

Meng, Heiner / Bilke, Oliver / Braun-Scharm, Hellmuth / Zarotti, Gianni
und Bürgin, Dieter

Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 7, S. 546-558

urn:nbn:de:bsz-psydok-43881

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 from 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
Szagon, 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

Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung

Heiner Meng, Oliver Bilke, Hellmuth Braun-Scharm, Gianni Zarotti und Dieter Bürgin

Summary

About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment

When the demand for inpatient treatment in acute psychiatric crisis of adolescents rises, it is not always recommended to admit a patient to the hospital. The limited number of hospital beds forces medical professionals to use their resources cautiously. This leads to the need to activate the intrapersonal and intrafamilial resources. The motivation for change emerging out of a crisis is to be used for clarification of the indication of inpatient treatment and of the order of treatment, a patient (and/or his legal representative) gives to the hospital representatives. A clarification of the aims of a hospitalisation prior to the admission to the ward rises the efficacy of the invested time.

Zusammenfassung

Schwere psychische Krisen von Jugendlichen benötigen oft ein schnelles Handeln, welches indes nicht immer eine stationäre Therapie oder Krisenintervention bedeutet. Nach wie vor zwingen die beschränkten Zahlen an stationären jugendpsychiatrischen Behandlungsplätzen zu einem differenzierten Einsatz der vorhandenen Kapazitäten. Das erfordert das Erkennen und Nutzen von personalen und familialen Ressourcen. Die Behandlungsmotivation, die durch eine Krisensituation entsteht, kann zu einer differenzierten Klärung von Behandlungszielen und einer prospektiven Planung eines Behandlungsauftrags genutzt werden. Die Effizienz eines Aufenthalts wird gesteigert, wenn die Vorbereitungszeit auf die stationäre Therapie sinnvoll genutzt wurde.

1 Einleitung

Nachdem im August 1993 die erste jugendpsychiatrische Klinik der deutschsprachigen Schweiz in Basel eröffnet worden war (Meng u. Bürgin 1998), zogen andere Kantone in enger Folge, der internationalen Entwicklung folgend, nach. Dies führte zur heute bestehenden Versorgungssituation in der deutschen Schweiz mit 260-274

stationären psychiatrischen Betten für Jugendliche. Das entspricht bald dem für den deutschsprachigen Bereich veröffentlichten Sollwert pro 100.000 Einwohner¹ (s. Tab. 1). Allerdings stellt die isolierte Anzahl Betten pro 100.000 Einwohner einen ungenügenden Parameter zur Einschätzung der jugendpsychiatrischen Versorgung einer Bevölkerung dar, spielen doch die flankierend zur Verfügung stehenden Hilfsangebote wie pädagogische Einrichtungen, ambulante Therapieplätze etc. mit einer entscheidenden Rolle zur Beurteilung der (kinder- und jugend-)psychiatrischen Versorgung einer Bevölkerung.

Trotz gesteigerter Bettendichte kann aufgrund der hohen Belegungszahlen der angeführten Kliniken (durchschnittliche Bettenbelegung: Basel 98-99%; Bern 105%; Zürich 94-100%; Littenheid 95-100%) nicht bei jedem Notfall auf ein freies Bett in einer spezialisierten Klinik zurückgegriffen werden. Dies hängt einerseits mit der unterschiedlichen Spezialisierung, Tragfähigkeit und ärztlich-psychiatrischen Dotation der in Tabelle 1 aufgelisteten Betten zusammen, d.h. nur ein Teil der erwähnten Institutionen sind in der Lage, Jugendliche mit dem ganzen möglichen Spektrum psychiatrischer Störungen aufzunehmen und adäquat zu behandeln. Andererseits besteht in der deutschsprachigen Schweiz ein eigentlicher Notstand an geeigneten pädagogischen Plazierungsmöglichkeiten für Jugendliche mit psychiatrischen Störungen. Dies hat zur Folge, daß Patienten, deren Hospitalisationsbedürftigkeit nicht mehr gegeben ist, mitunter monatelang in der Klinik auf einen sinnvollen Anschlußplatz warten müssen, sollen sie nicht in die alten Verhältnisse entlassen und der Gefahr ausgesetzt werden, daß während des Aufenthalts gemachte Entwicklungsschritte wieder zunichte gemacht werden.

Damit drängt sich die Frage auf, wie die zur Verfügung stehenden Betten aus fachlicher Sicht eingesetzt werden sollten, in welchen Situationen eine Indikation zur stationären jugendpsychiatrischen Behandlung gegeben ist. Nicht jede „Krise“ – ein Begriff, der zu Recht in der psychiatrischen Terminologie gemieden wird, da er zu unscharf ist – ist ein psychiatrischer Notfall im eigentlichen Sinn. Gerade die Spanne zwischen der vom Patienten und seinem Umfeld empfundenen „Krise“ und dem psychiatrischen Notfall als psychisch bedingte existentielle psychosoziale Gefährdung verdient aus psychodynamischer Sicht Beachtung. In dieser Spanne liegen Ressourcen verborgen, die es zum Nutzen des designierten Patienten und für einen ökonomischen Einsatz der beschränkten Bettenkapazitäten zu erschließen gilt.

¹ 5-7 Behandlungsplätze/100.000 Einwohner für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung; davon sollten etwa 20% in Form von Tagesklinikplätzen zur Verfügung stehen (Bundesgemeinschaft der Leitenden Ärzte Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. 1993). Eine andere Quelle geht von einem Bedarf von 8-10 Plätzen/100.000 Einwohner aus (Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1998). Dabei haben Presting und Mitarbeiter (1998) in einer flächendeckenden Prävalenz-Untersuchung in den beiden Bundesländern Niedersachsen und Bremen eine Bedarfsverteilung Kinder/Jugendpsychiatrie von etwa 1:1 gefunden. Bezogen auf die deutschsprachige Wohnbevölkerung der Schweiz am 31.12.1999 von 4.556 Mio. führt dies zu einem Bedarf von 182-254 (291-365) Betten für Kinder und Jugendliche plus 46-64 (73-91) Tagesklinikplätze. Die WHO hat zu dieser Frage keine Zahlen zur Verfügung, da sie sich auf die Angabe einer Gesamtbettenzahl für die psychiatrische Versorgung beschränkt und eine Richtgröße für die stationäre jugendpsychiatrische Versorgung nicht gesondert ausweist (WHO 1996).

Tab. 1: Stationäre psychiatrische Hospitalisationsmöglichkeiten für Jugendliche in der deutschen Schweiz

Kanton	Jugendpsych. Klinik	Jugendpsychiatri. Kinder-/jugendpsych. Abtlg. in Erw.-Klinik	Anzahl Betten in		Betten in Wohn- gruppe	Tagesklinik	Notfall- betten	Total Betten (excl. Tagesklinik)	Ablg.Struktur	
			Kinder) spital	Betten in					offen	geschlossen bzw. schließ- bar
Aargau	14 ¹⁾	In Notfällen	5-6	—	—	7 ¹⁾	—	19-20	19-20	In Notfällen
Bern	22	12	6 (bis 16l)	5	5	—	2	47	33	14
Basel-Land	—	5-8	6-8	5-6	5-6	—	X ²⁾	16-22	11-14	5-8
Basel-Stadt	12	X ³⁾	6	7 ⁴⁾	7 ⁴⁾	—	1	25	25	X ³⁾
Graubünden	12	—	—	—	—	12	—	12	12	—
Luzern	14 geplant ⁵⁾	—	X ⁴⁾	X ⁴⁾	X ⁴⁾	—	—	14 geplant ⁵⁾	14 geplant ⁵⁾	—
St. Gallen (Stadt)	—	—	6-12 ⁴⁾	—	—	7	1-2	7-14	7-14	—
St. Gallen (Ganterschwil)	34 ¹⁾ (13-18jg.; max.24)	—	—	—	—	—	1	35	24	11 (+1)
Solothurn	18	—	—	—	—	2	2	20	20	—
Thurgau (Littenheid)	14 (+12 geplant ⁵⁾)	12	—	—	—	—	—	38	14 (+12 geplant ⁵⁾)	12
Zürich (ZKJP)	18	—	—	—	—	8	—	18	—	18
Zürich (Kinderspital)	—	—	12	—	—	—	—	12	12	—
Wallis	8	—	X ⁴⁾	—	—	—	—	8	—	8
Total	166	29-32	41-50	17-18	—	36	7-8	260-274	203-214	68-72

Anmerkungen:

1) nur Schulalter; 2) Aufnahmepflicht in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik für Jugendliche; 3) Meng und Bürgin (2002); 4) Konsiliar- und Liaisondienst ohne Tagesklinik; 5) 2 Betten – geplante Betten sind nur aufgeführt, insofern diese kurz vor der Realisierung stehen. 5) Geplante Betten sind nur aufgeführt, insofern diese kurz vor der Realisierung stehen.

Byng-Hall und Bruggen (1974) wie auch Rotthaus (1990) weisen auf die Diskrepanz hin, daß die Indikation zur stationären jugendpsychiatrischen Behandlung, trotz ihrer grundlegenden Bedeutung als Weichenstellung in einem Behandlungsprozeß und der Tragweite eines Hospitalisationsentscheids, in der Literatur ein wenig explizites Thema geworden sind. Eine aktuelle Recherche in den gängigen Datenbanken² bestätigt diese Einschätzung, führt sie doch nur zu sieben Arbeiten, die sich dieser Thematik zuwenden.

Schmidt und Brink (1995) setzten sich mit der kombinierten verhaltens- und pharmakotherapeutischen Behandlung und ihrer Indikation auseinander. Dellisch (1994) faßt unter psychopathologischen Gesichtspunkten die Indikationen zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung zusammen. Reinhard (1989) geht unter dem Aspekt der tagesklinischen Behandlung auf die Notwendigkeit ein, die Indikationen für eine ambulante, tagesklinische oder stationäre Behandlung generell als einen gemeinsamen Prozeß zwischen dem designierten Patienten³, den Familienmitgliedern und dem Therapeuten zu betrachten, ein Ansatz, auf den wir noch im folgenden eingehen werden. Machetanz (1989) schließlich setzt sich differenziert mit Fragen rund um die geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auseinander und erörtert Indikationen und Fehlindikationen sowie den Bedarf an geschlossenen Behandlungsplätzen.

Dem Indikationsprozeß im engeren Sinn wenden sich vor allem Hoehne und Wolf (1986) sowie Rotthaus (1990) in seiner beachtenswerten Monographie zur „Stationären systemischen Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zu. Rotthaus unterstreicht die Notwendigkeit, die Indikationsstellung zur stationären Behandlung als Voraussetzung für einen Therapieerfolg prozeßhaft zu führen, zumal in dieser Frage sowohl klassische (somatisch-)medizinische Modelle als auch die üblichen Diagnosesysteme wenig hilfreich sind.

2 Der psychiatrische Notfall aus entwicklungspsychologischer Sicht

Eine spezifische Aufgabe der Adoleszenten (Adoleszenz verstanden als seelische Reifung während und nach der Pubertät) besteht darin, sich auf den in der Pubertät (körperliche Reifung) unter hormoneller Steuerung erheblich gewandelten Körper einzustellen. Dies führt in kurzer Zeit, insbesondere im Bereich des Sexual- und Aggressionsverhaltens, zu neuen Möglichkeiten, aber auch zu neuen Pflichten, die neben dem Zugewinn jeden Jugendlichen ängstigen. Sexuelle Impulse und Phantasien, die aufgrund der voll ausgebildeten Generativität erstmals in der Realität tatsächlich umgesetzt werden könnten, müssen in die sich rasch wandelnde Persön-

² Datenbanken MEDLINE (1966-2000), PsycINFO (1966-2001) und Psynex (1977-2000), Int. Bibliography of the Social Sciences (1951-2000) sowie EMBASE Psychiatry (1989-2002/1) unter den Stichworten „Adolescent“, and „Inpatient“ or „Hospitalisation“ and „Indication“ je mit subheadings.

³ In diesem Beitrag wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung vielfach nur die männliche Form eines Substantivs gebraucht. Es versteht sich selbstredend, daß bei den entsprechenden Stellen jeweils beide Geschlechter gemeint sind.

lichkeit integriert werden. Desgleichen müssen aggressive Phantasien, zu deren Umsetzung gewachsene Körperkräfte neu zur Verfügung stehen, kontrolliert werden. Die psychische Entwicklung allerdings, in der ein entwickeltes Ich Steuerungsaufgaben übernehmen müßte, hinkt den sich entfaltenden körperlichen Möglichkeiten hinterher. Man spricht deshalb von einer relativen Ich-Schwäche. Eine Impulskontrolle, die am Ende der Latenz hinlänglich erreicht gewesen ist, muß neu angepaßt werden. Psychodynamisch betrachtet ist dies der Nährboden, auf dem sich eine Krise in der Adoleszenz entwickeln kann.

Was zunächst aus der Innensicht des Jugendlichen formuliert wurde, kann sinngemäß auch auf die Außensicht der verantwortlichen Erwachsenen (das Umfeld des Jugendlichen) übertragen werden. Diese werden in gleichem Maße verführt, hinter den ausgereiften körperlichen Proportionen eines Jugendlichen entsprechend gereifte psychische Strukturen zu vermuten, was vielfach zu einer Überforderung der betroffenen Jugendlichen und zu einer relativen Ich-Überschätzung führt.

Das bedeutet, daß Jugendliche in der Regel in einem höheren Maß auf eine pädagogisch strukturierende Hilfe von außen angewiesen sind, als sich aufgrund des körperlichen Entwicklungsstandes vermuten ließe. Für die Notfallsituation entscheidend ist die Frage, auf welchem psychischen Strukturniveau ein Jugendlicher in einer Krise (unter der Voraussetzung einer adäquaten pädagogischen Führung) noch zu funktionieren vermag. Daraus läßt sich der Bedarf an externer pädagogischer Strukturierungshilfe unmittelbar ableiten.

3 Die Indikation zur stationären jugendpsychiatrischen Hospitalisation

3.1 Entscheidungsfindung

Konfrontiert mit der im Einzelfall dramatisch auftauchenden und oft mit hohem sozialen, schulischen, familialen oder juristischen Handlungsdruck verbundenen Nachfrage nach einer stationären Intervention, stellt sich die primär trivial erscheinende Frage, ob aus *fachlicher* Sicht *aktuell* eine *stationäre – psychiatrisch bedingte – Behandlungsbedürftigkeit* überhaupt besteht. Eine nähere Betrachtung zeigt, daß sich hinter dieser Grundsatzfrage entscheidende Detailfragen verbergen.

Zur stationären Behandlungsbedürftigkeit: Angesichts der beschränkten Bettenzahl und der hohen Kosten einer stationären Behandlung ist es aus gesundheits- und betriebsökonomischen Überlegungen angezeigt, eine stationäre Behandlungsphase nur dann einzuleiten, wenn alle ambulanten Diagnostik-, Kriseninterventions- und Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft worden sind und sich als wirkungslos erwiesen haben. Diese Voraussetzung wird durch die Tatsache unterstrichen, daß jede stationäre Behandlung den jugendlichen Patienten aus seinem gewohnten sozialen und schulisch-beruflichen Kontext herausführt und damit neue Schwierigkeiten im Bereich der psychosozialen Integration zu schaffen vermag.

Unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten gilt es zu bedenken, daß jede Hospitalisation mit der Gefahr einer Regression verknüpft ist. Es kann somit leicht

zur Verschlimmerung einer psychischen Symptomatik bis zur malignen Regression kommen. Verführerisch sind in diesem Zusammenhang traditionelle Krankenhauskonzepte, gemäß denen der Patient weitgehend aus der Eigenverantwortung am Heilungsprozeß entlassen wird und Handlungskompetenz sowie Verantwortung dem Medizinalsystem und seinen Vertretern überbunden werden. Gegen derartige Heilserwartungen gilt es, sich im Indikationsprozeß abzugrenzen, will man dem an sich einfühlbaren, aber kontraproduktiven Regressionsbedürfnis nicht Vorschub leisten.

Einige typische Krisen- und Störungsbilder machen eine stationäre Behandlung unumgänglich. Es sind dies, unabhängig von der jeweiligen ICD-10/MAS-Diagnose alle Störungen mit einem erheblichen, akuten oder impulsiv-unberechenbaren Selbst- und Fremdverletzungspotential, schwerwiegende suizidale Krisen jeglicher Genese, schwere Zwangsstörungen und andere komplexe Störungsbilder (vgl. Tab. 2). Rotthaus (1990) weist darauf hin, daß in der diagnostischen Unschärfe von psychiatrischen Hospitalisationsindikationen ein wesentlicher Unterschied zu den klassischen medizinischen Fächern entsteht, bei denen Indikationen für eine stationäre Aufnahme üblicherweise aufgrund mehr oder weniger „objektiver“ Daten vom niedergelassenen Arzt gestellt werden. Ein vergleichbarer Bezug zu klassischen Diagnosesystemen ist für die Indikationsstellung zu einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung nicht möglich (Rotthaus 1990; Byng-Hall u. Bruggen 1974; Hoehne u. Wolf 1986).

Zur psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit: Abgesehen von der psychiatrischen Diagnose stellt sich, bezogen auf einen Notfall, die Grundsatzfrage: Wie groß ist der Anteil der Krise, der einerseits primär auf pädagogische und andererseits primär auf psychische Defizite (d.h. auf eine psychische Erkrankung im engeren Sinn) zurückgeführt werden muß.

Im klinischen Alltag sind diese beiden Anteile in der Regel miteinander verwoben. Dies zeigt sich schon daran, daß sich viele psychische Erkrankungen vordergründig als pädagogische Defizite manifestieren. Die Unterscheidung ist aber ausschlaggebend, soll bei der Indikationsstellung vermieden werden, pädagogische Fragestellungen mit einem psychiatrischen Instrumentarium zu behandeln und umgekehrt, da jeder Anteil ein zeitlich abgestimmtes, problemspezifisches Vorgehen verlangt.

Ein Wechsel im vornehmlichen Ausdrucksfeld einer intrapsychischen Spannung – Agieren versus Symptombildung – erfolgt oft abrupt. Mitunter finden sich im Verlauf einer als Prozeßdiagnose verstandenen Annäherung mehrfach wechselnde Sichtweisen bezüglich der Problemlage des Patienten. Ist ein Patient mit der Lokalisierung eines psychischen Konflikts im intrapsychischen Raum allerdings so überfordert, daß er oder sie ihn nur noch „agieren“ kann, so muß vor der psychiatrischen Hospitalisation eine Unterbringung in einer pädagogischen Einrichtung erwogen werden. Das Auffangen eines Agierens im „Realitätsraum“ mit geeigneten pädagogischen Mitteln kann helfen, ein psychisches Problem auch als solches wahrzunehmen. Erst dadurch kann jemand zu einem Patienten (*patiens*, bedeutet im Lateinischen leidend) werden, der durch den Arzt behandelbar wird. Es müssen hier allerdings zwei Einschränkungen genannt werden: Erstens ist es eine Vorbedingung

für das pädagogische Auffangen eines ausagierten Konflikts, daß dieses nicht auf das Wegtrainieren einer Störung reduziert wird. Ein pädagogisches Behandlungsteam muß auf den Punkt sensibilisiert sein, an dem ein Ausagieren (alle andern haben ein Problem) sich zu einem intrapsychischen Problem eines Patienten wandelt (ich habe ein Problem). Zweitens dürfen wir uns bei weitem nicht dazu verleiten lassen, uns für die (stationäre) jugendpsychiatrische Behandlung auf Jugendliche zu beschränken, die motiviert sind und dies auch benennen. Der Ausdruck einer psychiatrischen Behandlungsmotivation im Kindes- und Jugendalter ist komplex, in der Regel ambivalent und in der Art der Kommunikation oft nicht direkt.

Auf der Seite des Helfersystems ist die Fülle unterschiedlicher Institutionen in ihrer Differenziertheit oft mehr verwirrend als hilfreich. Die Angebotseite reicht von geschlossenen bis offenen jugendpsychiatrischen Abteilungen, von Tageskliniken zu therapeutischen Wohngruppen. Zudem ist die pädagogische Tragfähigkeit einer Institution Schwankungen unterworfen. So kann sie einem bestimmten Typ von Problemstellungen gewachsen sein, während eine vergleichbare Institution von gleicher Art mit der Lösung eines Problems aufgrund der momentanen Konstitution und Ressourcenverfügbarkeit überfordert ist. In vielen Fällen werden im klinischen Alltag Hospitalisationsindikationen zusammen mit anderen Institutionen geklärt, insbesondere im Bereich der geschlossenen jugendpsychiatrischen Behandlung.

Zur Behandlungsbedürftigkeit an sich: So klar die Antwort auf die Frage nach einer Behandlungsbedürftigkeit in einer Krise oft auf der Hand zu liegen scheint, so schwierig ist sie in der Praxis sach- und patientengerecht zu beantworten. Zu unterscheiden ist eine objektive, aus der Sicht der Helfer festgestellte Behandlungsbedürftigkeit von einer subjektiven, die aus der Sicht des Patienten und seiner Eltern oder anderer wichtiger Bezugspersonen stammt. Da die juristische Entscheidungskompetenz bei Minderjährigen nicht bei den Jugendlichen liegt, ist bei der Entscheidung über die Behandlungsbedürftigkeit stets eine Gruppenentscheidung erforderlich (Reinhard 1989). Hier ist die Frage der (relativen) Freiwilligkeit der Patienteneinwilligung in die Aufnahme ein zentrales ethisches Problem.

Unter dem Aspekt der altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben stellt dieser Aspekt bei Jugendlichen ein komplexes Problem dar, da die wenigsten primär mit dem Wunsch nach psychiatrischer Behandlung zum Arzt kommen. Die Auseinandersetzung muß im Vorfeld oder während des Prozesses der Indikationsstellung in erster Linie zwischen dem Patienten und dem Inhaber des elterlichen Sorgerechts geführt werden. Auf der Seite der Jugendlichen liegt in der Regel zumindest eine Ambivalenz vor, wenn nicht gar eine erklärte Ablehnung gegenüber einer Behandlung. Im Diskurs zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern erweist sich eine Psychopathologie nicht selten als ein Ausdruck protrahierter Inkonsequenz der Eltern in bezug auf entwicklungsentscheidende Forderungen gegenüber ihren Schutzbefohlenen. Dies zeigt sich besonders bei chronifizierten Krankheitsbildern wie Zwangsstörungen, angstneurotischen, phobischen oder psychotischen Zuständen (s. Fallbeispiel).

Fallbeispiel: Der 14jährige Louis hat aufgrund einer Sozialphobie Schwierigkeiten in der Schule, was die getrennt lebenden Eltern zu einem Schulwechsel veranlaßt. Kurze Zeit später stellt ihr Sohn den Schulbesuch ein, verfällt in eine Tag-Nacht-Umkehr und wendet sich seinen Hobbys zu,

soweit ihm in seinem Rückzug eine geordnete Tätigkeit noch möglich ist. Die Mutter, bei der Louis wohnt, tritt ihre zunehmend belastende Aufgabe der Kinderbetreuung ohne Erfolg an den Vater ab. Der vermittelnde Vertreter der Vormundschaftsbehörde empfiehlt nach Monaten vergeblichen Bemühens eine Unterbringung in einem geschlossenen pädagogischen Heim, da Louis jede ambulante Rehabilitationsintervention ablehnt. Aufgrund der Suizidalität, die durch die sich abzeichnende Änderung deutlich wird, erfolgt als Anfang einer längeren frustrierten Behandlungskette eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik für Erwachsene. Während die Dringlichkeit einer stationären Behandlung unbestritten ist – und sich die Eltern zwischenzeitlich auch darin fanden, zumal ein präpsychotischer Zustand des Jugendlichen nicht ausgeschlossen werden konnte – wurde in der Abfolge der Interventionsversuche das familieninterne Muster deutlich, in welchem der Sohn, sein Vater und die Mutter als Inhaberin des elterlichen Sorgerechts sich gegenseitig den „Ball des Verhinderns“ zuspielten: Auf eine Zuspitzung der Dramatik mit nachfolgender Konvergenz der Handlungsabsicht zwischen den drei Protagonisten bildeten sich in wechselnder Zusammensetzung dyadische Bündnisse gegen den jeweils Dritten innerhalb der Familie, die letztlich in eine Handlungsagonie mündeten.

Familiengeschichtlich ließ sich dieses Muster einerseits über die akute Krise hinaus zurückverfolgen und war andererseits ursächlich damit verknüpft. Zum Handeln entschlossene oder gezwungene Helfer setzten sich der Gefahr aus, daß sich die Familie, entsprechend dieser unbewußten Regieanweisung, in der Opposition gegen eine sich abzeichnende Entwicklung vereinte und damit ein Vorangehen erfolgreich verhinderte. Damit verbunden war die Gefahr, daß ein Therapieaufenthalt dazu mißbraucht würde, den Beweis für die Unmöglichkeit einer Veränderung zu erbringen anstatt die an sich gewünschte Veränderung zu ermöglichen.

Eine therapeutische Institution kann leicht dazu verführt werden, selbst derartige Dilemmata zu lösen. Die wirkliche Antwort auf solche Fragen aber vermögen nur die Jugendlichen selbst zusammen mit den entscheidungsbefugten Instanzen zu finden.

Intrapsychische Klärungsprozesse sind normalerweise von Ambivalenz begleitet. Gerade in solchen Situationen finden sich eifrige Helfer, bei einem vorschnellen Hilfsangebot oder im „furor sanandi“, plötzlich in der Situation der Verfolgten. Hier kann ein weniger an Hilfe oft ein mehr an Klärung ermöglichen. Das Angebot einer Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung ist in einem derartigen Dilemma besonders verführerisch, da es die Hoffnung nährt, oft jahrelang eingespielte Konflikte nicht klären zu müssen.

Unter dem Druck offensichtlicher Behandlungsbedürftigkeit ist es hilfreich, die Grenzen einer stationären Behandlung zu benennen bzw. sich auf eine sinnvolle Begrenzung zu einigen. Es gilt, dem verbreiteten Phantasma entgegenzutreten, daß ein Patient mit „täglich einigen Stunden Psychotherapie“, wie dies Eltern wünschen, wieder vollständig geheilt würde. Die Indikation zur stationären jugendpsychiatrischen Behandlung ist deutlich von der Indikation zur stationären Psychotherapie zu unterscheiden (Bürgin 2000).

Ist von Seiten der Erziehungsberechtigten die Entscheidung für eine stationäre Behandlung eindeutig und eine Behandlungsindikation gegeben, der Patient aber gegen eine Hospitalisation eingestellt, so liegt es auf der Hand, daß die Hospitalisation auch gegen den erklärten Willen des Jugendlichen durch die Erziehungsberechtigten realisiert werden kann und soll, die diese gegebenenfalls gegenüber den Jugendlichen aber auch durchsetzen müssen. Typische psychiatrische Hospitalisationsindikationen sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Tab. 2: Indikationen zur stationären Aufnahme

Selbst- und Fremdgefährdung aufgrund einer psychischen Problematik

akute suizidale Krise

schwere Ausprägungen von psychischen Krankheitsbildern wie Angstzustände, Phobien, psychotische Zustände, Depressionen, Zwangsstörungen etc.

akute Erregungszustände

schwere Intoxikationen

delirante Zustandsbilder

entgleiste Eßstörungen

schwere Schulverweigerungen

Notwendigkeit für eine spezifische, „multiprofessionelle“ Diagnostik

3.2 Die Indikation zur primär geschlossenen jugendpsychiatrischen Unterbringung

Obwohl bei sorgfältiger Indikationsstellung Hospitalisationen in einem offenen Behandlungssetting bedeutend häufiger realisierbar sind als in den meisten Krisen vermutet wird, gibt es zweifellos eine Anzahl von Indikationen, die einer geschlossenen jugendpsychiatrischen Abteilung vorbehalten bleiben (Meng u. Bürgin 2002). Auch wenn diese häufig nur unter dem rechtlichen Titel eines Entzuges des Obhutbestimmungsrechts (bzw. Fürsorgerischen Freiheitsentzuges, FFE) erreichbar sind, so ist es auch hier von entscheidendem Vorteil, an einem möglichst differenzierten Indikationsprozeß festzuhalten und auf jeden Fall vorgängig die wesentlichsten Ziele und Rahmenbedingungen einer Hospitalisation verbindlich zu vereinbaren. Es sind dies namentlich Hospitalisationen von Patienten mit einer Selbst- und Fremdgefährlichkeit (Tab. 3).

Tab. 3: Indikationen zur primär geschlossenen Unterbringung

Psychiatrische Hospitalisationsindikationen (s. Tab. 2) verbunden mit

schwerer, nicht beherrschbarer Suizidalität

schwerer Gewaltandrohung (z. B. Morddrohungen gegen eine Patientin nach sexuellem Mißbrauch)

starker bzw. gefährlicher krimineller Potenz

hoher Neigung zum destruktivem (dissozialen) Ausagieren von Konflikten

ausgeprägter Polymorbidität wie Dissozialität und Polytoxikomanie, kombiniert mit weiteren psychischen Störungen

4 Kontraindikationen zur stationären jugendpsychiatrischen Behandlung

Zur Vermeidung iatrogener oder institutioneller Schäden verdienen einige Kontraindikationen zur stationären Behandlung Beachtung (Tab. 4).

Tab. 4: Kontraindikationen stationärer jugendpsychiatrischer Behandlung

noch nicht ausgeschöpfte ambulante Diagnostik oder Therapie

erhebliche Widerstände des Familiensystems

unklare oder widersprüchliche Aufträge an die Institution

unklare juristische Zuständigkeiten

maligne Gruppenkonstellation in der Institution

Ein einfacher Algorithmus zum Herleiten einer Hospitalisationsindikation wäre zwar erwünscht. Er wäre allerdings nicht in der Lage, dem Speziellen des Einzelfalles gerecht zu werden und wäre mit der Gefahr verknüpft, die Chancen, welche einer individuellen Krise innewohnen, nicht zu beachten. Wir kommen nicht umhin, jeden Einzelfall mit einer Frage einer Hospitalisationsindikation im in Abbildung 1 dargestellten Kräftefeld im Hinblick auf eine mögliche Platzierung in einer bestimmten Institution zu überprüfen.

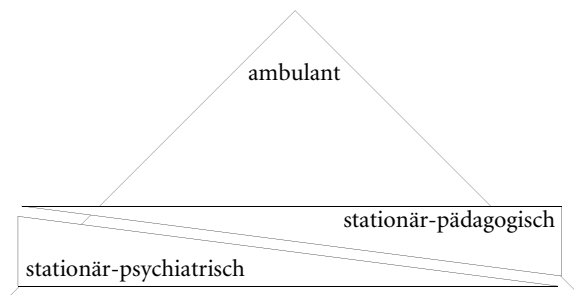


Abb. 1: Das diagnostische Dreieck der Behandlungsindikation

5 Die Krise als Chance nutzen

Daß jeder Krise eine Chance innewohnt, ist geläufig und wird von verschiedenen Therapieansätzen genutzt. Dies gilt auch für Krisen, die zu einer Hospitalisationsindikation führen. Wie kann aber diese Chance genutzt werden?

Die kritische Zuspitzung eines entwicklungspsychopathologischen Prozesses bis zur Frage nach einer stationären Behandlung ist stets verbunden mit einer zunehmenden Notwendigkeit zur Veränderung. Dieser Druck zur Veränderung ist, verglichen mit stabilen Zuständen, mit einer erhöhten Bereitschaft der betroffenen Personen verbunden, sich bisher verschlossenen Erkenntnissen, Emotionen und Entwicklungen zu öffnen. Diese notgeborene Bereitschaft zur Klärung kann in einem sorgfältigen Indikationsprozeß konstruktiv genutzt werden, sofern die Dynamik einer Krise überhaupt noch Zeit zur Reflexion läßt. Bei einem niederschweligen und (über)eilfertigen Hilfeangebot hingegen werden die Veränderungsmöglichkeiten nicht geprüft und liegen brach. Versorger stehen naturgemäß unter dem Druck zu handeln und brauchen zur Klärung des Entwicklungspotentials ihrer Schützlinge und deren Angehörigen professionelle jugendpsychiatrische Unterstützung.

Hilfreich in diesem Prozeß ist eine Klärung der Ziele, die mit einer stationären Behandlung erreicht werden sollen. Je besser der Konsens zwischen Patienten, Eltern (gegebenenfalls Versorger) und Klinik ist, und je klarer die gegenseitigen Erwartungen und Grenzen sind, desto größer ist die Chance, daß die gemeinsam gesetzten Ziele erreicht werden können.

6 Ziele einer Hospitalisation

Die a priori-Definition von Therapiezielen ist mittlerweile integraler Bestandteil der Qualitätssicherung in der Psychotherapie geworden (Heuft u. Senf 1996). Auch in der jugendpsychiatrischen Akutsituation ist eine gemeinsame Zielklärung in jedem Fall eine zentrale Entscheidungsgrundlage für eine Hospitalisationsindikation. Bei jenen Problemkonstellationen und Jugendlichen, die aufgrund ihres psychischen Strukturniveaus in der Lage sind und Bereitschaft zeigen, sich an dieser Klärung aktiv zu beteiligen, sind die Patienten selbst die besten Gesprächspartner. In jedem Fall aber ist es wichtig, daß die vorrangigen Ziele zur Schaffung einer gemeinsamen Wirklichkeit transparent und von allen Beteiligten verstehbar formuliert und festgehalten werden (Bürgin 2000). Eine Zieldefinition kann durchaus detailliert und wenn möglich operationalisiert erfolgen und soll über die in Tabelle 5 genannten Fragen Auskunft geben.

Tab.5: Operationalisierung von Therapiezielen

Welches sind wichtigsten Ziele des (potentiellen) Patienten, die er durch die Hospitalisation erreichen möchte?

Was erwartet er/sie von den Helfern, um diese Ziele zu erreichen?

Was wird er/sie zur Erreichung dieser Ziele beitragen?

Wieviel gemeinsame Zeit soll zum Erreichen dieser Ziele beansprucht werden?

Die klinische Erfahrung zeigt regelhaft, daß eine Auseinandersetzung über diese Fragen mit potentiellen Patienten zu konstruktiven Klärungen führt. Sie hilft den Jugendlichen, sich die Notwendigkeit eines persönlichen Engagements vor Augen zu führen. Andererseits unterstützt es die Patienten sowie ihre Eltern dabei, von unrealistischen Erwartungen Abschied zu nehmen und dadurch vermeidbaren Enttäuschungen vorzubeugen.

Im Prozeß vor der endgültigen Indikationsstellung erscheint es hilfreich, den Dialog zwischen Vertretern der Institution und dem Jugendlichen zu erweitern, indem etwa eine vorbehandelnde Therapeutin und/oder die Eltern dadurch in den Klärungsprozeß involviert werden, daß sie den Patienten bei seiner Entscheidungsarbeit unterstützen.

Ein derartiger Versuch zur Operationalisierung der Behandlungsziele unterstützt die Arbeit des Behandlungsteams auch auf der pädagogisch-pflegerischen Ebene. Die pädagogisch-pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligen sich auf diese Weise frühzeitig am Indikationsprozeß und können mitbeurteilen, ob die Hoffnungen und Ansprüche an eine pädagogische Auseinandersetzung mit dem potentiellen Patienten mit dem Behandlungsteam realistisch und leistbar sind. Im Laufe des Behandlungsprozesses wird es später in unklaren Auftragslagen möglich sein, sich auf die schriftlich fixierten, unterzeichneten und dem Jugendlichen und seinen Eltern ausgehändigten Ziele und Aufträge zu berufen. Die Einführung einer Zeitachse schon vor Indikationsstellung unterstützt das Bemühen des Behandlungsteams, Aufenthalte mit Rücksicht auf die kostbare Lebenszeit des Patienten, die beschränkten ökonomischen Ressourcen und die auf eine Aufnahme wartenden Patienten so kurz wie möglich zu halten. Dieses Vorgehen schützt auch gegen eine unreflektierte Verlängerung der Behandlung, bei der die Notwendigkeit des stationären Aufenthalts nicht mehr gegeben ist.

7 **Schlußfolgerungen**

Bei psychisch bedingten Krisen von Jugendlichen empfiehlt es sich unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten, den Imperativ zum Handeln (im Sinne einer reflexartigen Hospitalisation) einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Numerisch beschränkte Behandlungsplätze in einer Region sind somit nicht nur mit Nachteilen für die Patienten verbunden. Sie können zum Anlaß genommen werden, durch eine qualitative Verbesserung des Indikationsprozesses, die Chancen zu vergrößern, daß Jugendliche die in der Krise gebundene Energie für einen Entwicklungsschritt nutzen können. Die Veränderungsmotivation, die durch eine Krise geweckt wird, kann für eine vertiefte Indikationsstellung genutzt werden. Dabei zeigt es sich, daß oft unerwartete Ressourcen erkennbar werden. Eine sorgfältige Erarbeitung der Behandlungsindikation, verbunden mit einer gemeinsam erarbeiteten differenzierten Zielsetzung, unterstützt die Jugendlichen und ihre Eltern wie auch das Behandlungsteam bei der Fokussierung auf das Realisierbare und hilft mit zur Vermeidung unnötiger Hospitalisationszeit.

Literatur

- Bundesgemeinschaft der leitenden Ärzte Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (1993): Zielsetzung/Orientierungsdaten kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen.
- Bürgin, D. (2000): Psychotherapie und stationäre Behandlung. *Kinderanalyse*. 8(3): 254-265.
- Byng-Hall, J.; Bruggen, P. (1974): Family Admission Decisions as a Therapeutic Tool. *Family Process* 13: 443-459.
- Dellisch, H. (1994): Psychotherapie in der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. In: Pritz, A.; Dellisch, H. (Hg.): *Psychotherapie im Krankenhaus. Erfahrungen, Modelle, Erfolge*. Wien: Orac, S. 81-90.
- Meng, H.; Bürgin, D. (1988): Jugendpsychiatrische Abteilung, Aufbau und erste Erfahrungen: *Psychiatrische Praxis* 25: 61-66.
- Meng, H.; Bürgin, D. (2002): Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51:
- Heuft, G.; Senf, W. (1996): Individuelle Therapieziele: Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. *Z. Klein. Psychol. Psychiatr. Psychother.* 44(2): 186-199.
- Hoehne, D.; Wolf, M. (1986): Stationäre Psychotherapie mit Jugendlichen. In: Laux, G.; Reimer, F. (Hg.): *Klinische Psychiatrie*, Bd. II. Stuttgart: Hippokrates, S. 333-348.
- Machetanz, E. (1986): Probleme der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Laux, G.; Reimer, F. (Hg.): *Klinische Psychiatrie*, Bd. II. Stuttgart: Hippokrates, S. 324-332.
- Presting G.; Höger, C.; Witte-Lakemann, G.; Rothenberger, A. (1998): Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie-Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. *Z. Kinder-Jugendpsychiatrie* (1998) 26: 97-112.
- Reinhard, H.-G. (1989): Restriction and defense: the life style and world of psychic disturbed adolescents. *Acta Paedopsychiatrica* 52(1): 44-51.
- Schmidt, M.H.; Brink, A. (1995): Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie. *Kindheit und Entwicklung* 4: 236-230.
- Rotthaus, W. (1990): *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: modernes lernen.
- World Health Organisation (1996): *Public Mental Health; Guidelines for the Elaboration and Management of National Mental Health Programmes*. Geneva.

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