

Aus der Abteilung für Psychiatrie und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des
Universitätskrankenhauses Eppendorf, Hamburg
Direktor: Prof. Dr. P.Riedesser

**Konzeptionen geschlossener kinder- und jugendpsychiatrischer
Behandlung in Deutschland**

DISSERTATION

zur Erlangung eines Doktorgrades der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
vorgelegt von

Christiane Petters
aus Hamburg

Hamburg, 1999

Angenommen von dem Fachbereich Medizin der
Universität Hamburg am: 18.07.2000

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches
Medizin der Universität Hamburg

Sprecher: Prof. H. P. Leichtweiß

Referent: Prof. M. Schulte-Markwort

Koreferent: Prof. P. Riedesser

1	EINLEITUNG	1
1.1	ERLÄUTERUNG DER PROBLEMATIK	1
1.2	LITERATURÜBERBLICK	1
1.2.1	GESCHLOSSENE UNTERBRINGUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	2
1.2.2	KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND JUGENDHILFE	7
1.2.3	JURISTISCHE GRUNDLAGEN FÜR DIE GESCHLOSSENE PSYCHIATRISCHE UNTERBRINGUNG MINDERJÄHRIGER	10
2	MATERIAL UND METHODEN	13
3	ERGEBNISSE	17
3.1	ÜBERBLICK ÜBER DIE BEFRAGTEN STATIONEN	17
3.2	KONZEPTE DER GESCHLOSSENEN STATIONEN: AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS	19
3.2.1	AUFBAU DER KLINIKEN	19
3.2.2	AUFBAU DER GESCHLOSSENEN STATIONEN	21
3.2.3	PATIENTEN	24
3.2.4	AUFNAHME / AUFENTHALT	27
3.2.5	RÄUMLICHKEITEN	30
3.2.6	BETREUUNGSSYSTEM	32
3.2.7	TAGESABLAUF	34
3.2.8	THERAPIE	36
3.2.9	TEAM	39
3.2.10	SCHULE	43
3.2.11	ABSCHLIEßENDE EINSCHÄTZUNGEN	44
4	DISKUSSION	52
4.1	DISKUSSION DER EINZELERGEBNISSE	52
4.2	METHODISCHE KRITIK	57

4.3	AUSBLICK AUF ZUKÜNFTIGE FORSCHUNGSMÖGLICHKEITEN	58
5	ZUSAMMENFASSUNG	61
6	ANHANG	63
6.1	TABELLEN	63
6.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	64
6.3	TABELLENVERZEICHNIS	66
6.4	LITERATURVERZEICHNIS	67
6.5	FRAGEBOGEN	72
6.6	DANKSAGUNG	82
6.7	LEBENS LAUF	83
6.8	ERKLÄRUNG	84

1 Einleitung

1.1 Erläuterung der Problematik

Die geschlossene Unterbringung und Therapie stellt einen Bestandteil stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung dar. Da es sich bei dieser Form der Behandlung um einen sehr sensiblen Bereich in der kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie handelt, entstehen immer wieder Diskussionen um Sinn und Konzeptionen. Im Spannungsfeld zwischen adäquater Behandlung schwerster psychischer Störungen und alten Vorurteilen in der Öffentlichkeit, daß in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Patienten „weggeschlossen“ und „zwangsbehandelt“ werden, müssen sich Konzepte geschlossener stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oft eher in der unspektakulären und von den Medien nicht beachteten klinischen Realität erweisen. Grundlage der Erarbeitung einer eigenen Konzeption einer kinder- und jugendpsychiatrischen Intensiveinheit an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätskrankenhauses Eppendorf, Hamburg, sollte eine möglichst umfassende Erhebung bestehender Konzeptionen sein.

1.2 Literaturüberblick

Die Literatursuche wurde im Zeitraum Juni 1996 bis September 1998 durchgeführt. Als Datenbanken wurden Medline, Embase Psychiatry (1986-1998) und Psyn dex (1977-1998) benutzt.

Medline: Literaturdatenbank in englischer Sprache für das Gesamtgebiet der Medizin. Enthält Angaben zu Publikationen (Zeitschriften) aus über 80 Ländern.

Embase Psychiatry: Literaturdatenbank für das Gebiet der Medizin, Schwerpunkt Psychiatrie, in englischer Sprache. Enthält Angaben zu Publikationen (Zeitschriften) von Autoren aus verschiedenen Ländern mit Schwerpunkt Europa.

Psyn dex: Literaturdatenbank für das Gebiet der Psychologie. Enthält Angaben zu deutschsprachigen und englischsprachigen Publikationen (Bücher und Zeitschriften) von Autoren aus deutschsprachigen Ländern sowie zu psychologisch relevanten Medien.

„Die Problematik der geschlossenen Unterbringung ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein beinahe tabuisiertes Thema.“ (Freisleder u. Martinius 1991)

Umfangreiche Literaturrecherchen haben ergeben, daß die Anzahl der Publikationen zu diesem Thema ausgesprochen gering ist. Dies steht im Widerspruch zu dem immer wieder aufflackernden öffentlichen Interesse, deckt sich allerdings mit der oben zitierten Auffassung von Freisleder u. Martinius (1991). Diese Tatsache wirft die Frage auf, ob es sich hierbei um ein Thema handelt, das für die Forschung nicht interessant erscheint, oder ob sie Folge der oben erwähnten „Tabuisierung“ sein könnte. Hingegen findet sich eine Fülle von Literatur zu spezifischen Themen wie „Krisenintervention“, „Konzeptionen geschlossener Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie“, „Geschlossene Unterbringung in Heimen“, „Time-out-Räume“ u.a.m.. Da es sich bei diesen Publikationen nicht um Konzeptionen geschlossener stationärer Behandlung speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie handelt, wird für die vorliegende Arbeit auf die Darstellung dieser angrenzenden Literatur verzichtet.

Im Folgenden werden zunächst Beiträge vorgestellt, die sich mit Merkmalen, Voraussetzungen und Konzeptionen geschlossener Stationen sowie mit Problemen der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigen. Es folgt ein kurzer Überblick über die Auseinandersetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe zum Thema geschlossene Unterbringung. Schließlich werden die juristischen Grundlagen einer geschlossenen Unterbringung Minderjähriger skizziert.

1.2.1 Geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Einen Überblick über Merkmale und Voraussetzungen geschlossener Stationen bieten Freisleder und Martinius (1991): „Das äußere Hauptmerkmal einer derartigen jugendpsychiatrischen Akutstation ist, daß ihre Türen rund um die Uhr verschlossen sind und auch die anderen architektonischen Gegebenheiten ein hohes Maß an Schutz, Übersichtlichkeit und Fluchtsicherheit bieten. Dieser Aspekt mag sicherlich bei manchen Assoziationen zu einer Art Jugendgefängnis implizieren. ‚Geschlossene Station‘ bedeutet in der Praxis aber insbesondere, daß sich das teamgeschulte Klinikpersonal vor dem Hintergrund eines

strukturierten Tagesablaufes und klarer Verhaltensregeln einem schwerer psychiatrisch Erkrankten intensiv und individuell abgestimmt zuwenden und ihn damit optimal behandeln kann. [...] Sehr oft werden Transparenz und Kontinuität der stationären Regeln und Zuständigkeiten vom akut oder schwer gestörten Jugendlichen nach kurzer Zeit positiv aufgenommen. Meistens bedeuten sie für ihn eine ebenso klare Zäsur gegenüber den situativen Umständen, die häufig seiner Klinikaufnahme vorausgegangen sind. Sie vermitteln ihm Orientierung und Sicherheit.“

Die Autoren betonen, daß für eine große Bandbreite gestörter Verhaltensweisen wie psychomotorische Gespannt- und Agitiertheit, Suizidalität, Wahn und halluzinatorisches Erleben eine „möglichst optimale Therapie“ nur in einer entsprechenden Einrichtung stattfinden könne und daß die Vorstellung einer Kompensation fehlender geschlossener Stationen durch „Personalaufstockung und pädagogisch-therapeutisches Können“ bestehender offener Stationen unrealistisch sei. (Freisleder u. Martinius 1991)

Machetanz (1986) versucht, dem wachsenden öffentlichen, häufig kritischen Interesse an geschlossenen Stationen für Kinder und Jugendliche Rechnung zu tragen und die Ärzteschaft über die bestehende Situation zu informieren, indem er „Probleme der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ schildert. Er beschreibt die Patienten und die Arbeitsweise, nennt rechtliche Voraussetzungen, erörtert, was bei Neugründungen entsprechender Stationen zu beachten sei, und gibt einen Ausblick auf zukünftige Entwicklungen. „Ohne geschlossene Abteilungen“, so auch sein Fazit, werde trotz aller damit verbundenen Probleme und der Bemühungen, die Zahl der geschlossenen Unterzubringenden zu verkleinern, „auch in Zukunft nicht auszukommen sein“.

Auch in anderen Beiträgen wird Stellung genommen zu der Frage, ob geschlossene Stationen für Kinder und Jugendliche notwendig und vertretbar sind. Die Mehrzahl der Autoren befürwortet die Existenz solcher Stationen.

So schreiben Lindner und von der Recke (1992): „Denn es muß hinterfragt werden, wenn Jugendliche eingesperrt werden. Die langjährigen Diskussionen zu diesem Thema haben dazu geführt, daß nur wenige Einrichtungen eine solche Station betreiben. Versorgungs-krankenhäuser [...] allerdings, die aufnahmepflichtig sind, müssen eine solche Station vor-

halten, um Patienten, die sich selbst oder andere infolge einer psychischen Erkrankung gefährden, behandeln zu können.“

Martin (1988) verweist lediglich auf die Tatsache, daß nicht alle Kliniken in der Lage seien, „das gesamte Krankheitsspektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu behandeln“, was zum Teil „an mangelnden baulichen Voraussetzungen mit dem Fehlen einer geschlossenen Abteilung, zum Teil an konzeptionellen Gründen“ liege.

Als ein Aspekt stationärer Behandlungsformen von Kindern und Jugendlichen findet die geschlossene Unterbringung eher beiläufige Erwähnung bei Eggers (1989). Er macht deutlich, daß „kleinere kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen, d.h. praktisch alle Einrichtungen außerhalb von Landeskliniken, (...) mangels einer eigenen geschlossenen Station häufig auf die Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie angewiesen“ seien.

Neben den bereits erwähnten Beiträgen von Freisleder und Martinius (1991) und Machezanz (1986) finden sich lediglich zwei Berichte über Erfahrungen mit Konzeptionen geschlossener Stationen für Minderjährige:

In dem von Lindner und von der Recke (1992) dargestellten methodenübergreifenden Konzept einer geschlossenen jugendpsychiatrischen Aufnahmestation wird der Zustand der Geschlossenheit beschrieben als „wandelbare und dynamische Rahmenbedingung, die auch unter therapeutischen Gesichtspunkten sehr hilfreich genutzt werden kann“. Das Konzept schaffe Rahmenbedingungen für unterschiedlichste Behandlungsmethoden (z.B. tiefenpsychologisch fundierte Tanztherapie mit psychotischen Jugendlichen (vgl. Weidinger, v.d.Heyde u. Rüth 1996)) und Zielsetzungen, was notwendig erscheine, um der großen Spannbreite von Störungsbildern und Erkrankungen gerecht werden zu können: Den größten Anteil der Patienten, nämlich 30% aller Aufnahmen, bildeten Jugendliche mit der Diagnose „anderweitig nicht klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens“, gefolgt von Psychosen (19%), Persönlichkeitsstörungen (12%), emotionalen Störungen (11%) und Anpassungsstörungen (7%).

Ein besonderes Problem stellten die Jugendlichen dar, die zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie geraten. Hier müsse die Indikation besonders kritisch überdacht werden, um dem „Spannungsfeld zwischen den Polen Verantwortung für Minderjährige, die durch das Netz

der Jugendhilfe fallen, einerseits und der begründeten Ablehnung der zwangsweisen Psychiatisierung solcher Jugendlichen andererseits, die oft gerade von der Psychiatrie am wenigsten wissen wollen“, gerecht zu werden. In diesem Zusammenhang verweisen die Autoren auf die Möglichkeit geschlossener Stationen, im Sinne einer Beratung und Krisenintervention vor Ort, also außerhalb der Station, zu Konfliktlösungen beizutragen und somit einer Aufnahme des Patienten entgegenzuwirken. „Die paradoxe Erscheinung, die geschlossene Station zu nutzen, ohne sie (im Sinne einer Aufnahme) zu gebrauchen, ist eine gute Anwendungsmöglichkeit der geschlossenen Station.“ (Lindner u. von der Recke 1992)

Hirschberg (1991) beschreibt das verhaltenstherapeutisch orientierte Konzept einer geschlossenen sozialtherapeutischen Station, die ausschließlich auf die Arbeit mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen ausgerichtet ist.

Dieses Konzept definiert spezifische Organisationsmerkmale der Station (hohe Betreuerdichte, Regel-, Stufen- und Bezugspersonensystem, strenge Strukturierung des Tagesablaufs, „Prinzip der individuellen Geschlossenheit“ (v. Wolffersdorff u. Sprau-Kuhlen 1990)) und strukturiert den ablaufenden therapeutischen Prozeß in die „Phasen des Widerstands, des Durcharbeitens und der Ablösung“ (Orvin 1974, Rinsley 1976).

Ziel der speziell für diese Station entwickelten „Sozialtherapie“ ist einerseits ein Defizitgleich alltagspraktischer Kompetenzen, vor allem aber die Ermöglichung „korrigierender Beziehungserfahrungen im therapeutischen Milieu“. „Wenn diese als modellhaft für soziale Beziehungen internalisiert werden, braucht der Jugendliche sein ‚lärmendes‘ dissoziales Verhalten nicht mehr und kann sich der Bewältigung seiner altersspezifischen Probleme zuwenden.“ (Hirschberg 1991)

Besondere Wichtigkeit erhalte die Verwirklichung eines therapeutischen Milieus auf der Station, das durch verschiedene Aspekte erzeugt werde: Übernahme sowohl pädagogischer als auch therapeutischer Aufgaben durch die Betreuer, adäquates Umgehen der Betreuer mit den destruktiven Verhaltensmustern der Jugendlichen, angemessenes Reagieren in Notfallsituationen. Hierbei fließen verschiedene therapeutische Funktionen mit ein: die Erfahrung des Gehaltenwerdens und der Unterstützung, das Erleben von Struktur, Beteiligung am therapeutischen Prozeß und Bestätigung (vgl. Gunderson 1978).

„Was in den zeitlich begrenzten speziellen Therapiemaßnahmen erarbeitet wurde, kann durch Erfahrungen im Stationsleben weiter vertieft, aber auch zunichte gemacht werden.

Von daher ist es gerechtfertigt, Sozialtherapie in der zeitlichen Dimension als ‚24-Stunden-Therapie‘ (Heinzmann et al. 1983, Jones 1984) zu definieren.“ (Hirschberg 1991)

Weiter berichtet Hirschberg 1996 von den Erfahrungen mit dem Konzept der sozialtherapeutischen Station fünf Jahre nach ihrer Gründung und belegt, „daß wesentliche Aspekte des Konzepts in die Praxis umgesetzt werden konnten“. Er betont, daß speziell Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens „häufig unterschiedliche und vielschichtige Problemlagen aufweisen“. Darauf müsse sich das therapeutische Angebot einstellen, „indem für jeden Jugendlichen ein individueller Therapieplan erstellt wird“. Somit werde die Forderung nach einem „Breitbandförderprogramm“ (Petermann u. Wiedebusch 1993) erfüllt.

Als problematisch stellte sich einerseits heraus, „daß Mädchen meist wesentlich weniger von einem Aufenthalt profitierten als Jungen, was sich insbesondere daran zeigte, daß Mädchen viel seltener in die Therapiephase gelangten“. Hirschberg läßt die Frage offen, ob für Mädchen mit Störungen des Sozialverhaltens spezielle Konzepte entwickelt werden müßten. Außerdem sei es bisher nicht gelungen, „die relativ hohe Zahl an Entweichungen zu reduzieren“.

Von Bedeutung erscheine insgesamt auch die Tatsache, daß durch die Arbeit der sozialtherapeutischen Station eine Entlastung und Verbesserung der Arbeitsqualität der anderen Stationen erreicht worden sei, die die Möglichkeit erhalten hätten, „spezifische Konzepte für Patienten anderer Diagnosegruppen weiterzuentwickeln und umzusetzen und auf diese Weise therapeutische Milieus zu schaffen, die sich deutlich von dem therapeutischen Milieu, das für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens förderlich ist, unterscheiden“. (Hirschberg 1996)

Beim Vergleich einer ausschließlich offen geführten mit einer geschlossen fuhrbaren (aber nicht permanent geschlossenen) jugendpsychiatrischen Station des Landeskrankenhauses Weissenau wurde auf der geschlossen fuhrbaren Station mit 38% (ausschließlich offen geführte Station 26%) ein deutliches Überwiegen der psychotischen Patienten und mit 10% ein wesentlich geringerer Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (offen geführte Station 27%) festgestellt. Störungen des Sozialverhaltens, Eßstörungen und Neurosen waren auf beiden Stationen annähernd gleich verteilt. Primär suchtkranke, organisch wesensveränderte und oligophrene Patienten gehörten auf beiden Stationen zur Ausnahme (alle unter 2%). Insgesamt bestanden auf beiden Stationen dieselben Aufnahmeindikatio-

nen, Ausnahmen bildeten lediglich ausgesprochene Selbst- und Fremdgefährdung und ernsthafte Brandstiftungsgefahr, die als Indikationen für eine Aufnahme auf der geschlossenen fñhnbaren Station betrachtet wurden. Beim Umgang mit impulshaft suizidalen oder schwer psychotischen Patienten stieß die nicht schließbare Station mitunter an ihre Belastungsgrenzen. „Das Ausmaß an notwendiger Intensivbetreuung dieser Patienten ließ auch bei uns [der ausschließlich offen gefñhrteten Station] immer wieder den Wunsch nach einer geschlossenen Unterbringungsmöglichkeit aufkommen.“ (Schmölzer 1994)

1.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

In der Diskussion um geschlossene psychiatrische Stationen für Kinder und Jugendliche wird vor allem der Konflikt zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und Kinder- und Jugendhilfe andererseits deutlich. Er verschärfte sich in den 80er Jahren, nachdem die geschlossenen Heime in einigen Bundesländern - z.B. in Hamburg - als Konsequenz aus Reformbemühungen der 70er Jahre im Jugendhilfebereich zugunsten des Konzepts „Menschen statt Mauern“ abgeschafft wurden (Köttgen u. Kretzer 1990, Bittscheidt-Peters u.a. 1981). Die Zahl der geschlossenen Heime ist heute gegenüber dem Ende der 60er Jahre extrem verringert.

Angesichts dieser veränderten Situation fürchtete die Kinder- und Jugendpsychiatrie, zu einer Art „Abschiebebahnhof“ für Jugendliche zu werden, die mit ihrer Problematik eigentlich nicht in die Psychiatrie gehören, aber aufgrund mangelnder Alternativen und der bestehenden Aufnahmepflicht der Psychiatrie trotzdem stationär behandelt werden müssen (Freisleder u. Martinius 1991). „Denn die Psychiatrie wird immer noch als ein Ort verstanden, an dem man besonders schwierige Kinder über die Aufnahmepflicht ‚loswerden‘ kann, um sie - als Psychiatriefall etikettiert - möglichst lange dort zu belassen.“ (Martinius et al. 1996) Hierbei handele es sich „im Grunde um Fehleinweisungen durch Jugendämter und Fürsorgeerziehungsheime, auch durch Eltern, die aus einer Ratlosigkeit heraus - auch aus Angst - störende, aggressive, randalierende Jugendliche mit einem psychiatrischen Etikett versehen, als ‚Notaufnahme‘ über den Haus- bzw. Heimarzt einweisen lassen“ (Machetanz 1986). Stolle (1997) beschreibt „die Hilflosigkeit der Jugendhilfe, die sich [nach Auflösung der geschlossenen Heime 1993 in Schleswig-Holstein] weiter für dissozi-

ale, verwahrloste Kinder zuständig fühlte, jedoch nicht wußte, wie sie dies mit den zur Verfügung stehenden Mitteln bewerkstelligen sollte“ (Stolle 1997).

Kowerk (1990) beschreibt in diesem Zusammenhang einen „statistisch signifikanten, überproportionalen Anstieg freiheitsentziehender bzw. -beschränkender Maßnahmen in der Psychiatrie bei den Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung“ in Hamburg seit der Abschaffung der geschlossenen Heime im Jahre 1981. Er hält einen kausalen Zusammenhang nicht nur für möglich, sondern für wahrscheinlich. Dieses vorausgesetzt, hätte „der Lösungsversuch des einen Problems - die Abschaffung der geschlossenen Einrichtungen im Jugendhilfebereich - [...] ein anderes Problem erzeugt, nämlich die Vermehrung geschlossener Unterbringungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Kowerk 1990, vgl. auch Machetanz 1986). Allerdings ist dieser Beitrag umstritten, Schone (1992) zieht aus demselben Zahlenmaterial den gegenteiligen Schluß. Tatsächlich basierte Koworks Untersuchung auf sehr kleinen Fallzahlen (Kowerk 1992), so daß nach Ansicht von Gutenbrunner (1992) keine der beiden Schlußfolgerungen zulässig ist.

In dem Bemühen um Kooperation und Verständigung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe wird von einigen Autoren der Wunsch nach einer geschlossenen pädagogischen Einrichtung geäußert (vgl. Martinius 1995, Stolle 1997), die den dissozialen, delinquenten, gewalttätigen Kindern und Jugendlichen eher gerecht werde als ein Aufenthalt in der Psychiatrie. Ziel entsprechender Einrichtungen wäre nicht, diese Kinder „wegzuschließen“, sondern „um sie zu kämpfen und zu werben“ (Stolle 1997).

Bei Freisleder u. Martinius (1991) heißt es hierzu: „Die zeitweilig von weiten Kreisen der Jugendhilfe vertretene Meinung, auf geschlossene pädagogische Einrichtungen ganz verzichten zu können, hat sich als Trugschluß erwiesen, da es einen kleinen Jugendlichen-Personenkreis mit zum Teil schwer ausgeprägter dissozialer Problematik gibt, der zumindest vorübergehend einer Betreuung und Führung in einem geschlossen geführten Erziehungs- und Betreuungssettings bedarf.“

Und Machetanz (1986) schreibt: „Man geht dem Problem nicht aus dem Weg, indem man diese unerfreuliche Entwicklung [die vermehrte stationäre Aufnahme verwahrloster dissozialer Jugendlicher] leugnet und mangels geschlossener Abteilungen in Fürsorgeerzie-

hungseinrichtungen die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen fehlbelegt und überlastet. Wenn diese hin- und hergeschobenen Jugendlichen zahlenmäßig das Übergewicht in den geschlossenen Stationen bekommen, so sprengen sie den Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, die ihrer eigentlichen Aufgabe nicht mehr gerecht werden kann.“

Auch in der Jugendhilfe flammt die Diskussion um geschlossene Heime immer wieder neu auf. Die höchst kontroversen Ansichten zu diesem Thema bewegen sich in dem Spektrum zwischen „Bankrotterklärung emanzipatorischer Sozialpädagogik“ und „ultima ratio vor dem Eingreifen von Gefängnis und Psychiatrie“ (v. Wolffersdorf et al. 1996, vgl. auch Herr u. Kaufmann 1988). Uneinigkeit herrscht in der Jugendhilfe weiterhin angesichts der Frage, ob der Bedarf an Plätzen für geschlossene Unterbringung in den letzten Jahren gestiegen sei.

Martinius et al. (1996) fordern eine Aufnahmepflicht von Heimen für Kinder und Jugendliche, bei denen die akute Symptomatik nach einem Aufenthalt in der Psychiatrie abgeklungen ist. Dadurch sollten die Bedürfnisse der Minderjährigen nach Beziehung und Erziehung schnellstmöglich erfüllt und ihrer Psychiatisierung entgegengewirkt werden. Sie zeigen in einer Studie, „daß an der Nahtstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe im praktischen Alltag“, nämlich bei der Übernahme von problematischen Jugendlichen von der einen in die andere Institution, „noch vieles im Argen liegt, das bewußt gemacht und verbessert werden kann“. „Kooperation“, so gab Martinius schon 1995 zu bedenken, „ist mehr denn je das Leitmotiv, das es der Jugendhilfe ermöglichen wird, die erweiterten Aufgaben zu lösen. Denn die Versorgung seelisch behinderter Kinder muß die Bereiche Sozialpädagogik, Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen bringen, um Fehler in Diagnostik und Versorgung zu vermeiden.“ (Martinius 1995)

1.2.3 Juristische Grundlagen für die geschlossene psychiatrische Unterbringung Minderjähriger

Zahlreiche Autoren befassen sich ausführlich mit den rechtlichen Voraussetzungen einer geschlossenen Unterbringung Minderjähriger. Klare und eindeutige Darstellungen juristischer Grundlagen scheinen hierbei notwendig zu sein, da „die notfallmäßige und unter Zwang erfolgende Einweisung (Aufnahme) eine Ausnahmesituation“ sei, „die strengen Regeln zu unterliegen hat und der Kontrolle“ bedürfe (Freisleder u. Martinius 1991).

Vor allem §1631b BGB (Bundesgesetzbuch) steht bei dieser Diskussion im Vordergrund. Er sollte stets Grundlage einer Unterbringung Minderjähriger auf einer geschlossenen Station sein, da er die „besonderen sozialen und entwicklungspezifischen Aspekte dieser Altersgruppe“ berücksichtige (Freisleder u. Martinius 1991). Er beinhaltet folgende Punkte:

1. „Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig.
2. Ohne Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.
3. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert.“

Der Begriff der Freiheitsentziehung wird von Helle (1986) folgendermaßen definiert:

„Wenn psychiatrische Einrichtungen für Kinder dergestalt betrieben werden, daß die dort stationär behandelten Kinder das Gebäude, das Gelände oder gar die Station nicht nach eigenem Belieben verlassen können, sie vom Kontakt nach außen abgeschirmt werden und keinen freien Ausgang haben, so liegt ohne Rücksicht auf die Benennung der Station als geschlossene Anstalt und ohne Rücksicht auf den Zweck dieser Maßnahmen - Erziehung oder Heilung oder nur Verwahrung oder Anstaltsdisziplin oder Wahrnehmung der Aufsichtspflicht - eine Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt vor. Die objektiven Voraussetzungen einer Freiheitsentziehung sind in einem solchen Fall dann ohne weiteres zu bejahen.“

In der Praxis wird mit Bezug auf §1631b BGB folgendermaßen verfahren: Der behandelnde Arzt meldet dem Vormundschaftsgericht die notwendig gewordene Aufnahme, und die Sorgeberechtigten beantragen unverzüglich beim selben Gericht die geschlossene Aufnahme des Jugendlichen. Sind die Eltern nicht einverstanden mit der Aufnahme, ordnet das Vormundschaftsgericht entweder die geschlossene Unterbringung an, oder es entzieht den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht und setzt einen Pfleger ein, der dann seinerseits den Antrag beim Vormundschaftsgericht stellen kann (vgl. Rüth u. Weber 1994).

Als Ziele dieser gesetzlichen Regelung für Minderjährige werden beschrieben (Rüth u. Weber 1996):

- „Das Vormundschaftsgericht gewährleistet einen besonderen Schutz Minderjähriger vor Willkürmaßnahmen der Sorgeberechtigten oder auch der Ärzte.
- Arzt und Sorgeberechtigte müssen Rechenschaft ablegen über die Notwendigkeit der geschlossenen Unterbringung.“

Unterschiedliche Auffassungen bestehen bezüglich der Frage, ob bei vorliegender schriftlicher Einwilligung des geschlossen unterzubringenden Minderjährigen weiterhin eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen ist oder ob in diesem Fall darauf verzichtet werden kann. Gollwitzer u. Rüth (1996) halten es im Gegensatz zu Machetanz (1986) für sinnvoll, „die gerichtliche Genehmigung der geschlossenen Unterbringung eines Minderjährigen unter Ausschaltung jeder Einwilligungsproblematik ausnahmslos für alle Fälle zu fordern“. Schließlich sei - so Rüth u. Weber (1994) - bei in geschlossenen jugendpsychiatrischen Abteilungen untergebrachten Kindern und Jugendlichen „meist davon auszugehen, daß sie infolge ihres Störungsbildes oder ihres Alters die Notwendigkeit eines derartigen therapeutischen Vorgehens nicht einsehen“ könnten. Außerdem werde dem zuständigen Kinder- und Jugendpsychiater jegliche Handlungsmöglichkeit genommen, sollte der Jugendliche seine Einwilligung zurückziehen - womit „bei psychiatrisch gestörten oder aber erheblich verhaltensauffälligen Jugendlichen“ mittel- bis kurzfristig zu rechnen sei (Gollwitzer u. Rüth 1996).

Nedopil (1996) weist als Alternative zur geschlossenen Unterbringung nach §1631b BGB auf die Bestimmungen der landesüblichen Unterbringungsgesetze oder PsychKGs (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) hin, nach denen - zu-

mindest teilweise - in der Erwachsenenpsychiatrie verfahren wird. Bei Kindern und Jugendlichen sei aber, geben Freisleder und Martinius (1991) zu bedenken, „der Einweisungsgrundlage entsprechend §1631b BGB der Vorzug zu geben, da sie erstens bundeseinheitliche Gültigkeit besitzt und zweitens nicht - wie z.B. der Einweisungsmodus nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz - eine Registrierung des Patienten bei der Krankenhausverwaltungsbehörde mit daraus möglicherweise resultierenden Konsequenzen nach sich zieht“ (Freisleder u. Martinius 1991).

Kowerk (1989) stellt die „ärztliche Entscheidungssituation bei Zwangseinweisungen in Hamburg unter Berücksichtigung des Verfahrens bei Kindern und Jugendlichen“ dar und leitet „Empfehlungen für eine erneute Novellierung des HmbPsychKG“ ab. Er fordert, daß „die Frage der Zwangseinweisung bei Kindern und Jugendlichen im HmbPsychKG ausdrücklich erwähnt werden sollte“. Dies ist bisher nicht der Fall (vgl. HmbPsychKG von 1977 u 1995).

Erwähnt seien noch die Paragraphen §81 StPO (Strafprozeßordnung) - Unterbringung zur Begutachtung in strafrechtlichen Verfahren -, §126a StPO - vorübergehende Unterbringung schuldunfähiger Tatverdächtiger auf überwiegend forensischen Stationen - und §63, §64 StGB (Strafgesetzbuch) bzw. §20, §21 StGB - geschlossene Unterbringung psychiatrisch kranker jugendlicher Straftäter.

Es ist deutlich geworden, daß vereinzelte Beiträge zu Konzepten in der geschlossenen psychiatrischen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht wurden, daß auch die Probleme der geschlossenen Unterbringung Berücksichtigung fanden, aber kein Überblick bzw. aktueller Stand zu dem Thema in Deutschland existiert. Die vorliegende Arbeit möchte einen möglichst umfassenden Überblick bestehender Konzeptionen geben.

2 Material und Methoden

Die weitere Untersuchung besteht aus zwei Teilen:

1. Ermittlung geschlossener kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen in der Bundesrepublik Deutschland
2. Befragung dieser Stationen

Die Durchführung des ersten Teils erfolgte im Zeitraum August 1996 bis März 1997. Hierbei wurden alle Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, die im Verzeichnis von Anton und Specht (1995) aufgeführt waren, telefonisch nach der Existenz einer oder mehrerer geschlossener Stationen innerhalb der Klinik befragt. Erfasst wurden Stationen, die grundsätzlich das ganze Jahr über geschlossen geführt wurden, deren bauliche und konzeptuelle Voraussetzungen also die Patienten gezielt am Entweichen hinderten. Dies war die Ausgangsdefinition der Untersuchung für eine „geschlossene Unterbringung“.

In den telefonischen Gesprächen wurde angegeben, daß die Befragung im Rahmen einer Untersuchung zu Konzepten in der kinder- und jugendpsychiatrischen Akut- und Intensivbehandlung erfolge.

Die Durchführung des zweiten Teils erfolgte im Zeitraum vom 01.04. bis 01.06.1997. Für die Befragung der im ersten Teil ermittelten Stationen wurde ein spezieller Fragebogen entworfen (siehe Anhang). Ausgangsidee für die Konzeptualisierung des Fragebogens war die Überlegung, welche Informationen benötigt würden, um sich ein Bild von der Arbeit der zu untersuchenden Stationen zu machen und um ein Konzept für eine neue geschlossene Station zu entwerfen. Hierbei konnte auf keinen vergleichbaren Fragebogen zurückgegriffen werden.

Im Anschluß an ein „Brainstorming“ erfolgte ein genaueres Hinterfragen und Ordnen der auf diese Art erhaltenen Items hinsichtlich ihrer Aussagekraft, der Relevanz für die Fragestellung und ihrer Abfragbarkeit. Einerseits wurden möglichst umfassende und detaillierte Informationen zu den Stationen angestrebt, andererseits konnten die wenigsten der befrag-

ten Stationen auf Statistiken und genaue Daten zurückgreifen, so daß es sich bei der Beantwortung der Fragen größtenteils um Einschätzungen handelte.

Ausgehend von diesen Überlegungen entstand ein Fragebogen mit elf Abschnitten zu folgenden Bereichen:

1. Aufbau der Kliniken
2. Aufbau der geschlossenen Stationen
3. Patienten
4. Aufnahme/Aufenthalt
5. Räumlichkeiten
6. Betreuungssystem
7. Tagesablauf
8. Therapie
9. Team
10. Schule
11. Abschließende Einschätzungen

Insgesamt umfaßt der Fragebogen 76 strukturierte Fragen mit 25 offenen, 38 strukturierten und dreizehn semi-strukturierten Antwortmöglichkeiten. Die offenen Antworten sollten ein breites Spektrum an Informationen ermöglichen, da es gerade darum ging, verschiedene Konzepte zu erfassen. Die so gewonnenen Daten mußten dann für ihre Auswertung kodiert und reduziert werden, wobei die Aussagen der Interviewpartner zugunsten der Eindrücklichkeit in ihrer wörtlichen Wiedergabe - soweit es möglich war - belassen wurden. Ebenso mußte mit einem Teil der semi-strukturierten Items verfahren werden, die strukturierten Items lagen dagegen von vornherein in kodierter Form vor, so daß sie nur noch ausgezählt werden mußten.

Als Methode der Datenerhebung mit Hilfe eines Fragebogen wurde zunächst die Versandmethode erwogen. Hierbei ist die Rückflußrate allerdings häufig sehr gering (Lewin 1986). Um die Arbeitsbelastung für die Abteilungen möglichst gering zu halten und die Bearbeitung sämtlicher Fragebögen sicherzustellen, wurden die Daten schließlich anhand einer telefonischen Befragung erhoben, nachdem sie den jeweiligen Stationen zugeschickt worden waren. Dieses Verfahren sollte dazu dienen, den Interviewpartnern die Beantwortung

der Fragen zu erleichtern und transparent zu machen. Adressat war der jeweilige Leiter der Abteilung oder Klinik, in einigen Fällen auch der Ober- oder Stationsarzt, mit dem bereits im ersten Teil der Untersuchung Kontakt aufgenommen worden war. Ein Begleitschreiben erläuterte noch einmal die Thematik und den Anlaß der Untersuchung (siehe Anhang). Gesprächspartner waren die jeweiligen Leiter selbst oder Ober- und Stationsärzte, mit denen bereits Kontakt bestand bzw. an die das Schreiben weitergeleitet wurde, und in einem Fall ein Pfleger der Station, der einen Teil der Beantwortung der Fragen übernahm.

Ein Vortest wurde nicht durchgeführt.

Der Fragebogen wurde an folgende Kliniken verschickt:

- Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg (Baden-Württemberg)
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim (Baden-Württemberg)
- Heckscher-Klinik des Bezirks Oberbayern, München (Bayern)
- Humboldt-Krankenhaus, Berlin
- Nervenklinik Spandau, Berlin
- Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg (Hessen)
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lahnhöhe, Marburg (Hessen)
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie „Hofheim“, Riedstadt (Hessen)
- Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hildesheim (Niedersachsen)
- Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lüneburg (Niedersachsen)
- Rheinische Landesklinik Bedburg-Hau (Nordrhein-Westfalen)
- Rheinische Landesklinik Bonn (Nordrhein-Westfalen)
- Evangelisches Krankenhaus Essen-Werden, Essen (Nordrhein-Westfalen)
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Marl-Sinsen (Nordrhein-Westfalen)
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marsberg (Nordrhein-Westfalen)
- Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klingenmünster (Rheinland-Pfalz)
- Landeskrankenhaus Uchtspringe (Sachsen-Anhalt)

- Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Mühlhausen (Thüringen)

Ausgenommen waren geschlossene Stationen, die ausschließlich mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen arbeiteten.

In der statistischen Auswertung wurde auf die Berechnung von korrelativen Zusammenhängen verzichtet, da die Anzahl der erhobenen Daten und die Fragestellung der Arbeit solche Berechnungen nicht sinnvoll erscheinen ließen. Die schriftliche und graphische Darstellung beschränkt sich aus demselben Grund auf deskriptive Statistik mit der Verwendung absoluter Zahlen.

Da keine Patientendaten erhoben wurden, Patienten also nicht selber betroffen sind, bestehen keinerlei ethische Bedenken gegen die Arbeit.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß zu dem Zeitpunkt der Untersuchung weitere acht geschlossene Stationen in Planung bzw. im Bau waren, die leider nicht in die Befragung mit eingebunden werden konnten. Hierbei handelte es sich um Einrichtungen in folgenden Städten/ Bundesländern:

Baden-Württemberg: Stuttgart

Bayern: Augsburg

Niedersachsen: Hannover, Königslutter, Papenberg

Nordrhein-Westfalen: Dortmund, Münster

Sachsen: Dresden

Ebenfalls nicht untersucht wurden Stationen, die als „fakultativ geschlossen“ oder als „halb-offen“ bezeichnet wurden, auch wenn die Konzepte dieser Stationen sicherlich weitere interessante Aspekte und Alternativen in bezug auf die hier untersuchte Fragestellung liefern könnten. Schließlich stellt die geschlossene Behandlung nur einen Aspekt intensiv- bzw. akutpsychiatrischer Therapiekonzepte dar, und es wäre zu überlegen, inwieweit eine halb-offene bzw. fakultativ geschlossene Station als Alternative oder Ergänzung zu einer geschlossenen Station fungieren könnte.

3 Ergebnisse

3.1 Überblick über die befragten Stationen

Der erste Teil der vorliegenden Untersuchung zeigte, daß zu dem Zeitpunkt der Erhebung 18 kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken oder Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland über mindestens eine kinder- und/oder jugendpsychiatrische Station verfügten, die das ganze Jahr über geschlossen geführt wurde. Diese 18 Kliniken stellten zusammen 266 Plätze für geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung. Es handelte sich hierbei um folgende Einrichtungen:

Baden-Württemberg:

- Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Bayern:

- Heckscher-Klinik des Bezirks Oberbayern, München

Berlin:

- Humboldt-Krankenhaus, Berlin
- Nervenklinik Spandau, Berlin

Hessen:

- Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lahnhöhe, Marburg
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie „Hofheim“, Riedstadt

Niedersachsen:

- Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hildesheim

- Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lüneburg

Nordrhein-Westfalen:

- Rheinische Landeslinik Bedburg-Hau
- Rheinische Landeslinik Bonn
- Evangelisches Krankenhaus Essen-Werden, Essen
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Marl-Sinsen
- Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marsberg

Rheinland-Pfalz:

- Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klingenmünster

Sachsen-Anhalt:

- Landeskrankenhaus Uchtspringe

Thüringen:

- Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Mühlhausen

Es fanden sich 13 Kliniken mit jeweils einer geschlossenen Station, zwei Kliniken mit zwei geschlossenen Stationen, eine Klinik mit drei und zwei Kliniken mit vier geschlossenen Stationen. Für die Untersuchung ergab sich demnach eine Gesamtanzahl von 28 Stationen. Von diesen 28 Stationen wurden aus organisatorischen Gründen zunächst 26 befragt. Zu einem späteren Zeitpunkt fand eine Nachexploration der verbliebenen zwei Stationen statt, die sich allerdings nur auf wenige Fragen beschränkte. Die Anzahl der befragten Stationen lässt sich bei jeder Frage dem Text entnehmen.

Deutlich wurde eine geographische Häufung entsprechender Kliniken in Nordrhein-Westfalen (fünf Kliniken mit mindestens einer geschlossenen Station) und Hessen (drei Kliniken). Baden-Württemberg, Berlin und Niedersachsen verfügten über jeweils zwei, Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen über jeweils eine Klinik mit einer oder mehreren geschlossenen Stationen. Bei drei Kliniken handelte es sich um universitäre Einrichtungen.

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden sowohl die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken als auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen innerhalb einer psychiatrischen oder allgemeinen Klinik, die über eine geschlossene Station verfügten, als „Klinik“ bezeichnet, um begriffliche Unklarheiten zu vermeiden. Die Bezeichnung „Station“ wird dabei stets für die befragten geschlossenen Stationen verwendet.

3.2 Konzepte der geschlossenen Stationen: Auswertung des Fragebogens

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Fragen des Fragebogens, teilweise unter Zuhilfenahme graphischer Darstellungen und Tabellen. Wo es möglich war und sinnvoll erschien, wurde das arithmetische Mittel und die Standardabweichung berechnet.

3.2.1 Aufbau der Kliniken

Dieser Teil des Fragebogens soll einen kurzen Überblick über die Kliniken bzw. Abteilungen bieten, in die die geschlossenen Stationen eingebettet waren.

Stationäre und ambulante Angebote der Kliniken

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Von den 18 befragten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit mindestens einer geschlossenen Station verfügten jeweils ca. zwei Drittel darüber hinaus über mindestens eine Kinderstation, eine Jugendstation, über eine Tagesklinik oder über eine Institutsambulanz bzw. Poliklinik. Weniger häufig fanden sich in diesen Kliniken Stationen, die sowohl Kinder als auch Jugendliche aufnahmen: Diese Möglichkeit traf lediglich auf sechs Kliniken zu. Noch seltener (nur in zwei Kliniken) fand sich eine Eltern-und-Kind- bzw. Mutter-und-Kind-Station (n=18, Abb.1).

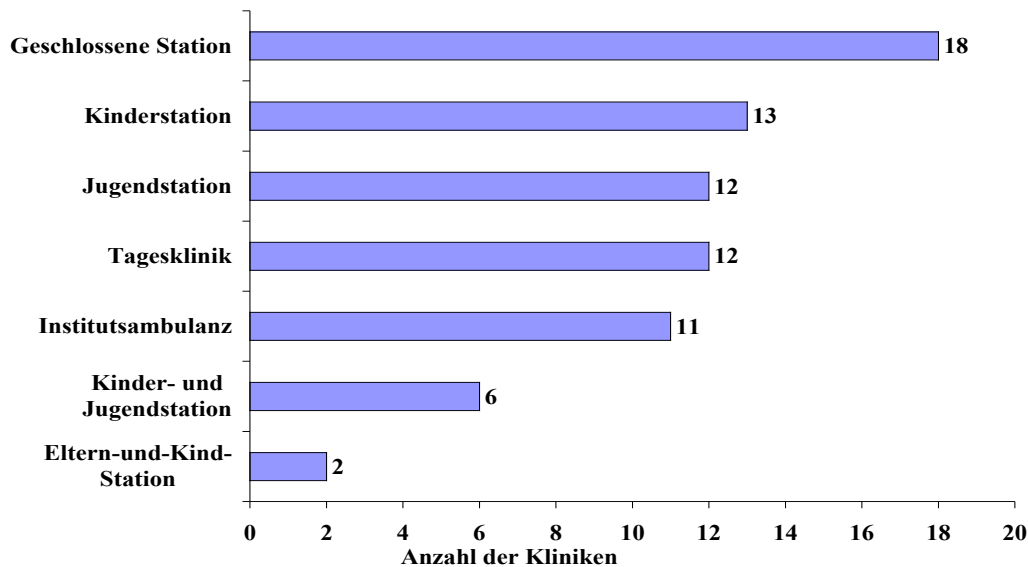


Abbildung 1: Stationäre und ambulante Angebote der Kliniken mit Mehrfachnennungen (n=18)

Gesamtanzahl der Behandlungsplätze in den Kliniken

Um die Größe der befragten 18 Kliniken einschätzen zu können, wurde nach der Gesamtanzahl der Behandlungsplätze aller Stationen der Kliniken inklusive Tagesklinik gefragt. Diese bewegte sich zwischen elf und 180 Plätzen. Der Mittelwert betrug 72,4 Plätze. Die größte Gruppe bildeten acht Kliniken mit jeweils 41 bis achtzig Behandlungsplätzen. Über einen bis vierzig Plätze verfügten fünf Kliniken. Die größeren bis sehr großen Kliniken waren seltener vertreten mit 81, 89, 113, 160 und 180 Plätzen (n=18, Abb.2, Tab.2).

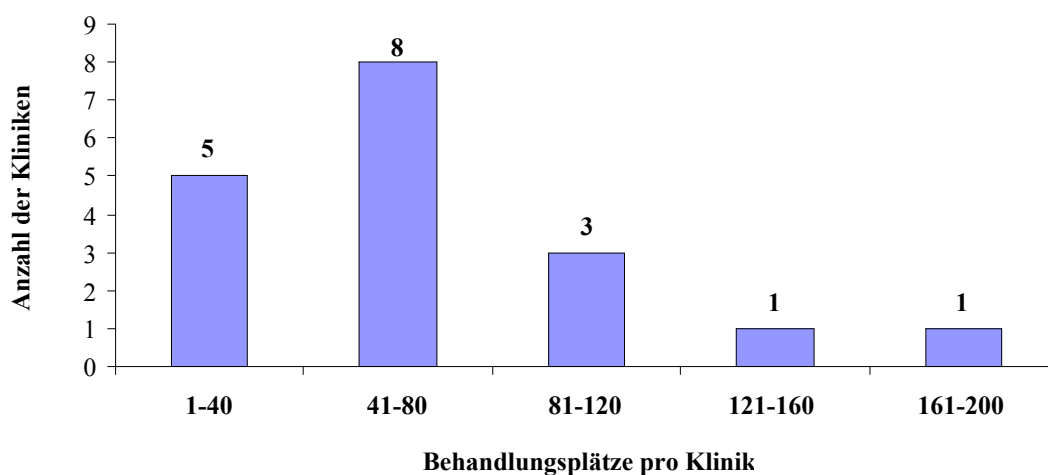


Abbildung 2: Anzahl der Behandlungsplätze pro Klinik inklusive Tagesklinikplätze (n=18)

3.2.2 Aufbau der geschlossenen Stationen

Bezeichnung der Stationen

Die befragten 26 Stationen wurden innerhalb ihrer Kliniken sehr unterschiedlich bezeichnet. Nur fünf Stationen wurden in ihrer Klinik „geschlossene Station“ genannt. Ebenso viele trugen die Bezeichnung „Intensivstation“. Vier Stationen wurden als „Akutstation“ bezeichnet, ebenfalls vier Stationen - die alle zur selben Klinik gehörten - als „geschützte Station“. Jeweils zwei Stationen wurden „geschlossene Aufnahmestation“ bzw. „geschlossene Intensivstation“ genannt. Als „geschlossene Akutstation“, „Kriseninterventionszentrum“ und „sozialtherapeutische Station“ wurde jeweils eine Station bezeichnet. Einen Sonderfall stellte eine Klinik dar, die nur aus einer einzigen Station - der geschlossenen Station - bestand und ganz allgemein „Jugendpsychiatrische Abteilung“ genannt wurde (n=26).

Gründung der geschlossenen Stationen

Die Einrichtung geschlossener Stationen für Kinder und Jugendliche erreichte in der Bundesrepublik Deutschland in den 80er Jahren einen Höhepunkt: Elf Stationen wurden in dieser Zeit ins Leben gerufen, sieben davon im Jahr 1982, als zwei große Kliniken drei bzw. vier geschlossene Stationen gründeten. Die zum Zeitpunkt der Erhebung älteste der befragten Stationen wurde 1959 gegründet, die vier nächstältesten 1974. Die beiden jüngsten Stationen existieren seit 1996. In den 70er und 90er Jahren (bis 1996) entstanden jeweils sieben neue geschlossene Stationen. Insgesamt blieb in den letzten drei Jahrzehnten die Anzahl der neugegründeten geschlossenen Stationen damit relativ konstant. Beide in den „Neuen Bundesländern“ gelegenen Stationen wurden nach der deutsch-deutschen Wiedervereinigung eröffnet (n=26, Abb.3, Tab.3).

Bettenzahlen

Die drei kleinsten der befragten geschlossenen Stationen verfügten über fünf, die zwei größten über 14 Betten. Der Mittelwert lag bei 9,6 Betten mit einer Standardabweichung von 2,6. Am häufigsten (acht Nennungen) wurde eine Anzahl von zehn Betten angegeben.

Der Großteil (14 Stationen) bewegte sich in einem Bereich von zehn bis zwölf Betten (n=28, Abb.4, Tab.4).

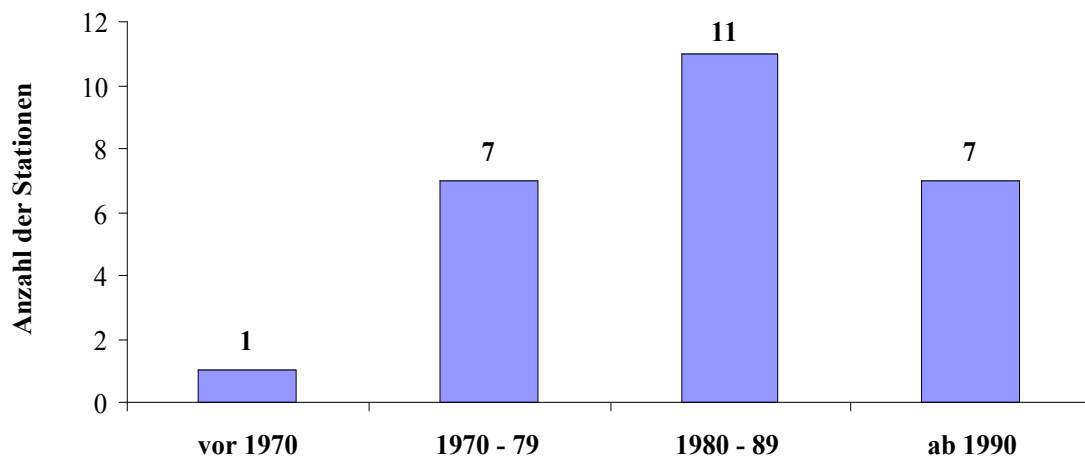


Abbildung 3: Überblick über die Gründungen geschlossener Stationen bis 1996 (n=26)

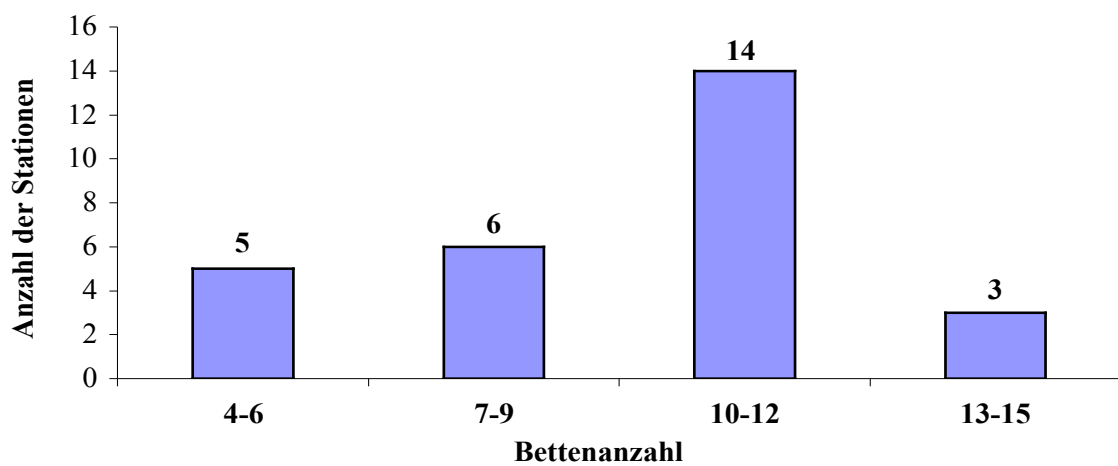


Abbildung 4: Bettenzahlen der geschlossenen Stationen (n=28)

Behandlungskategorien nach Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)

Der Personalbedarf einer Station wird anhand des unterschiedlichen Behandlungsbedarfs der verschiedenen Patientengruppen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Kunze u. Kaltenbach, 1994) ermittelt.

Die Kategorien bezeichnen folgende Art der Behandlung:

- KJ1: Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
- KJ2: Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
- KJ3: Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung
- KJ5: Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

Vor allem Behandlungsplätze der Kategorien KJ3 und KJ2 nach Psychiatrie-Personalverordnung waren auf den Stationen vorhanden: KJ3-Plätze existierten auf 19 Stationen, KJ2-Plätze auf 16 Stationen. Nur vier Stationen verfügten über KJ1-Behandlungsplätze, KJ5 wurde lediglich von einer Station angegeben. Sechs Stationen konnten hierzu keine Angaben machen (n=28, Abb.5).

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

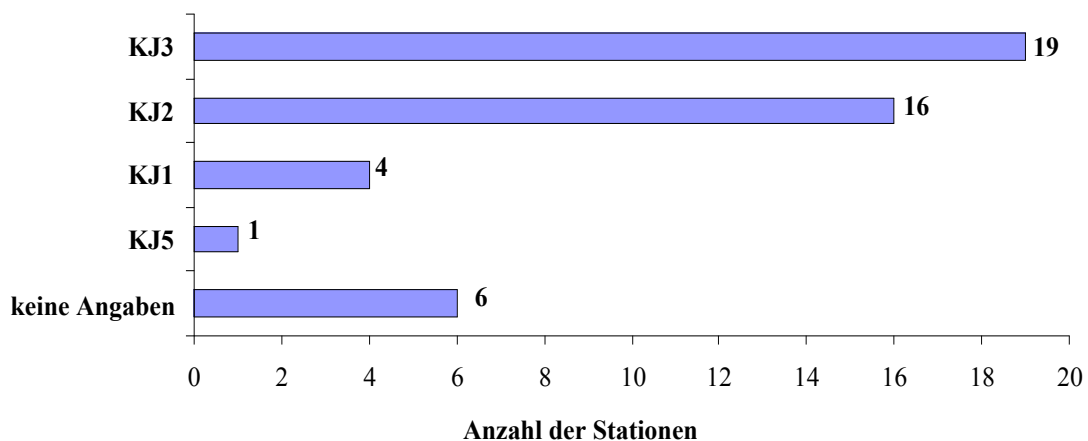


Abbildung 5: Behandlungskategorien der Stationen nach Psychiatrie-Personalverordnung mit Mehrfachnennungen (n=28)

Stellenschlüssel nach Psychiatrie-Personalverordnung

16 Stationen gaben an, ihr Stellenschlüssel entspreche den Berechnungen der Psychiatrie-Personalverordnung, zehn Stationen verfügten nach eigenen Angaben über weniger Personal, als ihnen gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung zustünde (n=26).

3.2.3 Patienten

Altersstufen

Bei der Erfassung der Patienten, die auf den Stationen nach verschiedenen Altersstufen aufgenommen wurden, ergaben sich drei Alterskategorien, in die sich bis auf zwei Ausnahmen alle Werte einordnen ließen. Den größten Anteil hatte die Gruppe der 12- bis 21jährigen, wobei nur eine Station regelmäßig Patienten bis 21 Jahre aufnahm, der Regelfall war eine obere Altersbeschränkung von 18 bzw. 19 Jahren. Dies traf für 22 Stationen zu. Jeweils zwei Stationen nahmen Patienten im Alter von sechs bis 14 Jahren bzw. zehn bis 14 Jahren auf. Lediglich zwei Stationen deckten den gesamten Kinder- und Jugendbereich ab mit einer Altersbegrenzung von sieben bis achtzehn Jahren (n=28, Abb.6, Tab.5).

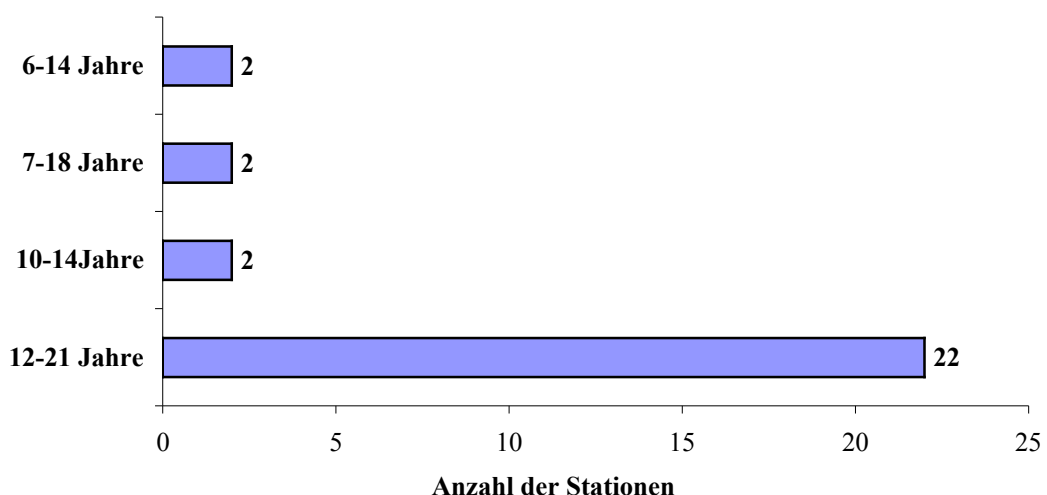


Abbildung 6: Aufnahme verschiedener Altersstufen auf den geschlossenen Stationen (n=28)

Verteilung von Jungen und Mädchen

Die Einschätzung der durchschnittlichen Verteilung von Jungen und Mädchen auf den Stationen fiel relativ ausgewogen aus: Auf dreizehn Stationen wurde der Anteil der Jungen höher eingeschätzt, auf zehn Stationen der der Mädchen. Auf drei Stationen wurde das Verhältnis als ausgeglichen eingeschätzt (n=26, Abb.7).

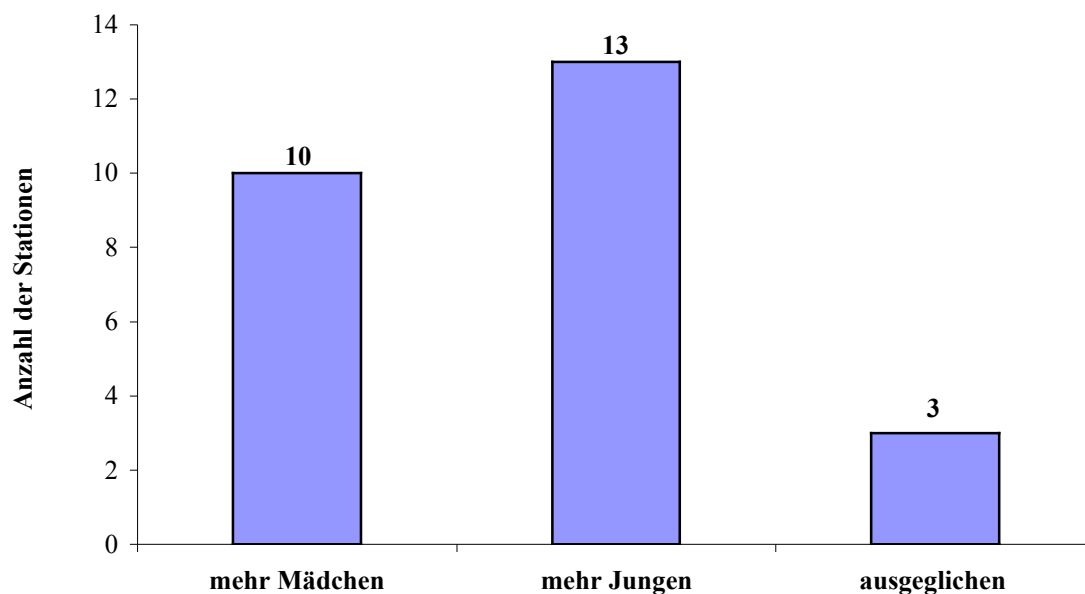


Abbildung 7: Geschätzte Verteilung von Jungen und Mädchen auf den Stationen (n=26)

Aufnahmeindikationen

Bei dieser Frage wurde das ganze Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen genannt:

- Psychosen
- Suizidalität
- Emotionale Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Eßstörungen
- Drogenabhängigkeit und Sucht

- Hyperkinetische Störungen
- Forensische Indikationen
- Organische Psychosyndrome

Eine Station gab an, auch Patienten aufzunehmen, die eigentlich auf einer offen geführten Station untergebracht werden müssten, bei denen dies aber aus Platzmangel vorübergehend nicht möglich sei (n=28).

Häufigste Aufnahmeindikationen

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich, die zwei am häufigsten genannten Indikationen wurden jeweils gezählt.

An erster Stelle der am häufigsten genannten Aufnahmeindikationen stand Suizidalität (16 Nennungen) gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (12), Psychosen (7) und Persönlichkeitsstörungen (4). Seltener genannt wurden Drogenabhängigkeit und Sucht (2), emotionale Störungen (2), Eßstörungen (1) und hyperkinetische Störungen (1; n=28, Abb.8).

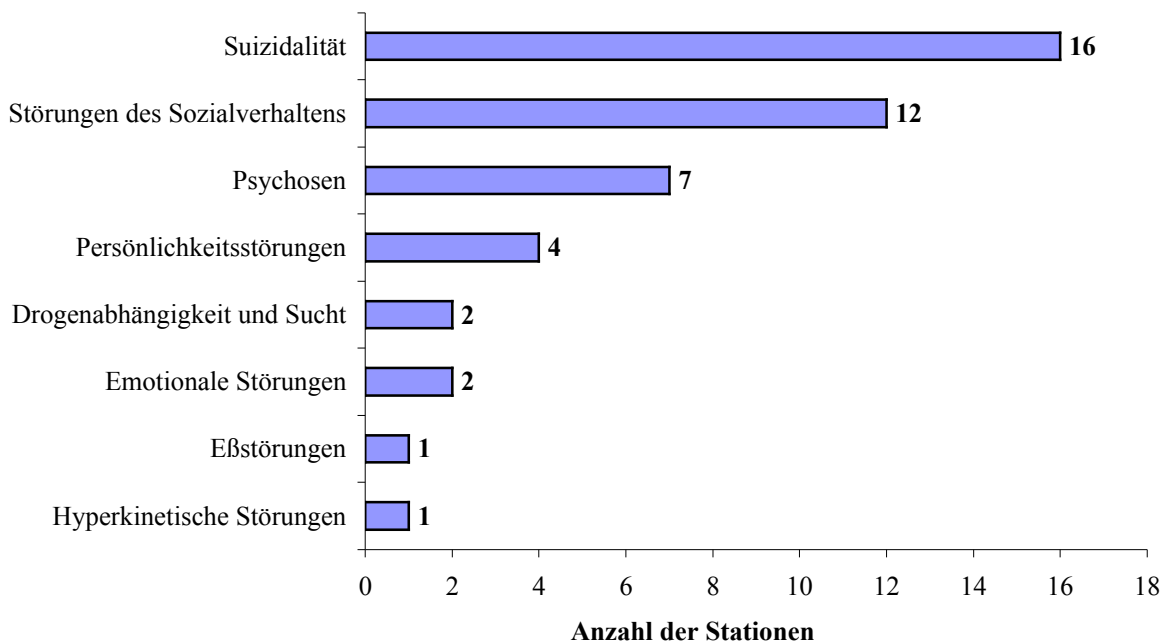


Abbildung 8: Aufnahmeindikationen der geschlossenen Stationen mit Wertung der jeweils zwei am häufigsten genannten Indikationen (n=28)

Ausschlußkriterien für eine stationäre Aufnahme

Bei dieser Frage waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich.

Vor allem vorrangige Drogenabhängigkeit, Sucht (13 Nennungen) und geistige Behinderung (12) gehörten zu den Indikationen, die einer stationären Aufnahme entgegenstanden. Forensische Indikationen gehörten auf neun Stationen zu den Ausschlußkriterien, Störungen des Sozialverhaltens hingegen nur auf drei Stationen (n=28, Abb.9).

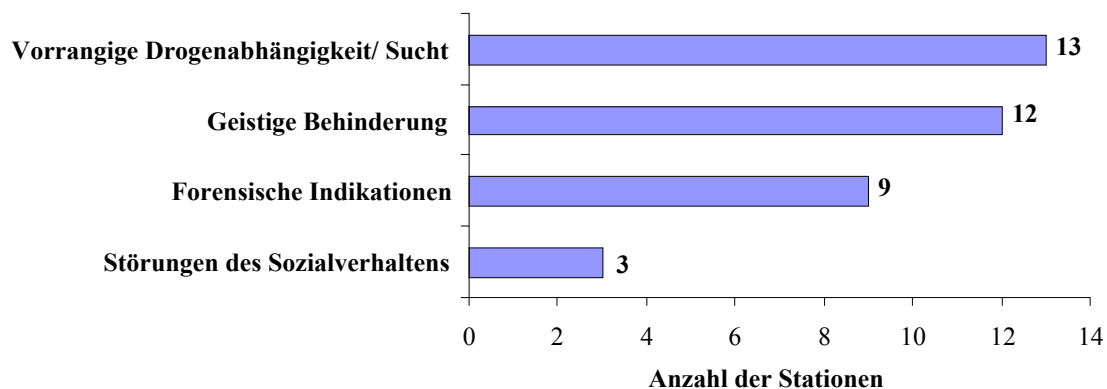


Abbildung 9: Ausschlußindikationen der geschlossenen Stationen für eine stationäre Aufnahme mit Mehrfachnennungen (n=28)

3.2.4 Aufnahme / Aufenthalt

Anteil an freiwilligen Aufnahmen

Neun Stationen schätzten den Anteil ihrer freiwilligen Aufnahmen auf über 80%, ebenfalls neun Stationen gaben hingegen an, keine freiwilligen Aufnahmen zu haben. Von den verbleibenden acht Stationen schätzten fünf den Anteil geringer als 20% ein, drei Stationen schätzten ihn zwischen 20 und 80% (n=26).

Als problematisch bei der Auswertung dieser Frage stellte sich die Tatsache heraus, daß der Begriff „freiwillig“ in diesem Zusammenhang nicht genauer definiert worden war. Eine mögliche Bedeutung des Begriffs wäre die Aufnahme des Kindes oder des Jugendlichen

mit seinem Einverständnis bei gleichzeitigem Vorliegen eines vormundschaftsgerichtlichen Beschlusses. Eine andere Möglichkeit wäre die Aufnahme ohne vormundschaftsgerichtlichen Beschluß, lediglich basierend auf einer mündlichen oder schriftlichen Einverständniserklärung des Patienten.

Rechtsnormen

Übereinstimmend gaben alle befragten Stationen an, bei Aufnahmen vor allem nach §1631b des BGB zu verfahren. Neun Stationen wandten auch in einigen Fällen die Bestimmungen der landesüblichen Unterbringungsgesetze oder PsychKGs (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) an (n=26). Für Ausnahmefälle wurden auch die Paragraphen §63 StGB, §126a StPO und §81 StPO genannt.

Nächtliche Aufnahme

Bis auf eine Ausnahme war auf sämtlichen Stationen (25) auch nachts eine Aufnahme möglich, die teilweise über die Notfallambulanz ablief. Eine Station nahm nur zwischen 8 und 22 Uhr Patienten auf, nächtliche Notfälle wurden vorübergehend auf einer Erwachsenenstation untergebracht, bis am nächsten Morgen die Übernahme erfolgen konnte (n=26).

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen bewegte sich zwischen vier und 200 Tagen. Der Mittelwert betrug 75,8 Tage mit einer Standardabweichung von 45,9. Am häufigsten wurde eine Dauer von 85 Tagen (4 Stationen) genannt. Die Mehrheit der Stationen (11) fand sich in der Kategorie 41-80 Tage wieder, auf jeweils sieben Stationen betrug die durchschnittliche Verweildauer 1-40 bzw. 81-120 Tage. Lediglich auf drei Stationen blieben die Patienten durchschnittlich länger als 120 Tage (n=28, Abb. 10).

Die maximale Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen bewegte sich zwischen 28 Tagen und 4 Jahren (jeweils 1 Station). Auf zwanzig Stationen betrug sie ein Jahr und mehr. Die teilweise sehr lange Verweildauer betraf häufig vor allem Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens, die von der Jugendhilfe nicht übernommen wurden und die schwer „weiter zu vermitteln“ waren. Es fiel auf, daß lediglich eine Station die

maximale Verweildauer mit vier Wochen sehr stark begrenzte, die nächst höheren Werte betragen bereits 129 Tage (1 Station) und 182 Tage (5; n=28, Abb.11).

Die minimale Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen bewegte sich zwischen wenigen Stunden (3 Stationen) und 28 Tagen (1). Der häufigste Wert betrug einen Tag (17). Lediglich drei Stationen gaben eine minimale Verweildauer von mehr als zwei Tagen an (n=28, Abb. 12).

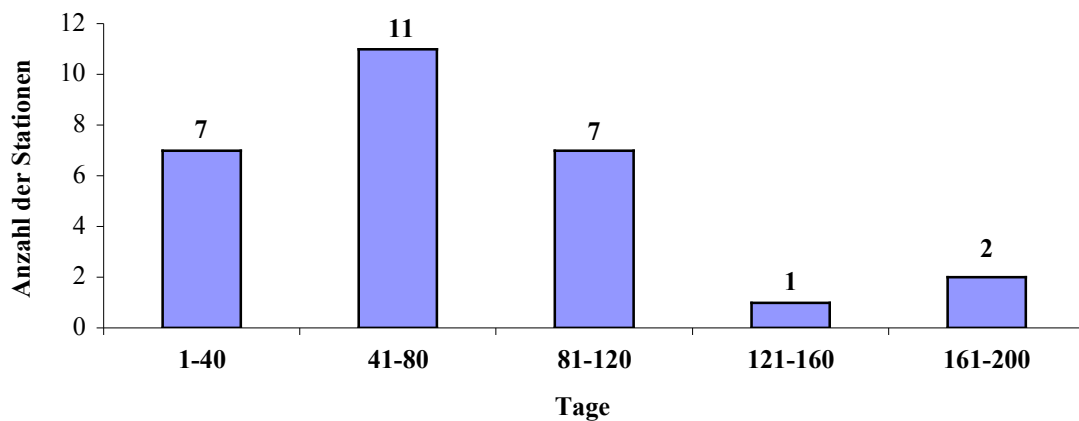


Abbildung 10: Durchschnittliche Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen (n=28)

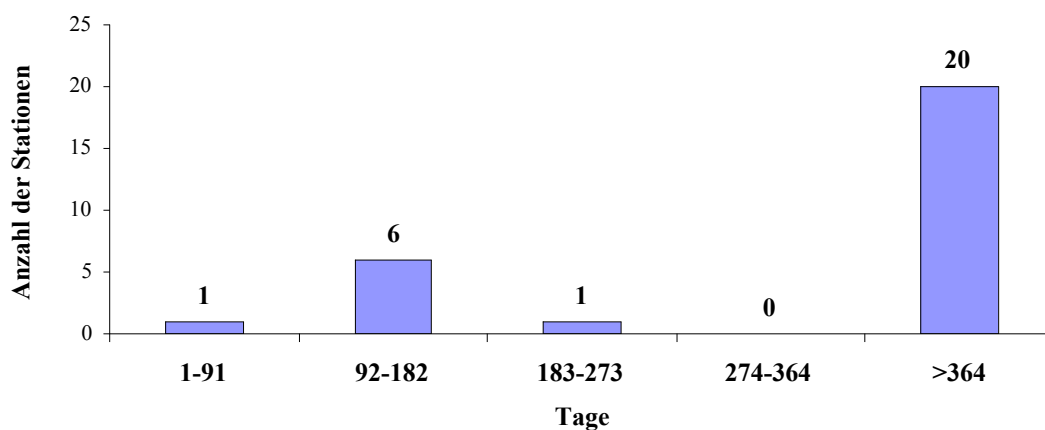


Abbildung 11: Maximale Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen (n=28)

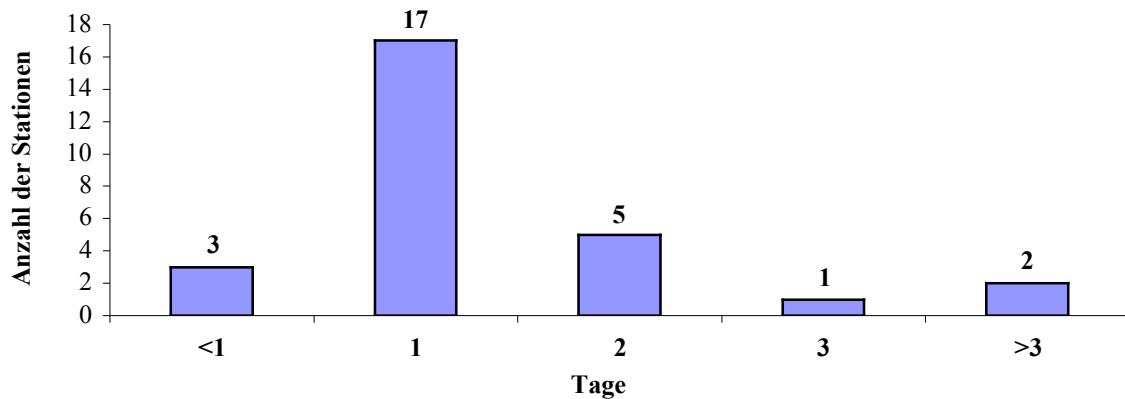


Abbildung 12: Minimale Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen (n=28)

3.2.5 Räumlichkeiten

Isolierraum/ Kriseninterventionszimmer

Zwölf Stationen verfügten über einen Isolierraum oder ein Kriseninterventionszimmer auf der Station, 14 Stationen waren nicht damit ausgestattet, konnten aber teilweise den Isolierraum anderer Stationen mitbenutzen (n=26).

Räumlichkeiten außerhalb der Station

An Räumlichkeiten außerhalb der Station, die zusätzlich genutzt werden konnten, wurden genannt:

- Schwimmbad, Turnhalle, Kraftraum, Reithalle
- Musikraum
- Werkraum
- Ergotherapieaum
- Entspannungszentrum
- Spielraum, Computerraum

- Theater
- Gärtnerei, „Streichelzoo“
- Discothek
- Kegelbahn

Garten

17 Stationen verfügten über einen eigenen Garten, die Mehrzahl der Gärten war mit einem hohen Zaun gesichert. Neun Stationen fehlte der Zugang zu einem zur Station gehörenden Garten (n=26).

Mitarbeiterzimmer

Lediglich auf vier Stationen lag das Mitarbeiterzimmer am Rand der Station, auf 22 Stationen war es an einer zentralen Stelle der Station untergebracht, häufig in Form einer Kanzel mit Blick über den Flur (n=26).

Arztzimmer

Auf 13 Stationen befand sich das Arztzimmer auf der Station, in sechs Fällen lag es in der Schleuse bzw. im Vorraum der Station, in sieben Fällen lag es ganz außerhalb des Stationsbereiches (n=26).

Therapiezimmer

Die Therapiezimmer befanden sich überwiegend außerhalb der Station, nur in drei Fällen lagen sie innerhalb des Stationsbereiches (n=26).

Sicherheitsmaßnahmen

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Als Sicherheitsmaßnahme wurde bruchsaferes Fensterglas, das bei 21 Stationen eingebaut war, am häufigsten genannt. Auch Schleusen waren auf mehreren Stationen (14) zu finden, genauso wie Notfallpieper/ „Handy“-Systeme (11) und Alarmanlagen (8). Kameraüberwa-

chungsanlagen stellten hingegen eher eine Rarität dar, nur eine Station war damit ausgerüstet. Eine Station machte zu dieser Frage keine Angaben (n=26, Abb.13).

Eine Station gab außerdem an, daß die Patienten abends Gürtel, Schuhe und technische Geräte abgeben mußten, jeder Patient bei Betreten der Station und nach erhaltenem Besuch bis auf die Unterwäsche durchsucht würde und Briefe nur gemeinsam mit einem Betreuer geöffnet werden dürften. Durchsuchungen der Patienten und regelmäßige Zimmerkontrolle wurden auf mehreren Stationen durchgeführt.

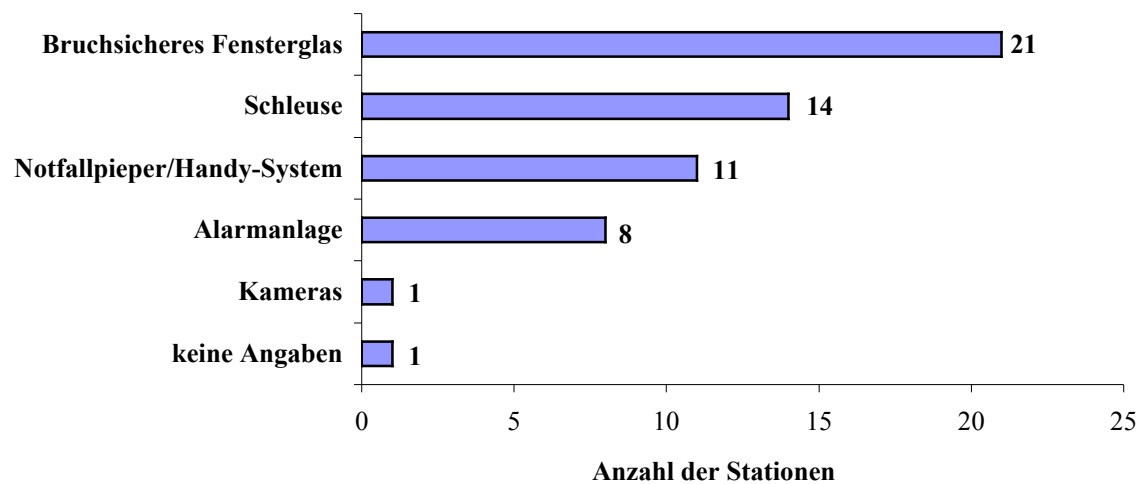


Abbildung 13: Sicherheitsmaßnahmen der geschlossenen Stationen mit Mehrfachnennungen (n=26)

3.2.6 Betreuungssystem

Auf 19 von 26 Stationen wurde das System der Bezugspflege angewandt. Bei diesem Konzept werden jedem Patienten eine oder zwei Personen aus dem Pfllegeteam zugeordnet, die vorrangig für ihn verantwortlich sind und sich als Vertrauensperson anbieten. Einzelbetreuung wurde bei Bedarf auf allen 26 Stationen praktiziert.

Zwangmaßnahmen

Als sogenannte Zwangsmaßnahmen wurden vor allem der notfallmäßige Einsatz intravenöser/ intramuskulärer Psychopharmaka (25 Stationen), Fixierung der Patienten (23) und

Einsatz oraler Psychopharmaka (22) genannt. Nur knapp die Hälfte der Stationen arbeitete in Notfallsituationen mit der räumlichen Isolierung (12) von Patienten (n=26, Abb. 14). Mehrfachnennungen waren möglich.

Die Fixierung wurde in der Regel genau dokumentiert (z.B. durch ein beschriftetes Schaubild) und durch den Stationsarzt abgesichert. Ein Interviewpartner bezeichnete die Methode, Patienten zu fixieren, zwar als brutal, aber dennoch der Isolierung der Patienten in einem „Time-out-Raum“ vorzuziehen, da dieser seiner Ansicht nach zum Abschieben der Patienten verführe, bei der Fixierung aber immerhin persönlicher Kontakt bestehe. Ein anderer Interviewpartner betonte, Fixierung sei in jedem Fall zu vermeiden, da dies Probleme innerhalb der Gruppe schaffen würde. Patienten, die fixiert werden müssten, kämen dann eher auf eine Erwachsenenstation. Bei psychotischen Patienten sei Fixierung ebenso wie Isolierung kontraindiziert. Isolierung sei hingegen wirkungsvoll bei „sozialverhaltensgestörten Patienten“ im Rahmen suizidaler oder depressiver Syndrome. Ein „Time-out-Raum“ könne für alle Beteiligten (auch für das Personal) hilfreich sein, wenn das Team möglichst reflektiert und emotionslos damit umgehen könne.

Genannt wurden zusätzlich disziplinarische Entlassung, Zimmerarrest und Zwangsernährung (bei Anorexie), da hiernach aber nicht ausdrücklich gefragt wurde, kann über die Häufigkeit keine Aussage gemacht werden .

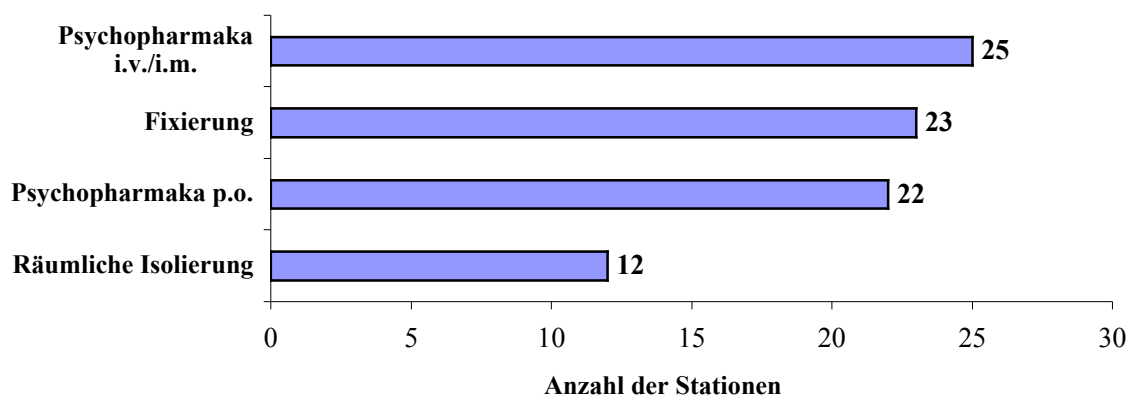


Abbildung 14: Maßnahmen, die von den geschlossenen Stationen in Notfallsituationen durchgeführt wurden, mit Mehrfachnennungen (n=26)

3.2.7 Tagesablauf

Feste Zeiten

Die Konzepte sämtlicher Stationen beinhalteten eine Tagesstruktur mit festgelegten Zeiten für Aufstehen, Bettruhe, Mahlzeiten, Fernsehen, Sportangebote, Freistunden, Besuche und Telefonieren (n=26).

Gruppenangebote

Die Stationen boten verschiedene Gruppen an, die hier nur in ihrer Gesamtheit aufgezählt werden sollen, um das ganze Spektrum darzustellen:

- Musikgruppe
- Malgruppe
- Werkgruppe
- Garten- und Holzgruppe
- verschiedene Sportgruppen: Schwimmgruppe, Radfahrgruppe, Reitgruppe
- Foto-AG
- „Presseschau“
- Kochgruppe
- Theatergruppe
- Spielgruppe
- Ausflugsgruppe
- Selbstsicherheitstraining
- Bio-feed-back-Gruppe
- Entspannungsgruppe
- Gesprächsgruppe

Auf einer Station gab es keinerlei Gruppenangebote, da die ausschließlich durchgeführte kurzzeitige Krisenintervention keine länger laufenden Gruppen möglich machte. Zum größeren Teil war die Teilnahme an den Gruppen obligatorisch (14 Stationen), nur drei Statio-

nen bezeichneten sie als freiwillig. Weder obligatorisch noch freiwillig bzw. „teils-teils“ war die Antwort von vier Stationen, vier weitere machten dazu keine Angaben (n=26).

Aufgaben und Pflichten

Große Übereinstimmung herrschte bei der Frage nach festen Aufgaben und Pflichten - wie z.B. Küchendienst, Tischdienst, Aufräumdienst -, die die Patienten zu übernehmen hatten. Lediglich eine Station sah dies in ihrem Konzept nicht vor (n=26).

Gesprächsrunden

18 Stationen sahen in ihrem Konzept eine oder mehrere tägliche Gesprächsrunden mit allen Patienten vor (n=26). Hierbei wurden genannt:

- Morgenrunde
- Mittagsrunde
- Nachmittagsrunde
- „Kaffeegespräch“
- Tagesabschlußrunde

Zusätzlich gab es Gesprächsrunden, die nicht täglich, aber mindestens ein mal pro Woche stattfanden: Stationsplenum, Wochenreflexion.

Wochenendbeurlaubungen

Auf 21 Stationen gehörte die Möglichkeit, Patienten übers Wochenende zu beurlauben, zum Konzept (n=26).

Gruppenfahrten

Mehrtägige Gruppenfahrten bildeten eher die Ausnahme, auf sechs Stationen bestand aber für einzelne Patienten die Möglichkeit dazu. Die Fahrten fanden dann in Kooperation mit den anderen Stationen der Klinik statt (n=26).

Rauchen

Die Patienten der meisten Stationen (23) durften auf der Station rauchen, häufig mit der Einschränkung „ab 14 Jahren mit Erlaubnis der Eltern, ab 16 Jahren ohne Erlaubnis“. Teilweise wurden die Zigaretten abgezählt und einzeln zugeteilt und konnten - als Druckmittel - auch entzogen werden. Die Patienten von drei Stationen durften nicht auf der Station, sondern nur im Freigelände rauchen, und auch dies bis 16 Jahren nur mit Erlaubnis der Eltern (n=26).

3.2.8 Therapie

Angewandte Psychotherapieverfahren

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Als Psychotherapieverfahren für geschlossene Stationen stand vor allem die Verhaltenstherapie im Vordergrund, sie wurde auf allen 26 Stationen angewandt. Auch die Familientherapie hatte einen hohen Stellenwert (23 Stationen), gefolgt von tiefenpsychologisch fundierten Therapieformen (18) und der Gesprächspsychotherapie (17). Seltener hingegen wurde mit Autogenem Training gearbeitet (8), Systemische Therapie (5) und Hypnose (3) gehörten eher zu den Ausnahmen (n=26, Abb.15).

Psychotherapeut

Fast durchgängig führten sowohl Ärzte als auch Psychologen die Psychotherapien durch, lediglich auf jeweils einer Station fungierten nur Ärzte bzw. nur Psychologen als Psychotherapeuten (n=26).

Anzahl der Psychotherapiestunden pro Woche

Die Beantwortung diese Frage war nicht ganz einfach, da für die Psychotherapie angesichts der sehr unterschiedlichen Störungsbilder der Patienten auf den Stationen und der Notwendigkeit, auf diese individuell zu reagieren, „Standardkonzepte“ nicht existierten. So konnten sich auch sieben Stationen nicht darauf festlegen, wie viele Psychotherapiestunden

ihre Patienten in der Woche erhielten, dies werde jeweils nach den Möglichkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen festgelegt. Auf 13 Stationen war es das Ziel, mit den Kindern und Jugendlichen zwei Psychotherapiestunden in der Woche durchzuführen, auf sechs Stationen sollten dies bis zu vier Stunden sein, wobei hier teilweise auch Gruppentherapie mit berechnet wurde. Mehrfach wurde auch darauf hingewiesen, daß bei Patienten mit akuten Psychosen tägliche kurze Kontakte stattfänden (n=26).

Dauer einer Psychotherapiestunde

Bei der Frage nach der Dauer einer Psychotherapiestunde ergab sich ein ähnliches Problem. Die Dauer einer Psychotherapiestunde richtete sich noch stärker als die Anzahl nach dem Krankheitsbild, dem Bedürfnis, der Belastbarkeit und den Möglichkeiten des Patienten. Vier Stationen gaben an, die Dauer sei „unterschiedlich“. Die restlichen Stationen nannten ihren „Höchstwert“ für die Dauer, der allerdings auch in beträchtlichem Maße unterschritten werden könne: Bis zu 40 Minuten konnte danach eine Psychotherapiestunde auf einer Station dauern, bis zu 45 Minuten auf fünf Stationen, bis zu 50 Minuten auf zehn Stationen und bis zu 60 Minuten auf sechs Stationen (n=26).

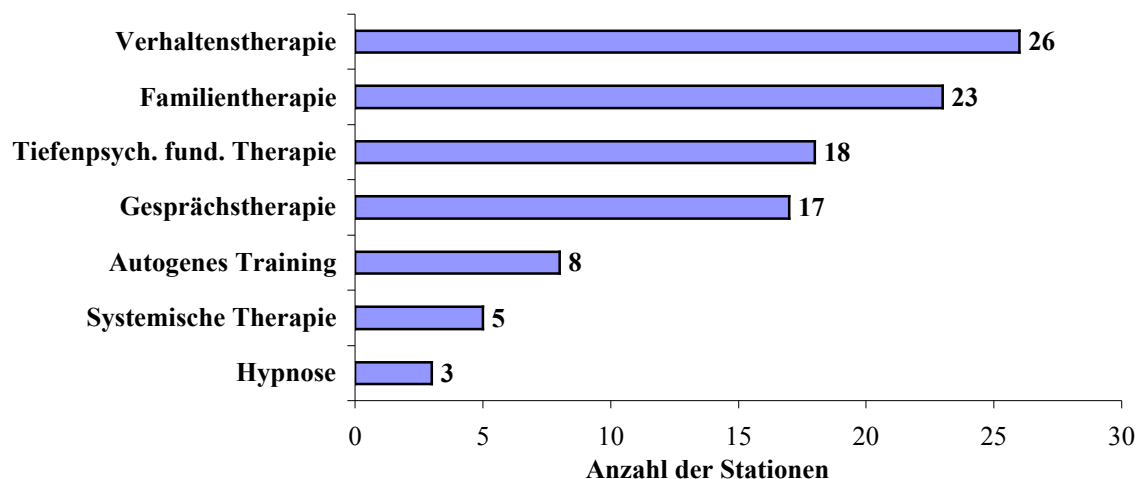


Abbildung 15: Psychotherapieformen, die auf den geschlossenen Stationen angewandt wurden, mit Mehrfachnennungen (n=26)

Gruppentherapie

Gruppentherapie wurde von 19 Stationen regelmäßig, von zwei selten bzw. bei Bedarf und von fünf Stationen gar nicht angeboten (n=26).

Elterngespräche/ -therapie

Auf 17 Stationen wurden regelmäßige Elterngespräche bzw. Therapie mit den Eltern durchgeführt. Fünf Stationen boten lediglich Beratung an, drei Stationen sahen nichts dem Entsprechendes vor (n=26).

Bis auf zwei Ausnahmen führten die Therapeuten der Kinder und Jugendlichen immer auch die regelmäßigen Gespräche, Therapie oder Beratungen mit den Eltern durch. In zwei Fällen konnte dies auch durch einen anderen Therapeuten geschehen.

Anschließende Weiterbehandlung auf einer anderen Station derselben Klinik

Die Möglichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung auf einer anderen Station derselben Klinik bestand grundsätzlich auf 21 Stationen, auf neun davon war dies jedoch selten der Fall bzw. nicht erwünscht (n=26).

Erfolgte eine Übernahme, so führten die Therapeuten von sieben Stationen die Therapie auch auf der neuen Station durch, auf zehn Stationen erfuhren die Kinder und Jugendlichen einen Therapeutenwechsel. Auf vier Stationen war beides möglich.

Ambulante Weiterbehandlung

Ambulante Weiterbehandlung nach dem stationären Aufenthalt war von der großen Mehrheit der Stationen (23) aus möglich (n=26).

Diese wurde in acht Fällen durch den behandelnden Therapeuten durchgeführt, in elf Fällen erfolgte ein Therapeutenwechsel. Bei vier Stationen war beides möglich.

Medikamentöse Therapie

Medikamentöse Therapie wurde bei Bedarf von allen Stationen durchgeführt (n=26).

Weitere Therapieformen

Neben den oben aufgeführten Psychotherapieverfahren wurden folgende weitere Formen genannt:

- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Bewegungstherapie
- Tanztherapie
- Reittherapie
- Logopädie
- Arbeits- und Werktherapie
- Dramatherapie

3.2.9 Team

Berufsgruppen

Erwartungsgemäß waren auf allen 26 Stationen Ärzte und Krankenpflegepersonal beschäftigt - darunter auf einer Station drei Fachkrankenschwestern für Kinder- und Jugendpsychiatrie -, und auch Psychologen gehörten - mit lediglich einer Ausnahme - zum festen Bestandteil des Teams auf den Stationen. Zum Team der meisten Stationen gehörten ebenfalls Erzieher (24 Stationen) und Sozialpädagogen (20). Nicht ganz die Hälfte der Stationen beschäftigte einen „eigenen“ Bewegungstherapeuten (11), ein knappes Viertel einen Sozialarbeiter (6). Die Ausnahme stellten hingegen ausschließlich auf der Station arbeitende Diplompädagogen (3), Ergotherapeuten (2), Tanztherapeuten, Kunsttherapeuten und Heilpädagogen (jeweils eine Station) dar (n=26, Abb.16).

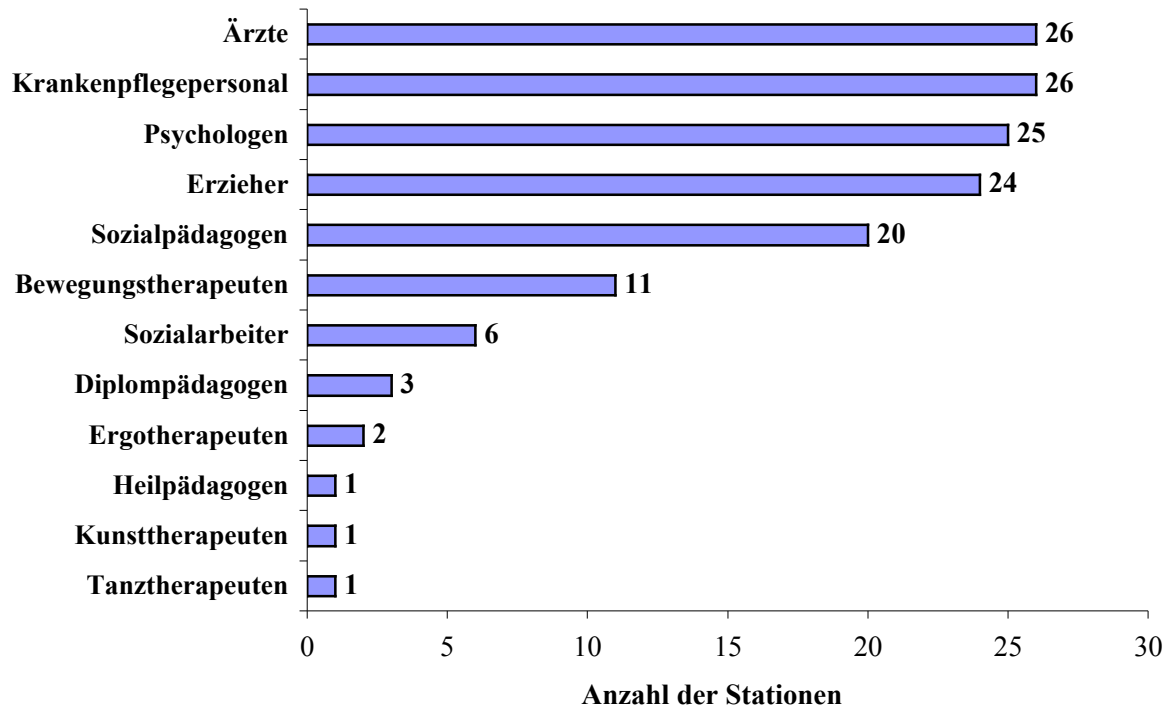


Abbildung 16: Anwesenheit verschiedener Berufsgruppen auf den Stationen mit Mehrfachnennungen (n=26)

Gemeinsam mit anderen Stationen der Abteilungen verfügten alle Stationen über eine große Bandbreite verschiedener Berufsgruppen und Therapeuten:

- Diplompädagogen
- Heilpädagogen
- Sozialarbeiter
- Logotherapeuten
- Psychodramatherapeuten
- Musiktherapeuten
- Kunsttherapeuten
- Tanztherapeuten
- Ergotherapeuten
- Werktherapeuten
- Bewegungstherapeuten
- Reittherapeuten

Mittägliche Übergabe

Auf den meisten Stationen (15) dauerte die mittägliche Übergabe zwischen 30 und 60 Minuten. Länger als 60 Minuten dauerte sie auf acht Stationen, weniger als 30 Minuten hingegen nur auf drei Stationen (n=26, Abb.17).

Bei der Frage nach der Teilnahme an der mittäglichen Übergabe ließen sich zwei verschiedene Konzepte erkennen: Eine mittägliche Übergabe, an der nur das Pflege- und Erziehungspersonal beteiligt war, fand auf elf Stationen statt. Auf allen anderen Stationen (15) nahmen neben Pflege- und Erziehungspersonal auch die Ärzte und Psychologen - soweit sie auf der Station arbeiteten - teil (n=26).

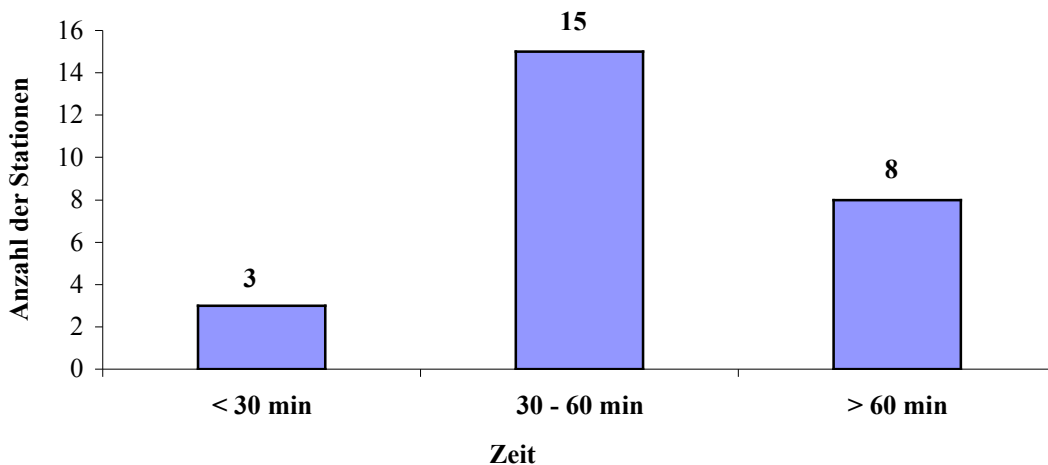


Abbildung 17: Dauer der mittäglichen Übergabe auf den geschlossenen Stationen (n=26)

Supervision

Die Teams sämtlicher Stationen erhielten regelmäßige Supervision. Auf den meisten Stationen (21) nahmen Pflege- und Erziehungspersonal, Ärzte und Psychologen gemeinsam daran teil, drei Stationen boten dies zusätzlich auch den dort arbeitenden Bewegungs- und Ergotherapeuten an. Supervision nur für Pflege- und Erziehungspersonal fand lediglich auf zwei Stationen statt (n=26).

Besetzung der Schichten

Die Besetzung der Früh- und Spätdienste bewegte sich zwischen ein bis zwei und vier Mitarbeitern pro Schicht. Bis auf zwei Ausnahmen hatten die Stationen beide Schichten zahlenmäßig gleich besetzt. Zwei Stationen setzten im Spätdienst einen Mitarbeiter mehr ein als im Frühdienst. Im Nachtdienst arbeiteten ein oder zwei Mitarbeiter pro Nacht (n=26, Tab.1).

Tabelle 1: Besetzung der Schichten auf den Stationen (n=26)

Anzahl der Mitarbeiter		1	1 - 2	2	2 - 3	2 - 4	3	3 - 4	4
Anzahl der Stati- onen	Frühschicht	0	1	6	8	1	3	6	1
	Spätschicht	0	1	5	7	1	4	7	1
	Nachtschicht	7	3	16	0	0	0	0	0

Arbeitszeiten der Ärzte und Psychologen

Es zeigte sich, daß die Arbeitszeiten der Ärzte und Psychologen - abgesehen von Bereitschafts- und Hintergrunddiensten, die nur die Ärzte leisten mußten - auf allen Stationen - zumindest theoretisch - identisch waren.

Weiterhin wurde festgestellt, daß die Ärzte und Psychologen auf keiner Station in Früh- und Spätschichten eingeteilt waren, um die Anwesenheit eines Therapeuten der Station während des gesamten Tagesgeschehens zu gewährleisten, sondern daß für sie die „üblichen“ Dienstzeiten galten, die auch auf anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen die Regel sind. Diese begannen offiziell zwischen 8.00 und 9.00 Uhr und endeten zwischen 16.00 und 17.30 Uhr (n=26).

Bereitschaftsdienst

Der Bereitschaftsdienst der Mehrzahl der Stationen (19) wurde von Kinder- und Jugendpsychiatern der Stationen und der Abteilungen besetzt. Sieben Stationen arbeiteten in Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie, was bedeutete, daß der Bereitschaftsdienst nicht

zwangsläufig von Kinder- und Jugendpsychiatern wahrgenommen wurde. Es bestand aber teilweise eine Rufbereitschaft der Stationsärzte (n=26).

Hintergrunddienst

Der Hintergrunddienst wurde auf allen Stationen von Kinder- und Jugendpsychiatern wahrgenommen. Auf 14 Stationen waren dies die Stationsärzte, auf acht Stationen die Chef- und Oberärzte (n=26).

Sitzwachen

19 Stationen setzten bei Bedarf Sitzwachen ein, sieben Stationen verfügten nicht über diese Möglichkeit (n=26).

Kontakt zur Jugendhilfe

Auf 16 Stationen nahmen sowohl Ärzte als auch Sozialpädagogen Kontakt zu Einrichtungen der Jugendhilfe auf zwecks einer möglichen Übernahme eines Kindes oder Jugendlichen. Auf drei Stationen kommunizierten darüber hinaus auch Sozialarbeiter mit der Jugendhilfe. Alleinige Aufgabe der Sozialpädagogen war dies auf vier Stationen, auf jeweils einer Station war dies Aufgabe des Arztes bzw. des Sozialarbeiters. Eine Station hatte die Aufgabe der Kontaktaufnahme zu Einrichtungen der Jugendhilfe einer ambulanten Erziehungsberatungsstelle übertragen.

Elf Stationen beurteilten die Kooperation mit der Jugendhilfe als „gut“, sieben Stationen als „unterschiedlich“. Acht Stationen machten hierzu keine Angaben (n=26).

3.2.10 Schule

Für den schulischen Bereich ergab sich ein weitgehend einheitliches Bild. Eine Station gab an, daß Schulunterricht für ihre Patienten eine absolute Rarität darstelle. Sie wurde deshalb bei den weiteren Fragen nicht berücksichtigt. Bei den anderen 25 Stationen war regelmäßiger Schulunterricht Bestandteil des Konzepts. Der Unterricht fand in Form von Einzel-

sowie Gruppenunterricht statt, wobei eine Station keinen Einzelunterricht anbot. Der Unterricht fand überwiegend in der klinikinternen Schule statt, nämlich für 24 von 25 Stationen. Das Konzept einer Station beinhaltete statt dessen regelmäßigen Unterricht in einer Außenschule. Bei zwölf Stationen fand Unterricht auch direkt auf der Station statt.

Die Anzahl der Unterrichtsstunden pro Woche lag zwischen ein bis vier und fünf bis zwanzig Stunden. Die meisten Stationen konnten sich jedoch auf keine Zahlen festlegen, da der Umfang des Schulunterrichts sehr stark variierte und von vielen Faktoren wie Krankheitsbild, Aufenthaltsdauer, Schwere der Erkrankung usw. abhing. 21 Stationen beschränkten den Schulunterricht auf den Vormittag, vier Stationen boten auch nachmittags Schulunterricht an. Zusätzlich fand auf einer Station nachmittags Unterricht in Kochen und Hauswirtschaft statt.

Der Besuch der vorherigen Regelschule oder einer anderen Außenschule während des stationären Aufenthaltes war auf 13 Stationen möglich, acht Stationen sahen diese Option grundsätzlich nicht vor. Drei Stationen gaben an, der Besuch der vorherigen Regelschule oder einer anderen Außenschule sei eine Ausnahme, grundsätzlich aber möglich. Eine Station sah den Besuch der vorherigen Regelschule aufgrund der großen Entfernungen nicht vor, wohl aber den Besuch einer anderen Außenschule.

Der Großteil der Lehrer unterrichtete ausschließlich in den Kliniken bzw. auf den Stationen, lediglich die Lehrer von neun Stationen unterrichteten auch an Außenschulen.

3.2.11 Abschließende Einschätzungen

Der folgende Abschnitt enthält persönliche Einschätzungen der Befragten zu ihren geschlossenen Stationen und zur Neugründung anderer Stationen. Die wörtlichen Zitate wurden strukturiert und nach bestimmten Gesichtspunkten in Rubriken zusammengefaßt.

Mehrfach genannte Antworten sind als solche gekennzeichnet.

Dieser Fragenkomplex wurde von den Kliniken mit mehreren geschlossen geführten Stationen einheitlich für ihre Stationen beantwortet, so daß im Folgenden von einer Anzahl von 18 Kliniken ausgegangen wird.

Was ist Ihrer Meinung nach besonders positiv hervorzuheben auf Ihrer geschlossenen Station?

(Hierauf haben 16 von 18 Kliniken geantwortet)

1. Mitarbeiter/ Personal

- Kleine Einheit mit wenigen Mitarbeitern kurze Wege, erleichterte Absprachen, gute Zusammenarbeit, viel Nähe und Intimität im Team (birgt aber auch Risiken)
- Hoher Personalschlüssel viel Zuwendung für die Patienten möglich
- Engagierte, hoch motivierte und gut strukturierte Mitarbeiter mit besonderer fachlicher und sozialer Kompetenz (7 Nennungen)
- Gutes Arbeitsklima, gute Teamarbeit, gute Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen (3 Nennungen)
- Fortbildung
- Echtes Beziehungsangebot an Patienten, Optimismus, geringe Kränkbarkeit des Personals, sichere Distanz, Verbalisierungsfähigkeit, rasches Bemerkens von Spaltungen und deren Überwindung

2. Arbeitsstil

- Deeskalierende Arbeit
- Positive Dynamik: aufklärerische Arbeit statt Sanktionen
- Aufbau auf den gesunden Anteilen der Patienten statt Akzentuierung der Symptome
- Kenntnis der Lebensgeschichte der Patienten
- Breites Therapieangebot (2 Nennungen)

3. Räumlichkeiten

- Optimale Ausstattung und großzügige Raumgestaltung (2 Nennungen)
- Unterbringung von Therapieräumen und Schule im selben Gebäude wie die Station

4. Besondere Möglichkeiten bzw. Prozesse, die durch die Struktur der Station geschaffen werden

- Die besondere Sicherheit einer geschlossenen Station bietet die Möglichkeit, therapeutisch bis an die Grenzen zu gehen und damit Heilungsprozesse schneller in Gang zu set-

zen, als dies auf einer offenen Station möglich wäre; die Struktur der Station bietet auch den Patienten besonderen Schutz.

- Die geschlossene Station bietet einen besonderen Raum zum Durchleben einer Krise; die Krise wird mit der Aufnahme auf der geschlossenen Station für den Patienten manifest; auf der offenen Station kann dann ein neuer Anfang gemacht werden.
- Der strukturierte Rahmen bietet die Möglichkeit zur Regression.
- Klare Struktur; eingeschränkter, geschlossener Rahmen, der akzeptanzfördernd wirkt; orientierungsbildende Settings
- Möglichkeit einer Intensivbetreuung
- Aufnahme jederzeit möglich; Aufnahme von Patienten mit jeder Art und Schwere von Störungen möglich, also auch von solchen, die sonst „durch die Maschen fallen“ würden

5. Beziehung zu den offenen Stationen

- Pendeln der Patienten zwischen offener und geschlossener Station möglich
- Keine Abschottung der geschlossenen Station von den offenen Stationen, Wechsel/ Übernahme leicht möglich

Was halten Sie für wichtig für eine neu zu gründende Station?

(Hierauf haben alle 18 Kliniken geantwortet)

1. Mitarbeiter/ Personal

- Kompetentes, erfahrenes, motiviertes, nichtspaltbares Team (4 Nennungen)
- Ausreichende Zahl von Mitarbeitern (mindestens Erfüllung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung)
- Hohe Betreuerdichte anstelle technischer Hilfsmittel
- Zahlenmäßig ausgewogenes Verhältnis von Pflegepersonal und Erziehern, ausgeglichenes Verhältnis aller Altersgruppen und beider Geschlechter im Team; multiprofessionales Team (3 Nennungen)
- Gute Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen; kooperativer, nicht-hierarchischer Arbeitsstil innerhalb des Teams (gegenseitige Achtung, Offenheit für gegenseitige Wahrnehmung, Bereitschaft zum Austausch), kooperativer Führungsstil,

Leitung durch erfahrene Mitarbeiter, Beteiligung des Pflegepersonals an Planungen (3 Nennungen)

- Schaffung eines therapeutischen Milieus durch: permanente eigenständige Supervision, kontinuierliche Reflexion, Wahrnehmen und Bearbeiten von Gruppenprozessen im Team, Möglichkeit des ständigen Austausches auch über eigene Gefühle, guter Informationsaustausch
- Regelmäßige Supervisionen und Balintgruppen (2 Nennungen)
- Fortbildung, u.a. zu pädagogischen Grundlagen (2 Nennungen)

2. Arbeitsstil

- Gutes Arbeits- und Stationsklima
- Gut durchdachtes, klares ärztliches und pflegerisches Konzept und dessen konsequente Umsetzung (4 Nennungen)
- Gewährleistung von Struktur, u.a. durch angemessene Kontrolle und klare Anweisungen (3 Nennungen)

3. Räumlichkeiten

- Kleine und überschaubare Einheit, die die erforderliche Flexibilität gewährleisten kann; 8 bis max.10 Betten optimal; nicht zu viele Betten, um den Bedarf nicht zu steigern (4 Nennungen)
- Stabile, gut ausgestattete Räumlichkeiten (3 Nennungen)
- Räumliche und zeitliche Gelegenheiten zum Abreagieren für die Patienten; Außenanlagen wie zum Beispiel Fußballplatz zum Abbau von Aggressionen; Möglichkeit zu räumlicher Entzerrung; Großzügige Räumlichkeiten mit viel Platz, um die Patienten nicht einzuengen (4 Nennungen)
- Möglichkeit zur fakultativen Öffnung der Station Gefängnischarakter vermeiden
- Hohe Anforderungen an die bauliche Ausstattung, also viel Geld

4. Patienten/ Aufnahme

- Genaue und kritische Definierung der Zielgruppen/Indikationen, für die die entsprechende Station eingerichtet werden soll mit Festlegung von Ausschlußkriterien (2 Nennungen)
- Gruppenaufteilung nach Indikationen

-
- Mischung von Akut- und Langzeitbehandlung
 - Zustand der Geschlossenheit muß von den Patienten akzeptiert werden können möglichst keine sofortige Aufnahme, sondern im Vorfeld ambulante Krisengespräche, die ausführliche Informationen und Aufklärung sicherstellen und so zur Motivation der Patienten beitragen sollen
 - Drogenscreening
5. Therapieangebot
- Vielseitiges Freizeitangebot und strukturierter Tagesablauf (2 Nennungen)
 - Angebot verschiedener Psychotherapieformen, um auf die verschiedenen Erfordernisse eingehen zu können
 - Multidisziplinäres Behandlungsprogramm
6. Außenbeziehungen der Station
- Transparenz der auf der Station ablaufenden Prozesse auch nach außen
 - Zusammenarbeit mit einer „Schutzstelle“, die Krisenpatienten alternativ kurzfristig übernehmen kann, wenn kein Platz auf der geschlossenen Station frei ist
 - Zusammenarbeit mit mindestens zwei offenen Kinder-/ Jugendstationen, die die Patienten übernehmen können, um ein „Überlaufen“ der geschlossenen Station zu vermeiden
 - Zusammenarbeit mit einer Erwachsenenstation, die Jugendliche übernehmen kann
 - Zusammenarbeit mit einer Suchtstation für Erwachsene, die Jugendliche übernehmen kann
 - Zusammenarbeit mit einer qualifizierten internistischen Intensivstation zur Übernahme von überwachungspflichtigen Patienten (Katatonie, Anorexie, Vergiftung)
 - Zusammenarbeit mit erlebnispädagogischen Projekten der Jugendhilfe
 - Gute Zusammenarbeit mit Tagesklinik und Erwachsenenbereich (2 Nennungen)
7. Sonstiges
- Statt eine Station zu gründen, lieber Krisenbetten innerhalb offener Stationen einrichten, um Kontinuität zu wahren, oder Station fakultativ schließen – Krisen können auf jeder Station bewältigt werden. „Gründen Sie keine geschlossene Station!“ (2 Nennungen)

Was sollte bei der Gründung einer neuen geschlossenen Station vermieden werden?

(Hierauf haben 13 von 18 Kliniken geantwortet)

1. Mitarbeiter/ Personal

- Mitarbeiter, die nicht hinter der Station und dem Konzept stehen
- Schlecht ausgebildetes Personal

2. Arbeitsstil

- Zu starre Führung der Patienten, Strafcharakter (2 Nennungen)
- Keine Disziplinierung (2 Nennungen)
- Routine, phantasielose Atmosphäre

3. Räumlichkeiten

- Ein zu hoher Sicherheitsaufwand, der einen überall „anspringt“ und unangenehme Gefühle und Beklemmungen weckt
- Zu große Gruppen (Gruppe von zehn Patienten zu groß, fünf bis sechs besser), um Eskalationen und Ausbrüche zu vermeiden (2 Nennungen)
- Gruppengrößen über fünf Patienten
- Gefängnisatmosphäre, Krankenhausatmosphäre
- Videüberwachung (gibt trügerische Sicherheit)

4. Patienten/ Aufnahme

- Mißbrauch der Station als Abschiebestation für Problemfälle (2 Nennungen)
- Zu schnelle Aufnahme
- Unkritische Vermischung von Patienten mit verschiedenen Indikationen (2 Nennungen)
- Agieren der Patienten
- Handlanger der Justiz zu werden

Worin liegt die besondere Motivation der Mitarbeiter, auf einer geschlossenen Station zu arbeiten?

(Hierauf haben 17 von 18 Kliniken geantwortet)

1. Mitarbeiter/ Personal

- Gute Besetzung und Teamzusammensetzung, dadurch gutes Klima: gegenseitige Unterstützung, persönliche Nähe, gute persönliche Kontakte (2 Nennungen)
- Konsens im Team über Arbeitskonzept und Umgang mit Patienten, keine Mitarbeiter, die nicht hinter dem Konzept stehen
- Konzept: Mitarbeiter können in den Angeboten an die Patienten auch ihre Interessen verfolgen (Kunst, Musik)
- Erforderliche Flexibilität, Kompetenz; Fähigkeit zu stützen und zu halten (2 Nennungen)
- Bereitschaft, sich auf schwierige Problemfälle einzustellen

2. Motivationserleben

- Besondere Herausforderung mit hohen Ansprüchen (Schwere der Erkrankung und Problematik) eine Art Bewährungsprobe (6 Nennungen)
- Dynamik der Station: Schnell sichtbare Erfolge, Bewältigung vieler Krisen und akuter Situationen, ähnlich der Arbeit auf einer medizinischen Intensivstation; „Motivationserleben wie Chirurgen“ (6 Nennungen)
- Selbstbestätigung: „Wir sind die Besten, weil wir die schwierigsten Patienten schaffen!“ (Dies bringt aber auch Frustration: die „besten“ Patienten gehen schnell wieder.)
- Intensität und Intimität des Arbeitens
- Pflegerisch-medizinische, nicht pädagogische Motivation
- Macht
- Höheres Gehalt
- Keine körperliche Arbeit

Welche Unterschiede sehen Sie in der Arbeit auf einer geschlossen geführten Station im Gegensatz zu der Arbeit auf einer offenen Station?

(Hierauf haben 12 von 18 Kliniken geantwortet)

1. Mitarbeiter/ Personal

- Arbeit im Team mit gegenseitiger Unterstützung und persönlicher Nähe
- Stärkere Selbstreflexion und Abgrenzung der Mitarbeiter nötig
- Eigene Struktur des Teams sehr wichtig, da Tagesstrukturierung schwieriger durch Notaufnahmen
- Stärkere Motivation, da Erfolge sofort sichtbar
- Größere Fachkompetenz
- Bessere Besetzung als auf anderen Stationen
- Körperlich „gefährlichere“ Arbeit, deshalb mindestens ein männlicher Mitarbeiter pro Schicht erforderlich; starke Persönlichkeiten gefordert, die sich auch körperlich verteidigen können und sich nicht einschüchtern lassen

2. Arbeitsstil

- Intensität und Intimität des Arbeitens
- Stärkere Struktur, stärkere Zusammenarbeit, stärkere Verbindlichkeiten
- Andere Beziehungsarbeit: stärkere pädagogische Prägung
- Permanente Belastung, Unkalkulierbarkeit der Belegungssituation
- Ständiger Wechsel der Patienten – hohe Flexibilität erforderlich
- Ausgangsentzug und Freiheitsbeschränkung als therapeutisches Mittel

3. Patienten

- „Schwere“ Patienten
- Größerer Durchlauf, mehr Neuaufnahmen

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, als Grundlage für die Entwicklung einer Konzeption für eine kinder- und jugendpsychiatrische Intensiveinheit einen Überblick über geschlossen geführte kinder- und jugendpsychiatrische Stationen in der Bundesrepublik Deutschland und deren verschiedenen Konzepte zu erarbeiten.

4.1 Diskussion der Einzelergebnisse

18 deutsche Kliniken, entsprechend ca. 16% der Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Specht und Anton 1995), gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung über mindestens eine geschlossen geführte kinder- und/oder jugendpsychiatrische Station zu verfügen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Aussagen von Lindner/v.d.Recke (1992) und Martin (1988), nur wenige Einrichtungen verfügten über eine geschlossene Station und damit auch über das Potential, das gesamte Spektrum der kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen zu behandeln. Als Konsequenz daraus ergibt sich, daß „praktisch alle Einrichtungen außerhalb von Landeskliniken mangels einer eigenen geschlossenen Station häufig auf die Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie angewiesen“ sind (Eggers 1989). In der Praxis werden Kinder/Jugendliche, die auf offen geführten Stationen nicht gehalten werden können, auch immer wieder in die geschlossene Erwachsenen-Psychiatrie verlegt – sicherlich kein idealer Rahmen für Minderjährige in Krisensituationen. Diese Tatsache sollte in der Diskussion um die Einrichtung entsprechender Stationen berücksichtigt werden.

Es fiel eine geographisch ungleiche Verteilung auf mit Häufung von Kliniken v.a. in Nordrhein-Westfalen (n=5) und Hessen (n=3), sieben Bundesländer hatten dagegen keinerlei Möglichkeit für geschlossene psychiatrische Unterbringung Minderjähriger, darunter Hamburg, Schleswig-Holstein und die Mehrzahl der „Neuen Bundesländer“. Unklar ist, wie es zu der ungleichen Verteilung kam. Sicherlich spielte hier die Größe der verschiedenen Bundesländer eine Rolle, aber auch politische Momente sind bei diesem öffentlichkeitswirksamen Thema in Betracht zu ziehen.

Die Gründungen neuer geschlossener Stationen verteilten sich relativ gleichmäßig über die letzten drei Jahrzehnte (s. Abb. 3, Tab.3). Bemerkenswert ist, daß in dieser Zeit die öffentlich geführte Diskussion um geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zur Abschaffung zahlreicher geschlossener Heime führte, zum Beispiel 1981 in Hamburg. Interessant wären in diesem Zusammenhang genaue Daten über die Abschaffung geschlossener kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten. Untersuchungen über Zusammenhänge zwischen der Anzahl geschlossener Heime und geschlossener psychiatrischer Stationen für Kinder und Jugendliche sind bislang kaum durchgeführt worden, so daß sich hierüber keine eindeutige Aussage treffen läßt. Der von Kowark 1990 beschriebene „statistisch signifikante, überproportionale Anstieg freiheitsziehender bzw. -beschränkender Maßnahmen in der Psychiatrie bei den Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung“ seit der Abschaffung der geschlossenen Heime im Jahre 1981 in Hamburg bleibt umstritten (s. Einleitung).

Die geschlossenen Stationen wurden innerhalb ihrer Kliniken sehr unterschiedlich bezeichnet: ein gutes Drittel der Stationen wurde auch tatsächlich als „geschlossen“ bezeichnet, über die Hälfte vermied diese Bezeichnung. Vor allem der Name „geschützte Station“ legt die Vermutung nahe, der Aspekt der Geschlossenheit solle in den Hintergrund gestellt werden. Möglicherweise ist auch dies eine Folge der bereits in der Einleitung erwähnten „Tabuisierung“ geschlossener Unterbringung von Kindern und Jugendlichen (vgl. Freisleder u. Martinius 1991).

Bei der Größe der geschlossenen Stationen fällt die Diskrepanz zwischen Anzahl der Behandlungsplätze in der Realität und den sowohl in der Literatur als auch von den Befragten als optimal angegebenen Zahlen auf. Mehr als die Hälfte der befragten Stationen verfügte über mindestens zehn Behandlungsplätze (siehe Abb.4, Tab.4), idealerweise sollte diese Zahl laut Erfahrungswerten der befragten Stationen (siehe 3.2.11) acht Plätze nicht überschreiten. In der Literatur finden sich Empfehlungen von acht bis maximal zehn Plätzen (vgl. Machetanz 1986, Freisleder und Martinius 1991).

Die Frage nach dem Alter der Patienten ergab, daß geschlossene Unterbringung vor allem für Jugendliche ab zwölf Jahren eine Rolle spielte. Lediglich fünf der befragten Stationen gaben eine untere Altersbegrenzung von weniger als zwölf Jahren an (s. Abb.6, Tab. 5).

Insgesamt wurde deutlich, daß die Stationen zwischen Kindern und Jugendlichen trennten, der gesamte Kinder- und Jugendbereich wurde nur von einer Station abgedeckt (7-18 Jahre). Die Behandlung von Kindern scheint also meistens unter offen geführten Bedingungen möglich zu sein. Die Betrachtung der Geschlechterverteilung zeigt zwischen Jungen und Mädchen ein ausgeglichenes Verhältnis. Da der Anteil der Jungen unter den Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens - einer der häufigsten Aufnahmeindikationen – wesentlich größer ist als bei den Mädchen (vgl. Hirschberg 1994, Remschmidt 1993), ist dieses Ergebnis überraschend.

Die Aufnahmeindikationen auf den geschlossenen Stationen unterschieden sich in ihrer Gesamtheit nicht von denen offener Stationen. Es wurde jedoch deutlich, daß vor allem suizidales Verhalten, Störungen des Sozialverhaltens und Psychosen geschlossene Behandlung notwendig machen können (s. Abb.8). Dies deckt sich mit den Einschätzungen von Machetanz (1986) und Freisleder und Martinius (1991). Allerdings zeigen die vorliegenden Ergebnisse im Gegensatz zu den Einschätzungen Machetanz‘ eine geringere Präsenz Suchtkranker auf den geschlossenen Stationen, auf 13 Stationen stellte vorrangige Drogenabhängigkeit und Sucht sogar ein Ausschlußkriterium für eine stationäre Aufnahme dar (s. Abb.9).

Die juristische Grundlage für die geschlossene Unterbringung auf den befragten Stationen spiegelt sehr deutlich den Stand in der Literatur wieder, in der einhellig empfohlen wird, §1631b BGB stets als Grundlage einer Unterbringung Minderjähriger auf einer geschlossenen Station anzuwenden (Gollwitzer u. Rüth 1996, Freisleder u. Martinius 1991). So wurde grundsätzlich auch auf den befragten Stationen verfahren, die in Ausnahmesituationen allerdings auch die Bestimmungen der landesüblichen Unterbringungsgesetze oder PsychKGs und andere anwandten.

Bei der Frage nach der Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen wurde deutlich, daß teilweise mit sehr unterschiedlichen Konzepten gearbeitet wurde: Neben akut-psychiatrisch ausgerichteten Konzepten mit einer maximalen Verweildauer von vier Wochen bei einer minimalen von wenigen Stunden und einer durchschnittlichen Verweildauer von vier Tagen fanden sich Langzeittherapie-Konzepte mit einer maximalen Verweildauer von mehreren Jahren, einer minimalen von einem Tag und einer durchschnittli-

chen Verweildauer von sechzig Tagen. Die Zuordnung einzelner Indikationen zu den sehr unterschiedlichen Verweildauern wäre an diesem Punkt von Interesse gewesen, war aber aufgrund der Konzeption des Fragebogens nicht möglich. Es läßt sich nur vermuten, daß die Störungen des Sozialverhaltens eher eine Langzeitbehandlung erforderten, während bei Suizidalität oder Psychosen schon eine kurzzeitige Krisenintervention auf einer geschlossenen Station Erfolge erbringen könnte.

Flexibilität und besonderes Eingehen auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen schien vor allem hinsichtlich Frequenz und Rahmen des psychotherapeutischen Settings wichtig zu sein. Standardkonzepte ließen sich hier nicht finden, lediglich Richtwerte der einzelnen Stationen, wie viele Psychotherapiestunden ein Patient in der Woche mindestens erhalten und wie lange eine Therapiestunde dauern sollte. Hierbei stand vor allem die Verhaltenstherapie im Vordergrund, die von allen Stationen angewandt wurde (s. Abb.15). Auch der Einbindung der Familie kam eine große Bedeutung zu, so daß auf den meisten Stationen Familientherapie bzw. Elterntherapie/Elterngespräche stattfanden.

Bei der Auswertung der abschließenden Einschätzungen in bezug auf mögliche Neugründungen von geschlossen geführten Stationen fielen bestimmte Elemente auf, die durchgehend hervorgehoben wurden:

Der entscheidende Faktor sowohl für die positive Bewertung der eigenen Station als auch für die Empfehlungen für neue Stationen war ein multiprofessionales Team von Mitarbeitern, die in besonderem Maße über Engagement, Motivation, fachliche und soziale Kompetenz, Strukturiertheit, Abgegrenztheit und Bereitschaft zur Selbstreflexion verfügen sollten und somit in der Lage wären, ein „therapeutisches Milieu“ herzustellen. Diese Ansicht findet sich auch in den wissenschaftlichen Beiträgen wieder (vgl. z.B. Hirschberg 1991). Gegenseitige Unterstützung und persönliche Nähe, die bei der Arbeit auf geschlossenen Stationen besonders wichtig seien, scheinen auch die Motivation der Mitarbeiter positiv zu beeinflussen. Ein ausgewogenes Verhältnis der Altersgruppen, Geschlechter und Berufsgruppen wurde als erstrebenswert dargestellt. Eine hohe Betreuerdichte könnte technische Hilfsmittel ersetzen und so den gefürchteten „Gefängnischarakter“ vermeiden helfen.

Dem Begriff „Struktur“ kommt eine zentrale Bedeutung zu: Das Personal sollte „gut strukturiert“ sein, das Stationsklima „durch angemessene Kontrolle und klare Anweisun-

gen“ eine Struktur gewährleisten, die den Patienten auch „besonderen Schutz“ und die „Möglichkeit zur Regression“ bieten kann.

Steht die optimale Betreuung der Patienten durch das Pflege- und Erziehungspersonal auch im Vordergrund der Überlegungen, so kommt den Räumlichkeiten einer geschlossenen Station dennoch eine besondere Rolle zu. Eine geschlossene Station sollte möglichst nicht mehr als acht Behandlungsplätze haben und über stabile und gut ausgestattete Räume verfügen. Ein zu hoher Sicherheitsaufwand sollte vermieden werden, um keine „Gefängnisatmosphäre“ aufzubauen, die „Beklemmungen“ verursacht. Vor allem scheinen räumliche „Rückzugs- und Entzerrungsmöglichkeiten“ wichtig zu sein, die den Abbau von Aggressionen und Spannungen möglich machen (z.B. Fußballplätze, Garten etc.).

Das Therapieangebot auf einer geschlossenen Station sollte vielseitig sein, um den verschiedenen Erfordernissen gerecht werden zu können. Insgesamt wurde zu diesem Thema wenig gesagt, was darauf schließen läßt, daß die jeweilige Methode im Vergleich zum gesamten Setting der Station nicht so entscheidend ist. Möglicherweise treten in der Psychotherapie auch weniger Unterschiede zu Patienten von offenen Stationen auf als bei der stationären Arbeit selbst.

Der Zustand der Geschlossenheit wurde vielfach als wichtiger Rahmen betrachtet, innerhalb dessen besondere Prozesse stattfinden könnten, die so auf einer offen geführten Station nicht möglich wären: schnelleres Einsetzen von Heilungsprozessen durch intensivere Betreuung und die Möglichkeit, „therapeutisch bis an die Grenzen zu gehen“, äußerliche Manifestation und damit deutliches Bewußtmachen der Krise für den Patienten, Möglichkeiten zur Regression.

Deutlich wurde die Notwendigkeit, die Zielgruppen bzw. Indikationen genau festzulegen, die auf den geschlossenen geführten Stationen behandelt werden sollten. Mehrere Befragte warnten vor einer unkritischen Vermischung von Patienten mit verschiedenen Indikationen, die sich negativ auf das Stationsklima auswirken könnte. Es ist offensichtlich ratsam, schon im Vorfeld die Präferenz der Station zu definieren: Soll hauptsächlich Krisenintervention oder Langzeittherapie durchgeführt werden? Hierfür sind offensichtlich unterschiedliche Konzepte nötig.

4.2 Methodische Kritik

Die Form des telefonischen Interviews als Methode zur Datenerhebung erwies sich bei der vorliegenden Untersuchung als sinnvoll. Alle für die Untersuchung in Frage kommenden Stationen erklärten sich zu einem Interview bereit. Sämtliche Interviews konnten tatsächlich durchgeführt werden, so daß die Rücklaufquote 100% betrug. Dieses für eine quantitative Erhebung außergewöhnlich positive Ergebnis läßt sich vor allem auf den persönlichen Kontakt per Telefon und auf eine gewisse Arbeitserleichterung durch die mündliche Beantwortung der Fragen zurückführen. Durch die telefonischen Gespräche konnten neben Ergebnissen des Fragebogens weitere Informationen gesammelt werden, die für das Thema relevant waren. Hierdurch wurde auch deutlich, welche Bereiche der Fragebogen nicht abdeckte (s.u.). Die Interviewpartner zeigten sehr großes Interesse am Thema, was einmal mehr verdeutlicht, daß in diesem Bereich ein Defizit an Informationen und Austausch besteht.

Der speziell für diese Untersuchung entwickelte Fragebogen hat sich insofern bewährt, als seine Auswertung eine Fülle von Informationen zu den geschlossenen Stationen geliefert hat, die eine Einschätzung verschiedener Konzepte ermöglichen. Allerdings hätte er in noch stärkerem Maße Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen herausarbeiten können.

So konnte mit den geschlossenen Fragen in manchen Punkten die gesamte Vielfalt der untersuchten Stationen nicht erfaßt werden. Vielmehr mußten bestimmte Kriterien außer acht gelassen bzw. in ein bestimmtes Schema eingepaßt werden.

Drei kurze Beispiele sollen dies erläutern:

1. Eine der untersuchten Stationen bestand aufgrund konzeptioneller Erwägungen aus sechs Plätzen für Jugendliche und sechs Plätzen für Erwachsene. Diese Art der Zusammensetzung von Patientengruppen war im Fragebogen nicht vorgesehen und konnte deshalb in ihrer Besonderheit nicht erfaßt werden. Da aber diese Station die geschlossene Behandlung von Kindern und Jugendlichen durchführte, wurde sie dennoch bewußt in die Befragung mit einbezogen.
2. Eine der befragten Stationen arbeitete mit einem sozialtherapeutischen Konzept (Hirschberg 1991, 1996), das die ausschließliche Aufnahme dissozialer Jugendlicher beinhaltete (siehe Einleitung). Diese Besonderheit wurde nicht deutlich, da die unter-

schiedlichen Aufnahmeindikationen nur in ihrer Gesamtheit und Häufigkeit erfragt wurden.

3. Auf einer Station wurden ausschließlich männliche Patienten zur Langzeittherapie aufgenommen. Dies wurde aus der Frage, ob die Stationen durchschnittlich mehr Jungen oder mehr Mädchen aufnahmen, nicht deutlich.

4.3 Ausblick auf zukünftige Forschungsmöglichkeiten

Bei der Befragung der geschlossen geführten Stationen konnte erstaunlicherweise größtenteils nur auf Erfahrungswerte zurückgegriffen werden, da kaum eine Station über genaue Statistiken oder schriftliche Stationskonzepte verfügte. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema scheint also primär praxisorientiert stattzufinden, relevante theoretische Forschung hierzu bildet eher die Ausnahme. Dies entspricht der eingangs geäußerten Beobachtung, die Anzahl der Publikationen zu diesem Thema sei äußerst gering. Offensichtlich leistet die geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher vor allem einen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung und weniger zur wissenschaftlichen Forschung. Dazu paßt die aus der vorliegenden Untersuchung gewonnene Feststellung, daß lediglich drei Universitätskliniken zum Zeitpunkt der Befragung über eine geschlossene Station für Kinder und Jugendliche verfügten. Diese Tatsachen legen erneut die in der Einleitung zitierte Auffassung nahe, die Problematik der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sei „ein beinahe tabuisiertes Thema“ (Freisleider u. Martinius 1991).

Folgende Frageansätze könnten sowohl für die zukünftige Forschung als auch den klinischen Alltag von Bedeutung sein:

Wie sieht das Idealkonzept einer geschlossen geführten kinder- und jugendpsychiatrischen Station aus? Gibt es überhaupt ein Idealkonzept, oder ist es nicht gerade aufgrund der sehr unterschiedlichen Indikationen und damit Bedürfnisse der Patienten sehr schwierig, ein allgemeingültiges Konzept zu erstellen?

Wie sollte der Behandlungsprozeß verlaufen und welche Konzeptualisierungen sollten entwickelt werden? Ist es beispielsweise möglich und erstrebenswert, ausdifferenzierte

Behandlungskonzepte für einzelne Störungsbilder zu entwickeln und damit eventuell eine Entfernung von geschlossenen Therapiekonzepten zu erreichen?

Welche Indikationsstellungen sind mit einer Langzeittherapie, welche mit einer kurzzeitigen Krisenintervention auf einer geschlossenen Station verbunden?

Welches sind „harte“ Indikationen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie? Diese Frage bedeutet vor allem einen Einstieg in die Diskussion zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und Jugendhilfe andererseits um Zuständigkeiten für die Gruppe der Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens, die immerhin die zweitgrößte Patientengruppe auf den geschlossenen Stationen ausmachen. Ist es möglich zu definieren, welche Störung bzw. welche Ausprägung dieser Störung in welche Institution „gehört“? Solange Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe an diesem Punkt nicht zu einer einheitlichen Haltung gelangen, werden vor allem die geschlossenen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen immer wieder in dieses Spannungsfeld geraten und die als „Problemfälle“ definierten Jugendlichen durch alle „Maschen des Netzes“ fallen (vgl. Lindner u. v.d.Recke 1992, Köttgen 1990).

Welche Alternativen zur geschlossen geführten Station gäbe es für die Patienten idealerweise (Heim, offen geführte Station mit intensiver Betreuung, fakultativ geschlossene Station), und unter welchen Bedingungen sind diese Alternativen vorzuziehen?

Wie könnte man individuell abgestimmte Bedarfspläne für jeden Patienten entwickeln, in denen nicht mehr in Kategorien wie Psychiatrie, Jugendhilfe, Gefängnis gedacht würde, sondern übergreifende Konzepte und damit ein fließender Übergang zwischen den Institutionen zum Tragen käme?

Was könnte dazu beitragen, das Thema „geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zu enttabuisieren und sich damit der klinischen Realität zu stellen, die trotz Tabus täglich mit diesem Problem konfrontiert ist? Hierbei ergeben sich vor allem Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten für die Wissenschaft: Je genauer und objektiver über dieses Thema berichtet würde, desto größer wäre die Möglichkeit, die Tabuisierung zu durchbrechen.

Inwieweit wirkt sich die Behandlung auf einer geschlossenen psychiatrischen Station auf den Heilungsprozeß der Patienten aus? Vorstellbar wäre hier beispielsweise ein Vergleich

von Patienten geschlossener Stationen mit Patienten offen geführter Stationen, die mit denselben Indikation aufgenommen wurden. Behandlungsdauer, Zustand bei Entlassung von der Station und auch eigene Einschätzungen der Patienten könnten für den Vergleich genutzt werden.

Ziel dieser Arbeit war es, als Grundlage für die Entwicklung einer Konzeption für eine kinder- und jugendpsychiatrische Intensiveinheit einen Überblick über bereits vorhandene geschlossene kinder- und jugendpsychiatrische Stationen in der Bundesrepublik Deutschland und über ihre verschiedenen Konzepte zu erarbeiten. Das Konzept und der Umfang der Untersuchung mußten einige Fragestellungen unberücksichtigt lassen, die sich entweder schon zu Beginn oder im Laufe der Untersuchungen als interessant für das Thema erwiesen haben. Es war nicht Ziel der Arbeit, mittels vorliegender Erhebung die Frage nach Berechtigung und Nützlichkeit geschlossener kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung beantworten zu können.

Es ist deutlich geworden, daß eine Beschäftigung mit dem Thema Konzepte der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kaum stattfindet. Es wäre wünschenswert, daß die Diskussion um diese Problematik nicht nur im klinischen Alltag, sondern auch in der wissenschaftlichen Forschung Berücksichtigung fände und ausgetragen würde.

5 Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurden sämtliche im Zeitraum August 1996 – März 1997 geschlossen geführten kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen in der Bundesrepublik Deutschland erfaßt und deren Konzepte anhand eines eigens dafür konzipierten Fragebogens untersucht. Ausgewählt wurden ausschließlich Stationen, die grundsätzlich das ganze Jahr über geschlossen geführt wurden, deren bauliche und konzeptuelle Voraussetzungen also die Patienten gezielt am Entweichen hinderten. Dies war die Ausgangsdefinition der Untersuchung für eine „geschlossenen Unterbringung“. Der Fragebogen beinhaltete Fragen zu folgenden Bereichen: Aufbau der Kliniken, Aufbau der geschlossenen Stationen, Patienten, Aufnahme/Aufenthalt, Räumlichkeiten, Betreuungssystem, Tagesablauf, Therapie, Team, Schule.

Zum Zeitpunkt der Befragung verfügten 18 Kliniken über insgesamt 28 geschlossen geführte kinder- und jugendpsychiatrische Stationen. Dies ergab ein Angebot von 266 Plätzen für geschlossene Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie für ganz Deutschland. Acht weitere Stationen befanden sich in der Planung oder bereits im Bau.

Vorherrschende Krankheitsbilder in der geschlossenen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung waren Suizidalität, Störungen des Sozialverhaltens und Psychosen. Im Vordergrund der verschiedenen Therapieverfahren stand die Verhaltenstherapie, die von allen Stationen angewandt wurde. Der Einbindung der Familie bei der Behandlung kam insgesamt eine besonders wichtige Rolle zu. Akut-psychiatrisch ausgerichteten Konzepten mit einer stationären Verweildauer von maximal vier Wochen (durchschnittlich vier Tage) standen Langzeittherapie-Konzepte mit einer maximalen stationären Verweildauer von mehreren Jahren (durchschnittlich sechzig Tage) gegenüber. Obwohl der Anteil weiblicher und männlicher Patienten auf einigen Stationen stark variierte, war die Geschlechterverteilung insgesamt ausgeglichen. Die größte Patientengruppe bildeten die 12- bis 18-Jährigen. Im Mittelpunkt geschlossener kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung stand ein multiprofessionelles Team von Mitarbeitern, die in besonderem Maße über Engagement, Motivation, fachliche und soziale Kompetenz, Strukturiertheit, Abgegrenztheit und Bereitschaft zur Selbstreflexion verfügten und somit in der Lage waren, ein „thera-

peutisches Milieu“ herzustellen. Der Zustand der Geschlossenheit wurde vielfach als wichtiger Rahmen betrachtet, innerhalb dessen besondere Prozesse stattfinden könnten, die so auf einer offen geführten Station nicht möglich wären. Die Notwendigkeit unterschiedlicher Therapiekonzepte für verschiedene Patientengruppen und der Trennung zwischen Krisenintervention und Langzeittherapie wurde betont. Abschließend wurde ein Ausblick auf zukünftige Forschungsmöglichkeiten gegeben.

Insgesamt machte die Untersuchung deutlich, daß die Auseinandersetzung um die geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie primär praxisorientiert stattfindet, relevante theoretische Forschung hierzu eher die Ausnahme darstellt. Eine große Rolle wird dabei einer gesellschaftlichen Tabuisierung dieser Problematik zugeschrieben. Die verstärkte Austragung der Diskussion nicht nur im klinischen Alltag, sondern auch in der wissenschaftlichen Forschung wäre wünschenswert und sinnvoll.

6 Anhang

6.1 Tabellen

Tabelle 2: Anzahl der Behandlungsplätze pro Klinik (n=18) inklusive Tagesklinikplätze

Behandlungsplätze	11	24	30	40	48	60	65	78	80	81	89	113	160	180
Anzahl der Kliniken	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1

Tabelle 3: Anzahl der neugegründeten geschlossenen Stationen pro Jahr im Zeitraum von 1959 bis 1996 (n=26)

Gründungsjahr	'59	'74	'75	'78	'81	'82	'84	'87	'89	'90	'91	'93	'94	'96
Anzahl der Stationen	1	4	2	1	1	7	1	1	1	1	1	2	1	2

Tabelle 4: Anzahl der Betten pro Station (n=28)

Anzahl der Betten	5	6	8	9	10	11	12	13	14
Anzahl der Stationen	3	2	4	2	8	1	5	1	2

Tabelle 5: Aufnahme verschiedener Altersstufen auf den geschlossenen Stationen (n=28)

Altersstufen (in Jahren)	6- 14	7- 18	10- 13	10- 14	10- 18	12- 18	13- 17	13- 18	13- 19	14- 18	14- 19	14- 21
Anzahl der Stationen	2	1	1	1	1	3	2	1	3	11	1	1

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	
Stationäre und ambulante Angebote der Kliniken mit Mehrfachnennungen (n=18)	20
Abbildung 2:	
Anzahl der Behandlungsplätze pro Klinik inklusive Tagesklinikplätze (n=18)	20
Abbildung 3:	
Überblick über die Gründungen geschlossener Stationen bis 1996 (n=26)	22
Abbildung 4:	
Bettenzahlen der geschlossenen Stationen (n=28)	22
Abbildung 5:	
Behandlungskategorien der Stationen nach Psychiatrie- Personalverordnung mit Mehrfachnennungen (n=28)	23
Abbildung 6:	
Aufnahme verschiedener Altersstufen auf den geschlossenen Stationen (n=28)	24
Abbildung 7:	
Geschätzte Verteilung von Jungen und Mädchen auf den Stationen (n=26)	25
Abbildung 8:	
Aufnahmeindikationen der geschlossenen Stationen mit Wertung der jeweils zwei am häufigsten genannten Indikationen (n=28)	26
Abbildung 9:	
Ausschlußindikationen der geschlossenen Stationen für eine stationäre Aufnahme mit Mehrfachnennungen (n=28)	27
Abbildung 10:	
Durchschnittliche Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen (n=28)	29
Abbildung 11:	
Maximale Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen (n=28)	29
Abbildung 12:	
Minimale Verweildauer der Patienten auf den geschlossenen Stationen (n=28)	30

Abbildung 13:

Sicherheitsmaßnahmen der geschlossenen Stationen mit
Mehrfachnennungen (n=26) _____ 32

Abbildung 14:

Maßnahmen, die von den geschlossenen Stationen in
Notfallsituationen durchgeführt wurden, mit Mehrfachnennungen (n=26) _____ 33

Abbildung 15:

Psychotherapieformen, die auf den geschlossenen Stationen angewandt
wurden, mit Mehrfachnennungen (n=26) _____ 37

Abbildung 16:

Anwesenheit verschiedener Berufsgruppen auf den Stationen mit
Mehrfachnennungen (n=26) _____ 40

Abbildung 17:

Dauer der mittäglichen Übergabe auf den geschlossenen Stationen (n=26) _____ 41

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:

Besetzung der Schichten auf den Stationen (n=26)..... 42

Tabelle 2:

Anzahl der Behandlungsplätze pro Klinik (n=18) inklusive Tagesklinikplätze 63

Tabelle 3:

Anzahl der neugegründeten geschlossenen Stationen pro Jahr im
Zeitraum von 1959 bis 1996 (n=26) 63

Tabelle 4:

Anzahl der Betten pro Station (n=28)..... 63

Tabelle 5:

Aufnahme verschiedener Altersstufen auf den geschlossenen Stationen (n=28)..... 63

6.4 Literaturverzeichnis

- Bittscheid-Peters D, Mahnkopf D, Wohler F (1981) Die geschlossene Unterbringung in der Heimerziehung und ihre Alternativen. Berichte und Dokumente der Freien und Hansestadt Hamburg, Nr.634, Hamburg
- Eggers C (1989) Ambulante und stationäre Therapie. In: Eggers C et al. Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo (Siebte überarbeitete und erweiterte Auflage S.65-67)
- Freisleder FJ, Martinius J (1991) Jugendpsychiatrischer Notfall und Unterbringung auf einer geschlossenen Station. In: Martinius J (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrische Notfälle. Quintessenz-Verlag, München (S.57-61)
- Gollwitzer K, Rütth U (1996) §1631b BGB - Die geschlossene Unterbringung Minderjähriger aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. FamRZ 22:1388-1391
- Gunderson JG (1978) Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. Psychiatry 14: 327-335
- Gutenbrunner C (1992) Stellungnahme zu dem Beitrag von H. Kowark: „Veränderungen in der Häufigkeit freiheitsentziehender und -beschränkender Maßnahmen bei der stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung vor und nach Abschaffung der geschlossenen Heime in Hamburg“ und der Stellungnahme von R. Schone zu diesem Beitrag. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 20:206-207
- Heinzmann et al. (1983) Bedeutung und Veränderungsprozesse des „Alltags“ bei stationärer Psychotherapie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 11: 379-387
- Helle J (1986) Unterbringung Minderjähriger - Freiheitsentziehung und Freiheitsbeschränkung in §1631b BGB. Niedersächsisches Ärzteblatt 11:30-33

- Herr KH, Kaufmann G (1988) Schrottplatz Geschlossene Unterbringung. Sozial Extra 11/12: 8-12
- Hirschberg W (1994) Erfahrungen mit stationärer Sozialtherapie bei verhaltensauffälligen, insbesondere aggressiven Jugendlichen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 4:445-465
- Hirschberg W (1995) Determinanten der Aufenthaltsdauer von Patienten einer jugendpsychiatrischen Station. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Mitgliederrundbrief II/1995:45-53
- Hirschberg W (1996) Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 45:374-382
- Hirschberg W, Altherr P (1991) Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 40:362-368
- Jones JD (1984) Principles of Hospital Treatment of the Aggressive Adolescent. In: Keith ChR (Hrsg) The Aggressive Adolescent. New York: The Free Press, S.359-400
- Köttgen C, Kretzer D (1990) „Grenzfälle“ zwischen Heimen und Psychiatrie. In: Köttgen C, Kretzer D, Richter S (Hrsg) Aus dem Rahmen fallen - Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Kowark H (1990) Veränderungen in der Häufigkeit freiheitsentziehender und -beschränkender Maßnahmen bei der stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung vor und nach der Abschaffung der geschlossenen Heime in Hamburg. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 18/4:198-204

- Kowerk H (1992) Stellungnahme zu den Anmerkungen von R. Schone zu meinem Beitrag „Veränderungen in der Häufigkeit freiheitsentziehender und -beschränkender Maßnahmen bei der stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung vor und nach der Abschaffung der geschlossenen Heime in Hamburg“. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 20:205
- Kunze H, Kaltenbach L (1994) Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 2., erweiterte Auflage. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- Lewin M (1986) Psychologische Forschung im Umriß. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Linder M, v.d.Recke T (1992) Fünf Patientenjahrgänge einer geschlossenen jugend-psychiatrischen Aufnahmestation. In: Freisleder FJ, Linder M (Hrsg) Aktuelle Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. MMV Medizin Verlag, München
- Machetanz E (1986) Probleme der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Laux G, Reimer F (Hrsg) Klinische Psychiatrie. Hippokrates, Stuttgart (Band II, S 324-332)
- Martin M (1988) Therapie, Rehabilitation und Prävention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Thieme, Stuttgart New York (Bd.I, S.788)
- Martinius J (1995) Umgang mit Gewalt: Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie als Chance für Verbesserungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 23:147-148
- Martinius J et al. (1996) Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander - Ergebnisse einer Untersuchung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 45:170-173

- Nedopil N (1996) Geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen. In: Nedopil N unter Mitarbeit von Dittmann V, Freisleder FJ, Haller R Forensische Psychiatrie - Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme, (S.56-57)
- Orvin GH (1974) Intensive Treatment of the Adolescent and his Family. Arch. Gen. Psychiatry 31: 801-806
- Petermann F, Wiedebusch S (1993) Aggression und Delinquenz. In: Steinhausen H Ch, Aster M v (Hrsg) Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Beltz, Weinheim (S. 319-345)
- Renschmidt H (1993) Zyklen der Gewalt: Anmerkungen zur Gewalttätigkeit junger Menschen. Deutsches Ärzteblatt 90:1889-1894
- Rinsley DG (1976) The adolescent in residential treatment: Some critical reflections. Adolescence 2: 83-95
- Rüth U, Weber MM (1994) Die geschlossene psychiatrische Unterbringung Minderjähriger - Juristische Grundlagen, praktische Probleme sowie ein Vergleich zum Betreuungsrecht bei Erwachsenen. Fundamenta Psychiatrica 8:116-123
- Rüth U, Weber MM (1996) Die geschlossene psychiatrische Unterbringung von Minderjährigen gem. § 1631b BGB - Rechtliche Probleme und Vergleich zur geschlossenen Unterbringung von Betreuten gem. § 1906 BGB. Nervenarzt, Suppl 1
- Schone R (1992) Anmerkungen zum Beitrag von H. Kowark: Veränderungen in der Häufigkeit freiheitsentziehender und -beschränkender Maßnahmen bei der stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung vor und nach Abschaffung der geschlossenen Heime in Hamburg. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 20:203-205

Specht F, Anton S (1995) Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen Zürich

Schmölzer Ch (1994) Extramurale Kinder- und Jugendpsychotherapie – ein Widerspruch? Konzept und Realität von „Mariatal“. Krankenhauspsychiatrie 5:143-147

Stolle (1997) Dissoziale Kinder und Jugendliche zwischen Pädagogik, Medizin und Justiz: Kriminell oder psychisch gestört? Unveröffentlichtes Manuskript

Weidinger B, v.d.Heyde S, Rüth U (1996) Tanztherapie mit psychotischen Jugendlichen: Darstellung einer tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie auf der geschlossenen Aufnahmestation einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 64 Sonderheft 1:31

Wolffersdorf v. C, Sprau-Kuhlen V, Kersten J (1996) Geschlossene Unterbringung in Heimen. Kapitulation der Jugendhilfe? DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut, München (Zweite aktualisierte und erweiterte Auflage)

6.5 Fragebogen

Dieser Fragebogen dient zur

**Bestandsaufnahme
der geschlossenen Stationen kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken
in Deutschland**

Die Untersuchung wird im Rahmen einer medizinischen Dissertation durchgeführt und hat sich aus Konzeptüberlegungen für eine Krisenstation für Kinder und Jugendliche in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätskrankenhauses Eppendorf, Hamburg, ergeben.

Eine bereits erfolgte telefonische Befragung aller stationären Abteilungen, die sich an dem Verzeichnis von F. Specht und S. Anton orientierte („Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“; Specht, Anton; Vadenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1995), ergab eine Anzahl von ca. 20 geschlossenen Stationen.

Wir bedanken uns sehr herzlich im voraus für Ihre Bemühungen.

Fragebogen

1. Aufbau der Klinik/ Abteilung

- 1) Aus welchen Stationen besteht die gesamte Klinik/ Abteilung?
 - (a) Kinderstation
 - (b) Jugendstation
 - (c) gemischte Kinder- und Jugendstation
 - (d) geschlossene Station
 - (e) Tagesklinik
 - (f) Poliklinik
 - (g) sonstiges
- 2) Aus wievielen Behandlungsplätzen besteht die Klinik/ Abteilung?

2. Aufbau der Station

- 1) Wie ist die Bezeichnung der Station?
 - (a) Akutstation
 - (b) Intensivstation
 - (c) Krisenstation
 - (d) geschlossene Station
 - (e) sonstiges
- 2) Seit wann existiert die Station?
- 3) Aus wievielen Betten besteht die Station?
- 4) Wieviele Behandlungsplätze fallen unter die Einstufung der Psychiatrie-Personalverordnung in folgenden Kategorien?
 - (a) KJ1
 - (b) KJ2
 - (c) KJ3
 - (d) KJ5
- 5) Entspricht der Stellenschlüssel den Berechnungen der Psychiatrie-Personalverordnung?
 - (a) ja
 - (b) nein

3. Patienten

- 1) Welche Altersstufen werden aufgenommen?
- 2) Wie schätzen Sie die durchschnittliche Verteilung von Jungen und Mädchen ein?
 - (a) mehr Jungen
 - (b) mehr Mädchen
 - (c) ausgeglichen
- 3) Welche Indikationen werden aufgenommen?
 - (a) Psychosen
 - (b) Suizidalität
 - (c) Störungen des Sozialverhaltens
 - (d) Eßstörungen
 - (e) Persönlichkeitsstörungen
 - (f) Drogenabhängigkeit und Sucht
 - (g) Emotionale Störungen
 - (h) Forensische Indikationen
 - (i) Geistige Behinderung
 - (j) sonstige
- 4) Was ist Ihrer Meinung nach die häufigste Indikation?
- 5) Welche Ausschlußkriterien für eine stationäre Aufnahme gibt es?
 - (a) Vorrangige Drogenproblematik
 - (b) Forensische Indikationen
 - (c) Geistige Behinderung
 - (d) Sonstige

4. Aufnahme / Aufenthalt

- 1) Wie schätzen Sie den Anteil von freiwilligen Aufnahmen ein ?
 - (a) 0%
 - (b) < 20%
 - (c) 20% - 80%
 - (d) > 80%
- 2) Welche Rechtsnormen liegen bei unfreiwilligen Aufnahmen zugrunde?
 - (a) BGB (§1631 b)

- (b) PsychKG
- (c) sonstige
- 3) Besteht die Möglichkeit einer Aufnahme auch nachts?
 - (a) ja
 - (b) nein
- 4) Wie lang ist die Verweildauer Ihrer Patienten (in Tagen) ?
 - 1. durchschnittliche Dauer
 - 2. maximale Dauer
 - 3. minimale Dauer

5. Räumlichkeiten der Station

- 1) Welche Art von Räumen existieren auf der Station.?
 - (a) Eßzimmer
 - (b) Wohnzimmer
 - (c) Fernsehzimmer
 - (d) Spielzimmer/Freizeitraum
 - (e) Tobe-/Kissenzimmer
 - (f) Isolierzimmer
 - (g) Küche
 - (h) Musikzimmer
 - (i) Werk-/Beschäftigungsraum
 - (j) Gruppenraum
 - (k) Raucherzimmer
 - (l) sonstige
- 2) Welche Räume außerhalb der Station können zusätzlich genutzt werden?
- 3) Hat die Station einen eigenen Garten?
 - (a) ja
 - (b) nein
- 4) Wie sind die Mitarbeiterzimmer auf der Station gelegen?
 - (a) am Rande
 - (b) zentral
- 5) Befindet sich das Arztzimmer auf der Station?
 - (a) ja

- (b) nein
- 6) Befinden sich die Therapiezimmer auf der Station?
 - (a) ja
 - (b) nein
- 7) Welche spezifischen Sicherheitsmaßnahmen existieren?
 - (a) Fenstergitter
 - (b) bruchsaicheres Fensterglas
 - (c) Schleuse
 - (d) Alarmanlage
 - (e) Sonstige

6. Betreuungssystem

- 1) Wird mit Bezugspflege gearbeitet?
 - (a) ja
 - (b) nein
- 2) Wird Einzelbetreuung praktiziert?
 - (a) immer
 - (b) nur in Ausnahmefällen
 - (c) grundsätzlich nicht
- 3) Welche „Zwangsmaßnahmen“ werden angewandt?
 - (a) Fixierung
 - (b) „Time-out-Raum“/ Isolierung
 - (c) Gabe von oralen Psychopharmaka
 - (d) Gabe von i.m./i.v. Psychopharmaka
 - (e) Zwangsbeurlaubung
 - (f) keine
 - (g) sonstige

7. Tagesablauf

- 1) Gibt es festgelegte Zeiten für folgende Bereiche?
 - 1. Aufstehen
 - 2. Bettruhe
 - 3. Mahlzeiten

4. Fernsehen
 5. Sportangebote
 6. Freistunden
 7. Besuche
 8. Telefonieren
- 2) Welche Gruppenangebote gibt es?
- (a) Malgruppe
 - (b) Werkgruppe
 - (c) Schwimmgruppe
 - (d) Musikgruppe
 - (e) Tanzgruppe
 - (f) Kochgruppe
 - (g) Außengruppe
 - (h) offene Gruppe
 - (i) Mädchengruppe
 - (j) Jungengruppe
 - (k) Gesprächsgruppe
 - (l) sonstige
- 3) Wie ist die Teilnahme an den Gruppen?
- (a) freiwillig
 - (b) obligatorisch
- 4) Welche festen Aufgaben und Pflichten gibt es?
- 5) Welche Gesprächsrunden gibt es?
- 6) Sind Wochenendbeurlaubungen möglich?
- (a) ja
 - (b) nein
- 7) Werden mehrtägige Gruppenfahrten organisiert?
- (a) ja
 - (b) nein
- 8) Dürfen die Jugendlichen auf der Station rauchen?
- (a) ja
 - (b) nein

8. Therapiebereich

- 1) Welche Psychotherapieform wird angewandt?
 - (a) Gesprächstherapie
 - (b) Tiefenpsychologisch fundierte Therapie
 - (c) Verhaltenstherapie
 - (d) Systemische Therapie
 - (e) sonstige
- 2) Wer führt die Therapie durch?
 - (a) Arzt
 - (b) Psychologe
- 3) Wieviele Therapiestunden erhält ein Patient pro Woche?
- 4) Wie lange dauert eine Therapiestunde?
- 5) Gibt es Gruppentherapie?
 - (a) ja
 - (b) nein
- 6) Gibt es begleitende Therapie für die Eltern?
 - (a) ja
 - (b) nein
- 7) Wer führt diese durch?
 - (a) Therapeut des Patienten
 - (b) anderer Therapeut
- 8) Gibt es Familientherapie?
 - (a) ja
 - (b) nein
- 9) Besteht die Möglichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung auf einer anderen Station derselben Klinik?
 - (a) ja
 - (b) nein
- 10) Wenn ja:
 - (a) bei demselben Therapeuten
 - (b) bei einem neuen Therapeuten
- 11) Besteht die Möglichkeit einer ambulanten Weiterbehandlung nach dem stationären Aufenthalt?

- (a) ja
 - (b) nein
- 12) Wenn ja:
- (a) bei demselben Therapeuten
 - (b) bei einem neuen Therapeuten
- 13) Wird eine medikamentöse Behandlung bei Bedarf durchgeführt?
- (a) ja
 - (b) nein
- 14) Welche anderen Therapieformen werden angeboten?
- (a) Musiktherapie
 - (b) Bewegungstherapie
 - (c) Kunsttherapie
 - (d) Reittherapie
 - (e) Ergotherapie
 - (f) Sonstige

9. Team

- 1) Welche Berufsgruppen und wieviele Personen daraus arbeiten jeweils auf der Station?
- (a) Ärzte
 - (b) Psychologen
 - (c) Sozialpädagogen
 - (d) Krankenpfleger und -schwestern
 - (e) Kinderkrankenpfleger und -schwestern
 - (f) Erzieher
 - (g) Diplom-Pädagogen
 - (h) Bewegungstherapeuten
 - (i) sonstige
- 2) Wie lange dauert die mittägliche Übergabe?
- (a) < 30 min.
 - (b) 30 - 60 min.
 - (c) > 60 min.
- 3) Wer nimmt an den Übergaben teil?

- (a) Pflege- und Erziehungspersonal
 - (b) Pflege- und Erziehungspersonal, Ärzte und Psychologen
- 4) Gibt es Supervision?
- (a) ja
 - (b) nein
- 5) Wer nimmt an der Supervision teil?
- (a) Pflege- und Erziehungspersonal
 - (b) Pflege- und Erziehungspersonal, Ärzte und Psychologen
- 6) Mit wievielen Mitarbeitern ist die Frühschicht besetzt?
- 7) Mit wievielen Mitarbeitern ist die Spätschicht besetzt?
- 8) Mit wievielen Mitarbeitern ist die Nachtschicht besetzt?
- 9) Welche Arbeitszeiten haben die Ärzte? (Woche, Wochenende, Nacht)
- 10) Welche Arbeitszeiten haben die Psychologen?
- 11) Wie wird der Bereitschaftsdienst besetzt?
- 12) Wie wird der Hintergrunddienst besetzt?
- 13) Werden Sitzwachen eingesetzt?
- (a) ja
 - (b) nein
- 14) Welche Berufsgruppe nimmt Kontakt mit Einrichtungen der Jugendhilfe auf für eine eventuell anschließende Übernahme?
- (a) Pflege- und Erziehungsdienst
 - (b) Ärzte
 - (c) Sozialpädagogen
- 15) Wie würden Sie die Kooperation mit der Jugendhilfe bezeichnen?

10. Schule

- 1) Findet Schulunterricht statt?
- (a) Ja
 - (b) nein
- 2) Gibt es Einzelunterricht?
- (a) ja
 - (b) nein
- 3) Gibt es Gruppenunterricht?

- (a) Ja
 - (b) nein
- 4) Wo findet der Unterricht statt?
- (a) auf der Station
 - (b) in der klinikinternen Schule
- 5) Wieviele Unterrichtsstunden erhalten die Patienten pro Woche?
- 6) Gibt es Nachmittagsunterricht?
- (a) Ja
 - (b) nein
- 7) Besteht die Möglichkeit eines Besuches der vorherigen Regelschule oder einer anderen Außenschule während des stationären Aufenthaltes?
- (a) Ja
 - (b) nein
- 8) Unterrichten die Lehrer auch an Außenschulen?
- (a) Ja
 - (b) Nein

11. Abschließende Einschätzungen:

- 1) Was ist Ihrer Meinung nach besonders positiv hervorzuheben auf Ihrer Station?
- 2) Was halten Sie für wichtig für eine neue geschlossen geführte Station?
- 3) Was sollte vermieden werden?
- 4) Worin liegt die besondere Motivation der Mitarbeiter, auf einer geschlossenen Station zu arbeiten?
- 5) Welche Unterschiede sehen sie in der Arbeit auf einer geschlossenen Station im Gegensatz zu der Arbeit auf einer offen geführten Station?

6.6 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort für die Überlassung des Themas, die wissenschaftliche Betreuung und die freundliche, konstruktive Zusammenarbeit. Insbesondere die regelmäßigen Diskussionen sowie die zahlreichen kritischen Anregungen im Laufe ihrer Entstehung trugen sehr zum Gelingen dieser Arbeit bei.

Herrn Dipl. Psych. Claus Barkmann danke ich für die hilfreichen Erläuterungen bei der statistischen Auswertung der erhobenen Daten und für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Ein herzlicher Dank gilt auch Frau König, die mich in die Methoden der systematischen Literatursuche eingeführt hat und mir dabei jederzeit mit viel Geduld zur Seite stand.

Meinem Bruder, Karl Olaf Petters, danke ich sehr herzlich für die abschließende sorgfältige Durchsicht der Arbeit.

Und ich bedanke mich bei meiner Familie für ihre stets motivierende, konstruktive und tatkräftige Unterstützung, mit der sie mich durch die Höhen und Tiefen dieser Arbeit begleitet hat.

6.7 Lebenslauf

Name: Christiane Petters

Geburtsdatum: 28.01.1971

Geburtsort: Hamburg

Ausbildung:

1981-1990 Albert-Schweitzer-Gymnasium, Hamburg

6/1990 Abitur

1990-1991 Französische Geschichte und Literatur

Université Paul Valéry, Montpellier, Frankreich

1991-1992 Erziehungswissenschaften, Französisch, Germanistik

Universität Hamburg

1992-1999 Medizin, Universität Hamburg

1998-1999 Praktisches Jahr in Hamburg und Kapstadt, Südafrika

11/1999 3. Staatsexamen

6.8 ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.