https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000641 - Wednesday, May 01, 2024 11:53:19 PM - IP Address:3.135.246.193

Übersichtsarbeit

Burg Lino – Ein innenarchitektonisches Konzept zur Verbesserung der stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Lars Wöckel[1,2], Dieter Rung[1], Silke Bachmann[1], Hubert Dietschi[1] und Daniel Wild[1]

[1] Clienia Littenheid AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Littenheid, Schweiz
[2] Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Basel, Schweiz

Zusammenfassung: Es gibt nur wenige Daten über Krankenhausarchitektur in psychiatrischen Kliniken. Die bisherigen Daten weisen darauf hin, dass architektonische Verbesserungen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen verringern und zu einer Verminderung von aggressivem Verhalten, Selbst- und Fremdgefährdung und einer Veränderung in der Art und Häufigkeit einer Medikation führen. Mit dem Ziel, die Krankenhausumgebung der stationären Behandlung zu verbessern, hat das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Clienia Littenheid AG das Raum- und Kommunikationskonzept „Burg Lino" entwickelt. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten, ihren Eltern und den Mitarbeitenden des multidisziplinären Teams entstand ein Konzept, das den Genesungsprozess von Kindern und Jugendlichen unterstützen und ihnen den stationären Aufenthalt erleichtern soll. Das architektonische Raumkonzept leitet sich aus der Geschichte von „Burg Lino" ab und vereinigt Farben, Formen, Materialien, Grafiken und Möbel, um einen Genesungsprozess anzustoßen und eine angstreduzierende Umgebung zu schaffen. Mit Umsetzung von „Burg Lino" stellten wir eine signifikante Zunahme stationärer Aufnahmen und der Belegung fest. Die Verweildauern und der Anteil der Behandlungstage unfreiwilliger Aufnahmen im fakultativ geschlossenen Bereich nahmen hingegen ab. Wir vermuten, dass diese Veränderungen Folge eines höheren Commitments, einer höheren Akzeptanz und geringeren Aggressivität bei den Patienten sowie einer höheren Motivation und Zufriedenheit bei den Mitarbeitenden ist.

Schlüsselwörter: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Architektur, Innenarchitektur, unfreiwillige Aufnahme, Verweildauer

Lino Castle – An interior design concept to improve inpatient treatment in child and adolescent psychiatry

Abstract: Only very few data exist concerning hospital architecture in psychiatry/child and adolescent psychiatry. Previous data suggest that architectural improvements do reduce the application of coercive measures as well as reducing aggressive behavior, endangerment of self and others, and provoking changes in the kind and frequency of medication. In order to improve the overall hospital environment of inpatient treatment, the Center for Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy of Clienia Littenheid AG developed a spatial and communication concept named "Lino Castle." In cooperation with patients, their parents as well as members of the multidisciplinary team, we implemented a concept that serves to ameliorate the recovery process of the children and adolescents. "Lino Castle" is deeply rooted in the history of the local village and aims to allow patients to feel at ease for the duration of their stay. It hosts seven characters that serve as guardians and protectors of the individual wards and represent various types of disorders and emotional states. The respective architectural concept grew out of the storyline of "Lino Castle" and combines colors, forms, materials, graphics, and furniture to ensure an environment conducive to healing and reduced anxiety. With the implementation of "Lino Castle," we observed that the number of admissions and hospital occupancy increased significantly, whereas the length of stay and the ratio of involuntary admissions in closed wards decreased. We presume that this turn of events is due to higher commitment, acceptance, and less aggressive behavior in the patients, and to higher motivation and work satisfaction in the staff.

Keywords: Child and adolescent psychiatry, architecture, interior design, involuntary admission, length of stay

Einleitung

Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen hat keine lange Tradition. Erste kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen in Großbritannien wurden in den 1930er-Jahren gegründet. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelten sich zunehmend kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen und Kliniken im europäischen Raum (Remschmidt & van Engeland, 1999). Bis dahin wurden Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Problemen in Kinderspitälern, psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene, Anstalten oder Hei-

© 2018 Hogrefe Distributed under the Hogrefe OpenMind License (http://doi.org/10.1026/a000002)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000641 - Wednesday, May 01, 2024 11:53:19 PM - IP Address:3.135.246.193

men untergebracht. Mitte der 90er wurden die ersten stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen in der Schweiz gegründet (Stadt Basel, Littenheid). Da zunehmend die Lücke in der Behandlungskette geschlossen wurde, verdoppelte bis verdreifachte sich die Zahl stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen in den USA und vielen europäischen Staaten. Eine altersgemäße kind- und jugendgerechte Umgebung zur Diagnostik und Behandlung wurde in den klinischen Abteilungen jedoch nur wenig beachtet. Auch Mitarbeitende benötigen optimale Bedingungen, um ihre Aufgaben erfolgreich übernehmen und durchführen zu können. Neben individuellen personellen Ressourcen, spielen hierbei die sozialen, strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz eine wichtige Rolle (Steiger, 2008).

Green und Burke (1998) beschreiben die besonderen Herausforderungen der stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Als herausragend sehen sie die Schaffung eines Milieus, das den oftmals speziellen und individuell ganz unterschiedlichen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht werden sollte. Als wesentliche Vorteile einer stationären Behandlung sind z. B. das Zusammenwirken der Mitarbeitenden unterschiedlicher Fachrichtungen, die Entwicklung von therapeutischen Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten, die Strukturierung von Tagesabläufen, die Entwicklung von Beziehungen innerhalb der Patientengruppe – also den Peers –, die erfolgreiche Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten und die veränderten Umgebungsfaktoren zu nennen, wozu nicht zuletzt die räumlichen Bedingungen einer Klinik gehören. Fricke, Halswick, Längler und Martin (2019) stellen in ihrer Übersicht über den Einfluss von Architektur und Umgebungsfaktoren auf therapeutische Prozesse im Krankenhaus die wichtigsten Faktoren zusammen. Hierzu gehören der Zugang zu Tageslicht und Natur, Lärmreduktion und eine Atmosphäre der Privatheit. In psychiatrischen Abteilungen profitieren Patientinnen und Patienten vor allem von Raumstrukturen, die Beziehungen innerhalb der Patientengruppe und therapeutische Beziehungen zum Personal fördern. Papoulias, Csipke, Rose, McKellar und Wykes (2014) kommen in ihrem Review zu dem Schluss, dass architektonische Gestaltung für den therapeutischen Prozess in der Psychiatrie wichtig, jedoch die Datenlage hierzu noch sehr gering ist. Sie finden vor allem eine Korrelation zwischen dem Umfang der Privatatmosphäre und einer Zunahme sozialer Interaktionen und dem Wohlbefinden.

Die Universitätsklinik für allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene in Tübingen wurde 2011 architektonisch neu gestaltet. Aus dem Altbau einer seit 114 Jahren genutzten psychiatrischen Klinik wurde in einen Neubau umgezogen. Zu den baulichen Veränderungen gehörten u. a. eine Vergrößerung der Grundfläche, die Umgestaltung von Zwei- bis Vierbettzimmern zu Ein- bis Zweibettzimmern, die Verbesserung der Sanitäranlagen, große Glasflächen an den Fensterfronten und eine suizidpräventive Einrichtung in den Patientenzimmern. Über einen Zeitraum von 5 Jahren vor und 3 Jahren nach der architektonischen Neugestaltung wurden verschiedene Zwangsmaßnahmen erfasst. Nach den baulichen Maßnahmen zeigte sich eine signifikante Reduktion der Anzahl von Fixierungen, der Dauer von Fixierungen, von Zwangsmedikationen und der Anzahl fürsorglicher (Schweiz: fürsorgerisch) Zurückhaltungen in einem Ausmaß zwischen 48 bis 84 % (Dresler, Rohe, Weber, Strittmatter & Fallgatter, 2015; Rohe et al., 2017). Die Autoren vermuten, dass das positivere strukturelle Milieu des Neubaus das Befinden von Patienten und Mitarbeitenden und deren soziale Beziehungen verbessert hat und dadurch Zwangsmaßnahmen aufgrund einer Selbst- oder Fremdgefährdung seltener notwendig wurden. Die Häufigkeit der Anwendung von Isolationsmaßnahmen ist ebenfalls von bestimmten baulichen Gegebenheiten abhängig (van der Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Janssen & Noorthoorn, 2013). Nach Untersuchungen von Martin et al. (2007) stellt die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen sogar einen Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken dar. Der Anteil unfreiwilliger Aufnahmen in Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie variiert beträchtlich. In einer Untersuchung von Salize und Dressing (2004) schwankte dieser in den Staaten der Europäischen Union in den Jahren von 1997 bis 2000 zwischen 3.2 % (Portugal) und 30 % (Schweden). In Norwegen betrug dieser Anteil sogar 44 % für einen Zeitraum von 2005 bis 2006 (Hustoft et al., 2013). Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen vergleichsweise wenige Daten vor. In einer Querschnittsstudie von Jendreyschak et al. (2014) betrug der Anteil unfreiwilliger Aufnahmen im LWL-PsychiatrieVerbund (Deutschland) mit drei kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken 29.2 % über einen Zeitraum von 2004 bis 2009. Ähnliche Zahlen finden sich für Finnland mit 29.5 % (Ellila, Sourander, Välimäki, Warne & Kaivosoja, 2008). In der Schweiz betrug 2016 der durchschnittliche Anteil von Kindern und Jugendlichen in allen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, die gemäß Fürsorgerischer Unterbringung[1] aufgenommen wurden,

[1] Bei Fürsorgerischer Freiheitsentziehung (FFE, bis 2012) bzw. Fürsorgerischer Unterbringung (FU, ab 2013) handelt es sich um die ärztliche oder behördliche Anordnung zur Unterbringung einer Person in einer geeigneten Einrichtung aufgrund einer psychischen Störung, geistigen Behinderung oder Verwahrlosung, wenn eine Behandlungs- oder Betreuungsbedürftigkeit besteht.

© 2018 Hogrefe Distributed under the Hogrefe OpenMind License (http://doi.org/10.1026/a000002)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000641 - Wednesday, May 01, 2024 11:53:19 PM - IP Address:3.135.246.193

21.7% (Harfst, Bührlen & McKernan, 2017). Prädiktoren für unfreiwillige Aufnahmen sind außerhäusliche Platzierungen, weibliches Geschlecht, adoleszentes Alter, Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern und suizidale Handlungen (Ellila et al., 2008; Felkins, Guthrie & Walch, 1991). In einer gepoolten Analyse von Giacco und Priebe (2016) von Studien aus 11 Europäischen Ländern wurde die Suizidalität bei Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren untersucht, die unfreiwillig in psychiatrischen Kliniken aufgenommen wurden. Kurz nach Aufnahmezeitpunkt wurden 13.9% der Patienten als suizidal eingestuft und nach 3 Monaten immerhin noch 5.2%. Ein höheres Ausmaß der Suizidalitätseinschätzung zum Aufnahmezeitpunkt und Arbeitslosigkeit waren Risikofaktoren für eine weiterhin bestehende Suizidalität nach 3 Monaten. Die stationäre psychiatrische Behandlung bedarf deswegen einer besonderen Beachtung suizidaler Risiken. Durch architektonische und bauliche Maßnahmen kann eine Suizidprävention umgesetzt werden. Eine Übersicht hierzu findet sich bei Becker, Schmidtke und Glasow (2019).

Die Bedeutung von Design, Einrichtung und architektonischer Gestaltung psychiatrischer Kliniken ist bisher häufig unterschätzt worden. Karlin und Zeiss (2006) beschreiben mehrere Kategorien, die insbesondere für die Gestaltung psychiatrischer Kliniken relevant sind. Dazu gehören u.a. das Ambiente, architektonische Elemente, Designelemente und die Möglichkeit, sozialen Kontakten nachgehen zu können. Ein Beispiel hierfür bietet eine psychiatrische Klinik in Dublin. Nach dem Umzug in ein nach entsprechenden architektonischen Gesichtspunkten gestaltetes Gebäude wurde u.a. ein Rückgang der Aggressivität und der Verschreibung von Benzodiazepinen beobachtet. Zudem verbesserte sich die Zufriedenheit und der Teamgeist der Mitarbeitenden deutlich (Feeney, Kavanagh, Kelly & Mooney, 2007).

Bei der baulichen und architektonischen Gestaltung psychiatrischer bzw. kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken wurden die Erfordernisse der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden bisher wenig berücksichtigt. Die Wirkung auf therapeutische Prozesse ist nicht evaluiert. Bisherige Erfahrungen und Untersuchungen zeigen jedoch, dass der Einfluss auf Zwangsbehandlungen, selbst- und fremdgefährdendes Verhalten oder Medikation erheblich sein kann.

Ausgangssituation

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (ZKJPP) der Clienia Littenheid AG ist eine Versorgungsklinik in der Ostschweiz. Die Stationen befinden sich in einem Gebäude (Haus Linde), das 1897 erbaut wurde und zu den ältesten Gebäuden auf dem Klinikgelände gehört. Bis 2011 bestand das ZKJPP aus drei Stationen (eine fakultativ geschlossene Akutstation, eine offene Akutstation, eine offene Psychotherapiestation) zu je 11 bis 14 Patienten mit insgesamt 37 stationären Behandlungsplätzen. Mit dem Ziel, eine altersgemäße stationäre Behandlung in einem kinder- und jugendgerechten Umfeld durchzuführen und den Kindern und Jugendlichen den Zugang zur Klinik und den Behandlungsverlauf zu erleichtern, sollte ein innenarchitektonisches Konzept etabliert werden.

Innenarchitektonische Gestaltung

Im Rahmen einer Umstrukturierungsmaßnahme wurde die Zahl der Behandlungsplätze pro Station auf eine Größe von sechs bis acht Patienten verringert. Dafür wurde die Zahl der Stationen auf insgesamt fünf Stationen erhöht (zwei fakultativ geschlossene Akutstationen, zwei offene Psychotherapiestationen, eine Kinderstation). Die Zahl der stationären Behandlungsplätze wurde zunächst auf 35 Plätze verringert. Die räumliche Aufteilung der Stationen (Patientenzimmer, Stationszimmer, Essraum, Aufenthaltsraum, Flure) war vorgegeben und konnte nicht wesentlich verändert werden.

Zusammen mit einer Markenarchitekturfirma[2] wurde ein Konzept zur innenarchitektonischen Gestaltung der Klinik entwickelt und 2012 in der Klinik umgesetzt. Zur Erstellung des Konzeptes wurde auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten, der Zuweisenden und des interdisziplinären Teams eingegangen, indem Ideen, Vorschläge und Illustrierungen im Rahmen von Workshops erarbeitet wurden. Ziel war es, das Zusammenwirken der Räumlichkeiten mit bestimmten Symbolen, stationseigenen Farben, Formen, Materialien, Stilelementen und Lichteffekten zu ermöglichen. Übergeordnet wurde für das gesamte ZKJPP außerdem eine gemeinsame positive Identifikationsmöglichkeit für Patientinnen und Patienten und die Mitarbeitenden gesucht (Konzept „Burg Lino“).

Aufgrund der konstant hohen Aufnahmenachfrage nach der erfolgten Umstrukturierung und innenarchitektonischen Neugestaltung, wurde das ZKJPP Ende 2015 durch einen Neubau mit zwei zusätzlichen Stationen erweitert. Das Konzept „Burg Lino“ wurde auch im Neubau übernommen. Das ZKJPP verfügt nun über sieben Stationen (zwei fakultativ geschlossene Akutstationen, eine offene Akutstation, zwei Psychotherapiestationen,

[2] dan pearlman, Markenarchitektur GmbH, Berlin

© 2018 Hogrefe Distributed under the Hogrefe OpenMind License (http://doi.org/10.1026/a000002)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000641 - Wednesday, May 01, 2024 11:53:19 PM - IP Address:3.135.246.193

zwei Kinderstationen) mit insgesamt 53 vollstationären Behandlungsplätzen.

Statistische Untersuchung

Erfasst wurden während des Zeitraumes von 2009 bis 2017 als abhängige Variablen die Belegungstage, die Zahl der stationären Aufnahmen, die Zahl der Aufnahmen gemäß Fürsorgerischer Freiheitsentziehung (FFE; bis 31.12.2012) oder Fürsorgerischer Unterbringung (FU; seit 1.1.2013) nach Schweizerischem Zivilgesetzbuch (ZGB) und die Verweildauern für Patienten, die gemäß FFE/FU untergebracht waren.

Berechnet wurden Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentanteile. Mittelwertunterschiede wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Die statistischen Berechnungen wurden mit SPSS 22.0 durchgeführt (SPSS Inc., Chicago, IL).

Workshops

In der Bestandsanalyse der ursprünglichen Bausubstanz zeigten sich u.a. sehr unterschiedliche Eingangs- und Wartebereiche, die z.T. als solche nicht ausreichend erkennbar und wenig einladend waren, lange, abweisend und kalt wirkende Flure, nüchterne Patientenzimmer, die keine Privatatmosphäre boten, nicht altersgemäß ausgestattete Aufenthaltsräume, nüchtern und nach praktischen Gesichtspunkten aufgestellte Küchen und Essräume. Zur Erfassung spezifischer Bedürfnisse bildeten Patientinnen und Patienten, Eltern und Mitarbeitende separate Zielgruppen. Die Zielgruppen wurden jeweils eigenen Workshops zugeteilt, die von Mitarbeitenden des Architekturbüros und der Klinik moderiert wurden. Vorgegebene Themen wurden im Anschluss für jede Zielgruppe qualitativ ausgewertet. Für eine künftige räumliche Gestaltung sollten Elemente einbezogen werden, die Halt und Sicherheit bieten, Raum für Privatsphäre schaffen, sinnliche Erfahrungen und Aufenthaltsqualität sowie Orte und Gelegenheiten zum Austausch und zur Kommunikation ermöglichen. Den Patientinnen und Patienten wurde in ihrer Bewertung die höchste Priorität zugeschrieben. In den fakultativ schließbaren Stationen wurde vor allem der Wunsch nach Ruhe und wenig Reizanregung geäußert, in den offenen Stationen hingegen waren es Wünsche nach Unterhaltung, einer Atmosphäre zum Wohlfühlen, nach einem „Zuhause auf Zeit“ und auch nach einem Platz für Privatsphäre. Die Kinder und Jugendlichen wurden aktiv in die Gestaltung der Räumlichkeiten miteinbezogen. Beispielsweise betraf dies die Farbgebung, die Entwicklung der stationseigenen Charaktere und diverse Stilelemente.

Konzept „Burg Lino“

Die Herleitung des Konzeptes „Burg Lino“ beruht auf den regionalen und geografischen Gegebenheiten des Klinikstandortes Littenheid im Kanton Thurgau. Die traditionsreiche Klinik ist in einem Tal gelegen, einer Schmelzwasserrinne der Würmeiszeit und hat einen idyllischen Dorfcharakter. Als Kommunikationskonzept wurde eine Geschichte gewählt, die einem modernen Märchen entspricht. Das Haus Linde des ZKJPP wird zu einer „Burg“, in der verschiedene Tiere und Fabelwesen wohnen. Für jede Station steht eines dieser Charaktere oder „Schutzpatrone“. Hinter jedem dieser Charaktere verbirgt sich eine eigene Geschichte, zu der eine psychiatrische Symptomatik gehört (Depression, ADHS, Schulangst, Borderline-Störung usw.). „Burg“ steht für Schutz und Geborgenheit. Der Burgdrache Lino ist der Hauptschutzpatron, der hilft und mit gutem Rat zur Seite steht. Er ist nie zu sehen, hinterlässt aber überall Spuren (z.B. durch Sprechblasen oder Fußspuren an den Wänden). Durch einen Farbcode wird eine stationseigene Orientierung möglich (unterschiedliche Blau-, Grün-, Violett-, Rot-, Orange- und Gelbtöne). Lichteffekte schaffen eine angenehme Atmosphäre in langen Fluren oder großen Räumen. Verschiedene Gestaltungselemente und Gadgets werden farblich kombiniert und zusammen mit den Charakteren in Lebensgröße in Wandgrafiken in den Fluren und Aufenthaltsräumen integriert. In den Aufenthaltsräumen („Lounges“) gibt es Sitznischen, stilisierte Kamine oder Rückzugsmöglichkeiten, die Raum für Gespräche anbieten. Interaktive Elemente wie z.B. selbst zu gestaltende Sprechblasen in den Patientenzimmern und Besprechungsräumen oder mit Kreide zu bemalende und in die Wände integrierte Tafelflächen in den Aufenthaltsräumen bieten unterschiedliche Kommunikationsmöglichkeiten (IW Design & Detail, 2013). Das Konzept „Burg Lino“ wird auf stationseigenen Flyern der Öffentlichkeit präsentiert und mehrere Comics mit den Charakteren der „Burg Lino“ erleichtern den Patientinnen und Patienten anhand verschiedener Geschichten den Beginn, den Verlauf und die Beendigung einer stationären Behandlung. Beispiele für einen Essraum, Aufenthaltsraum, Flur und ein Patientenzimmer sind auf den Abbildungen 1 bis 4 dargestellt.

Stationäre Aufnahmen und Belegungstage

Nach der räumlichen Umstrukturierung und innenarchitektonischen Neugestaltung im ZKJPP ab 2011 zeigte sich eine signifikante Zunahme der freiwilligen stationären Aufnahmen und der Behandlungstage (jeweils $p = .024$). Die Zahl der Aufnahmen gemäß FFE/FU zeigte sich weitgehend unverändert mit einer leichten Zunahme in den

© 2018 Hogrefe Distributed under the Hogrefe OpenMind License (http://doi.org/10.1026/a000002)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000641 - Wednesday, May 01, 2024 11:53:19 PM - IP Address:3.135.246.193

Abbildung 1. Ess- und Aufenthaltsraum in der Psychotherapiestation Linde G für Jugendliche.

Abbildung 4. Wandgrafik mit Szene verschiedener Charaktere im Flur der Kinderstation Linde C.

Abbildung 2. Aufenthaltsraum in der DBT-A- und DBT-Trauma-Station Linde D. „Schutzpatron" Dipsta im Hintergrund.

Abbildung 3. Zweibett-Patientenzimmer. Trennwände markieren den privaten Bereich und verhindern die Einsicht vom Eingangsbereich in einer offenen Psychotherapiestation für Jugendliche.

letzten beiden Jahren (Abbildung 5). Die prozentuale Auslastung der stationären Behandlungsplätze betrug im Zeitraum von 2009 bis 2011 durchschnittlich 85.8 % und steigerte sich während des Zeitraumes von 2012 bis 2017 auf durchschnittlich 102 %. Die meisten Patientinnen und Patienten, die gemäß FFE bzw. FU untergebracht waren, wurden in fakultativ geschlossen geführten Stationen behandelt. Für den Zeitraum von 2009 bis 2011 lag der Anteil der Behandlungstage von Patientinnen und Patienten, die unfreiwillig im fakultativ geschlossenen Bereich behandelt wurden, zwischen 60 bis 80 % und im Zeitraum von 2012 bis 2017 zwischen 40 bis 60 %. Die durchschnittliche Behandlungsdauer unfreiwillig untergebrachter Patientinnen und Patienten im fakultativ geschlossenen Bereich verringerte sich von durchschnittlich 49 ± 9 Tagen (2009–2011) auf 40.6 ± 8 Tage (2012–2017). Für freiwillig aufgenommene Patientinnen und Patienten lag die Verweildauer für die gleichen Zeiträume bei durchschnittlich 71.4 ± 24 vs. 56.6 ± 6.9 Tagen. Bezogen auf alle Patientinnen und Patienten des ZKJPP senkte sich der Anteil der Behandlungstage bei unfreiwilligen Aufnahmen im Mittel von ca. 42 % im Jahr 2009 auf 31 % im Jahr 2017.

Diskussion

Um den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden und ein integriertes und harmonisches therapeutisches Milieu zu schaffen, entwickelte das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Littenheid zusammen mit einer Markenarchitekturfirma ein neues und in der Schweiz einzigartiges Konzept zur innenarchitektonischen Gestaltung der Klinik. Besonders erfolgreich war der aktive Einbezug der unterschiedlichen Zielgruppen. Die Kinder und Jugendlichen und die Mitarbeitenden zeigten ein sehr hohes Engagement, viel

© 2018 Hogrefe Distributed under
the Hogrefe OpenMind License (http://doi.org/10.1026/a000002)

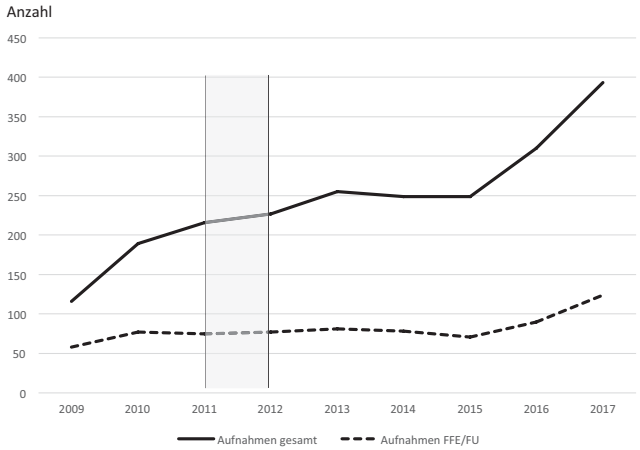

Abbildung 5. Jährliche stationäre Aufnahmen und Anteil unfreiwilliger Aufnahmen gemäß FFE bzw. FU (siehe Text). Der hellgraue Raum zwischen den Linien markiert den Zeitraum vom Beginn der Umstrukturierung bis zum Abschluss der konzeptuellen innenarchitektonischen Neugestaltung.

Kreativität und Freude bei der Entwicklung und Umsetzung des Konzeptes „Burg Lino". Die Mitwirkung bei der Gestaltung und Entscheidungsprozessen im Sinne eines partizipativen Ansatzes führte auch zu einer Übernahme von Verantwortlichkeit.

Akzeptanz „Burg Lino"

Von allen Zielgruppen wurde „Burg Lino" während der Entwicklungsphase mit großem Interesse, Neugier und Bereitschaft zur Mitarbeit angenommen. Eine anfängliche Skepsis einzelner Mitarbeitender konnte während der Umsetzung aufgelöst werden. Patientinnen und Patienten fügen sich mehrheitlich schnell in das Stationsleben ein. „Burg Lino" bietet für viele eine Brücke und motiviert zur Integration in das therapeutische Milieu. Verschiedene Elemente der Schutzpatrone, wie z. B. eine Schatzkiste und ein Steuerrad des Piraten Betha, der Schiffbruch erlitten hat, werden in Gruppensitzungen oder bei Abschiedsfeiern eingesetzt. Auf einer Kinderstation (Altersgruppe unter 10 Jahre) werden Handpuppen genutzt. Sachbeschädigungen haben, so der Eindruck der Mitarbeitenden, seit der Umgestaltung abgenommen und die Patientinnen und Patienten gehen sorgsamer mit den Räumen und Einrichtungsgegenständen um. Die Klinikschule veröffentlicht monatlich ein Heft mit verschiedensten Texten und Bildern der Kinder und Jugendlichen. Oftmals werden hier Elemente von „Burg Lino" als Thema gewählt oder in die Geschichten eingebaut. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe widmet sich kontinuierlich dem Konzept „Burg Lino". 2013 war Clienia – Burg Lino Winner des ICONIC Awards für Innenraumgestaltung (Rat für Formgebung, 2013) und 2015 wurde die Klinik mit dem Silbernen Sonderpreis der Jury des KlinikAward prämiert.

Beziehung und Identität

Insbesondere für Kinder und Jugendliche spielt die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zu den Mitarbeitenden des Behandlungsteams im stationären Behandlungskontext eine herausragende Rolle (Green & Burke, 1998). Für die architektonische Gestaltung in psychiatrischen Kliniken kommen deswegen nach Fricke et al. (2019) vor allem solche Maßnahmen in Betracht, die die interpersonalen oder therapeutischen Beziehungen fördern. Das Konzept „Burg Lino" hat das Thema „Beziehung" durch das kombinierte Raum- und Kommunikationskonzept zu seiner zentralen Aufgabe gemacht und erscheint deswegen für diese Altersgruppe mit psychischen Problembereichen besonders gut geeignet. Die Zuordnung von Charakteren oder „Schutzpatronen" mit bestimmten psychischen Symptomen zu Stationen schafft darüber hinaus Gruppenidentitäten. Das kann Kinder und Jugendliche dabei unterstützen, eigene Persönlichkeitsmerkmale zu entwickeln. Konzept „Burg Lino" initiiert auch einen gemeinsamen therapeutischen Prozess, entsprechend einem milieutherapeutischen Umgang. Die im stationären Kontext stehende Beziehungsaufnahme und -gestaltung zu Kindern und Jugendlichen kann das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ändern, zur Zunahme internaler und Abnahme externaler Kontrollüberzeugungen führen sowie zur Abnahme aggressiver Verhaltensweisen und Einstellungsänderungen von dissozialen zu prosozialen Einstellungen (Hirschberg, 1999). Die subjektiv wahrgenommenen geringeren Sachbeschädigungen auf den Stationen können Ergebnis dieser Beziehungsgestaltung sein. Der aktive Einbezug in Konzeptentwicklung und -gestaltung hat schließlich Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit. Zufriedenheit am Arbeitsplatz wird vor allem durch Faktoren erzeugt, die den Arbeitsinhalt betreffen, sogenannte Motivatoren. Sie haben u. a. Einfluss auf Anerkennung, Arbeitsinhalt, Verantwortung und Entfaltungsmöglichkeiten (Holtbrügge, 2018).

Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit

Die Zuweisung von Kindern und Jugendlichen zur stationären psychiatrischen Behandlung im Rahmen einer ärztlichen oder behördlichen Unterbringungsmaßnahme (in der Schweiz erfolgte dies bis 2012 gemäß FFE bzw. ab 2013 werden die Unterbringungsmaßnahmen gemäß FU geregelt, s. o.) erfolgt oftmals in Notfall- oder Krisensitua-

© 2018 Hogrefe Distributed under the Hogrefe OpenMind License (http://doi.org/10.1026/a000002)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000641 - Wednesday, May 01, 2024 11:53:19 PM - IP Address:3.135.246.193

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000641 - Wednesday, May 01, 2024 11:53:19 PM - IP Address:3.135.246.193

tionen, die mit psychischen Symptomen oder psychiatrischen Störungen bei den Betroffenen einhergehen, oder in besonderen Gefährdungssituationen. Auch Angehörige oder Personen aus dem Umfeld der Kinder und Jugendlichen können schwer belastet oder überfordert sein. Eine Unterbringungsmaßnahme wird unter den genannten Voraussetzungen in der Regel erst erforderlich, wenn eine freiwillige Aufnahme der Betroffenen oder eine Zustimmung der Sorgeberechtigten verweigert wird. Erwartungsgemäß ist die Zahl der unfreiwilligen Zuweisungen auch nach der Umstrukturierung und konzeptuellen Neugestaltung des ZKJPP relativ konstant geblieben, sie ist in den letzten Jahren sogar leicht angestiegen. Das entspricht dem Trend in der Erwachsenenpsychiatrie, wonach in vielen Ländern eine Zunahme unfreiwilliger Aufnahmen zu beobachten ist (Jendreyschak et al., 2014). Der Anteil der unfreiwilligen Aufnahmen im ZKJPP (21.9 % im Jahr 2016) liegt im schweizweiten Durchschnitt (21.7 %; Harfst et al., 2017) und ist niedriger als in Deutschland (Jendreyschak et al., 2014) und Finnland (Ellila et al., 2008).

Die Freiwilligkeit zu Beginn einer stationären psychiatrischen Behandlung ist der beste protektive Faktor vor Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Bleibt die Freiwilligkeit während der stationären Behandlung bestehen, verringert sich das Risiko für Zwangsmaßnahmen um mehr als zwei Drittel (Flammer, Steinert, Eisele, Bergk & Uhlmann, 2013). Die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik mit offenen Türen eröffnet für Patienten, deren Angehörige, die Mitarbeitenden einer Klinik und auch die Zuweisenden eine erhebliche qualitative Verbesserung im therapeutischen Kontext. Es zeigt sich, dass mehr Interaktionen stattfinden, sich die Behandlungsangebote erweitern und verbessern und das Umfeld wertschätzender mit zwangseingewiesenen Patienten umgeht. Die Patientenautonomie und die therapeutische Beziehung werden dadurch gefördert. Andererseits fördert der Entzug von Freiheit und Autonomie problematisches Verhalten (Lang, 2012).

Verweildauer

Obwohl in den letzten Jahren im ZKJPP ein Trend der Zunahme an Zuweisungen gemäß FU zu verzeichnen ist, ist jedoch der prozentuale Anteil der Behandlungstage von unfreiwillig zugewiesenen Patientinnen und Patienten um ca. 10 % zurückgegangen. Dieser Effekt ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Zahl freiwilliger stationärer Behandlungen nach den strukturellen und innenarchitektonischen Veränderungen signifikant angestiegen ist. Andererseits haben sich die Verweildauern der freiwilligen stationären Behandlungen von 2009 bis 2017 mehr als halbiert. Die Reduktion des prozentualen Anteils der Behandlungstage nach unfreiwilliger Aufnahme ist am deutlichsten im fakultativ geschlossenen Bereich ausgeprägt und hat dort nach Einführung der strukturellen und räumlichen Veränderungen die Verkürzung der Verweildauern um ca. 20 % direkt zur Folge. Die Verringerung der Verweildauern ist unseres Erachtens nicht primär Folge der hohen Nachfrage, sondern steht vielmehr in Zusammenhang mit den verbesserten strukturellen Abläufen und den Veränderungen in den Stationen nach der architektonischen Neugestaltung. Ein Zusammenhang zwischen architektonischer Gestaltung und Verringerung der Aufenthaltsdauern ist nicht ohne Weiteres belegbar, weil die Dauer eines stationären Aufenthaltes durch zahlreiche andere Variablen mitbedingt sein kann. Personelle und krankheitsbezogene Faktoren spielen sicherlich eine große Rolle hierbei (Jendreyschak et al., 2014). Externe Umfeldbedingungen können ebenfalls als mögliche Einflussfaktoren die Aufenthaltsdauer beeinflussen, da sie in einigen Fällen von der Planung und Umsetzung außerhäuslicher Anschlusslösungen mitbedingt wird oder sogar ganz von ihnen abhängt. Die beschriebenen Veränderungen im Rahmen der stationären Behandlung im ZKJPP sind nach Ansicht der Autoren vor allem auf die Einführung des Konzeptes „Burg Lino“ und den damit verbundenen baulichen Maßnahmen einschließlich der Umstrukturierungsmaßnahme zu kleineren stationären Einheiten zurückzuführen. Diese tragen dazu bei, dass sich der Anteil an freiwilligen Patientinnen und Patienten erhöht und die Verweildauer von unfreiwillig untergebrachten Patientinnen und Patienten im fakultativ geschlossenen Bereich deutlich verringert hat. Gründe hierfür können einerseits die durch die innenarchitektonischen Maßnahmen verbesserte Akzeptanz und höhere Therapiemotivation sowie ein besseres Commitment der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern sein und andererseits eine höhere Arbeitszufriedenheit und Identifikation mit dem Konzept „Burg Lino“ bei den Mitarbeitenden.

Schlussfolgerung

Die architektonische Gestaltung psychiatrischer bzw. kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken wurde in Bezug auf die Behandlung und die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten bisher nur wenig beachtet. Aufgrund der geringen Datenlage sind die Effekte auch nicht gut evaluiert. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass durch geeignete Raumgestaltung und andere architektonische Maßnahmen der therapeutische Prozess positiv beeinflusst werden kann – und zwar sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeitenden. So finden sich Einflüsse u. a. auf selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, Verminderung von Aggressivität, Häu-

© 2018 Hogrefe Distributed under the Hogrefe OpenMind License (http://doi.org/10.1026/a000002)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000641 - Wednesday, May 01, 2024 11:53:19 PM - IP Address:3.135.246.193

figkeit von Zwangsmaßnahmen, Art und Umfang der Medikation, eine Verringerung der Verweildauern und des Anteils unfreiwilliger Unterbringungen. Die moderne stationäre psychiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sollte helle Räumlichkeiten, Tageslicht und eine angenehme Lichtarchitektur nutzen. Ein- bis Zweibettzimmer mit eigenen Sanitäranlagen oder Mehrbettzimmer mit Raumteilern schaffen eine private Atmosphäre. Durch unterschiedliche Farbgebung und innenarchitektonische Stilelemente können individuelle Bereiche auch in Mehrbettzimmern sichtbar gemacht werden. Aufenthaltsräume sollten Rückzugsmöglichkeiten bieten, die Raum für private bzw. familiäre Treffen und Gespräche zulassen. Farben, Formen und Materialien sind aufeinander abzustimmen und dabei die Bedürfnisse der Anspruchsgruppen zu berücksichtigen. Der von uns genutzte partizipative Ansatz hat sich bei Kindern und Jugendlichen sehr bewährt. Im Kinder- und Jugendbereich erscheint das Angebot einer Identifikationsmöglichkeit besonders wertvoll. Langfristig sind die Effekte architektonischer Gestaltung in Bezug auf Aspekte der Gesundheitsökonomie, der Qualität der Gesundheitsversorgung und der Lebensqualität zu überprüfen.

Literatur

Becker, K., Schmidtke, A. & Glasow, N. (2019). Suizidpräventive Architektur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 47*, 9–18.

Dresler, T., Rohe, T., Weber, M., Strittmatter, T. & Fallgatter, A.J. (2015). Effects of improved hospital architecture on coercive measures. *World Psychiatry, 14*, 105–106.

Ellila, H.T., Sourander, A., Välimäki, M., Warne, T. & Kaivosoja, M. (2008). The involuntary treatment of adolescent psychiatric inpatients – A nation-wide survey from Finland. *Journal of Adolescence, 31,* 407–419.

Feeney, L., Kavanagh, A., Kelly, B.D. & Mooney, M. (2007). Moving to a purpose built acute psychiatric unit on a general hospital site – does the new environment produce change for the better? *Irish Medical Journal, 100,* 391–393.

Felkins, B., Guthrie, M. & Walch, J. (1991). Voluntary or involuntary status of 50 adolescent inpatients. *Hospital & Community Psychiatry, 42,* 1062–1063.

Flammer, E., Steinert, T., Eisele, F., Bergk, J. & Uhlmann, C. (2013). Who is subjected to coercive measures as a psychiatric inpatient? A multi-level analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 9,* 110–119.

Fricke, O.P., Halswick, D., Längler, A. & Martin, D.D. (2019). Healing Architecture for Sick Kids – Concepts of Environmental and Architectural Factors in Child and Adolescent Psychiatry. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 47*, 27–33.

Giacco, D. & Priebe, S. (2016). Suicidality and hostility following involuntary hospital treatment. *PLOS ONE, 11*, e0154458.

Green, J. & Burke, M. (1998). The ward as a therapeutic agent. In J. Green & B. Jacobs (Eds.), *In-patient child psychiatry. Modern practice, research and the future* (pp. 93–109). London: Routledge.

Harfst, E., Bührlen, B. & McKernan, S. (2017) *Nationaler Vergleichsbericht: Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie – Nationale Messungen stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Indikatoren „Symptombelastung" und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen").* Bern: Nationaler Verein für Qualitätsmessung in Spitälern und Kliniken ANQ.

Hirschberg, W. (1999). Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 48,* 247–259.

Holtbrügge, D. (2018). *Personalmanagement* (7. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.

Hustoft, K., Larsen, T.K., Auestad, B., Joa, I., Johannessen, J.O. & Ruud, T. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry, 36,* 136–143.

IW Design & Detail. (2013) New project nordic bros design community apartment & house. *Archiworld, 113,* 24–29.

Jendreyschak, J., Illes, F., Hoffmann, K., Holtmann, M., Haas, C.-R., Burchard, F. et al. (2014). Voluntary versus involuntary hospital admission in child and adolescent: A German sample. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23,* 151–161.

Karlin, B.E. & Zeiss, R.A. (2006). Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: Toward best practices. *Psychiatric Services, 57*, 1376–1378.

Lang, U. (2012). Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. *Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie.* Berlin: Springer.

Martin, V., Kuster, W., Baur, M., Bohnet, U., Hermelik, G., Knopp, M. et al. (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen ist ein Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken. *Psychiatrische Praxis, 34,* 26–33.

Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S. & Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 205,* 171–176.

Rat für Formgebung. German Design Council. (2013). Clienia – Burg Lino. *Die ganze Welt der Architektur*, 294–295.

Remschmidt, H. & van Engeland, H. (1999) *Child and adolescent psychiatry in Europe*. Darmstadt: Steinkopff & Springer.

Rohe, T., Dresler, T., Stuhlinger, M., Weber, M., Strittmatter, T. & Fallgatter, A.J. (2017). Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Nervenarzt, 88,* 70–77.

Salize, H.J. & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry, 184,* 163–168.

Steiger, T. (2008). Leistung und Verhalten beeinflussen. In T.M. Steiger & E. Lippmann (Hrsg.), *Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte* (3. Aufl., S. 114–120). Heidelberg: Springer.

van der Schaaf, P.S., Dusseldorp, E., Keuning, F.M., Janssen, W.A. & Noorthoorn, E.O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric. *British Journal of Psychiatry, 202,* 142–149.

Historie
Manuskript eingereicht: 12.07.2018
Nach Revision angenommen: 15.11.2018
Artikel online: 18.12.2018

Interessenkonflikt
Nein

Lars Wöckel
Clienia Littenheid AG
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hauptstr. 130, 9573 Littenheid, Schweiz

lars.woeckel@clienia.ch

© 2018 Hogrefe Distributed under the Hogrefe OpenMind License (http://doi.org/10.1026/a000002)