die jugendpsychiatrischen Betten auf der Beobachtungsstation der Universitätskinderklinik), sondern auch über eine enge, institutionalisierte Zusammenarbeit mit einer für seltene Fälle bereitstehenden geschlossenen Partnerabteilung im Hintergrund, in unserem Falle die PUK. Dies stellt an die Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der betreffenden Abteilungen hohe Anforderungen. Die Vor- und Nachteile einer geschlossenen Unterbringung müssen in Krisensituationen viel häufiger diskutiert werden, als eine solche tatsächlich zu realisieren. Sieht man von den Situationen ab, wo Patienten aus regionaler Zuständigkeit in die JPA hätten eintreten sollen, aber kein freies Bett zur Verfügung stand, so war es in den vergangenen sieben Jahren lediglich in 0.66%o der Pflegetage real nötig, aus psychiatrischen Gründen auf die geschlossene Partnerabteilung der PUK zurückzugreifen.

Literatur

- Brown, R.L. et al. (2000): Use of Seclusion and Restraint in Children and Adolescents – A Resolution of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (APA), The American Psychiatric Association (APA). *Arch Pediatr Adolesc Med.* 154: 653-656.
- Lendemeijer B.; Shortridge-Baggett L. (1997): The Use of Seclusion in Psychiatry: A Literature Review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, S. 299-315.
- Mason T.; Alty A. (1994): Seclusion and Mental Health. *A Break with the Past*. London: Chapman & Hall.
- Meng H. (1998): Zur stationären Behandlung einer akuten psychotischen Störung in einem offenen Behandlungssetting. In: Schulte-Markwort M. et al. (Hg.): *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Thieme, S. 176-184.
- Meng, H.; Bürgin D. (1998): Jugendpsychiatrische Abteilung, Aufbau und erste Erfahrungen: *Psychiatrische Praxis* 25: 61-66.
- Müller N. (1997): Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken. *Nervenarzt* 68: 184-195.
- (1995): Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44: 9-15.
- Presting, G.; Witte-Lakemann, G.; Höger, C.; Rothenberger, A.; Specht, F. (1998): Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie-Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 26: 97-112.
- Remschmidt H.; Schmidt M.H. (1994): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.

Anschrift der Verfasser: Dr. med. Heiner Meng, Jugendpsychiatrische Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und -Poliklinik, Röschenzerstr. 7, CH-4053 Basel.