Verlauf und Einflussfaktoren der Öffnungszeiten von teiloffen geführten psychiatrischen Akutstationen

■ **M. Neuenschwander, P. C. Meyer, D. Hell**

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Summary

Neuenschwander M, Meyer PC, Hell D. [Trend and influencing factors of "open rate" in psychiatric admission units.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2003;154:20–7.

During the last decades a major international trend in psychiatric care has been the deinstitutionalisation of the care providing system. The open-door policy as an alternative style of treatment was developed in Great Britain in the fifties of the last century with a peak of popularity in the seventies. Nevertheless, there was a rather low acceptance in the German-speaking countries. The process towards a community-oriented psychiatric operating organisation has been associated with expectations to preserve or improve patients' psychosocial functioning, an improved ward atmosphere, better compliance with psychiatric treatment and acceptance of rehospitalisation.

Since 1994 the Psychiatric Hospital of Zurich has a selective open-door policy under which entrance doors to wards are left unlocked except when there is risk of escape, suicide or dangerous behaviour. The present study analyses changes in the rate doors are left unlocked ("open rate") and factors that influence this rate, and this in six wards.

Data concerning opening hours, structure of the wards and various clinical aspects of the inpatients such as diagnosis, suicidal danger and compulsory measures were used. The data was taken from logs of the wards and basic psychiatric statistics respectively. Consequently a questionnaire to gather the data needed was not necessary. We focussed on a period of 27 months from 1995 to 1997. The sample consisted of 4926 recorded days from five general emergency units with compulsory admission (including mentally ill offenders) and one unit specialising in depression and anxiety with a slightly different treatment setting.

All five emergency units were on average (partially) open for only 14% of recorded days where the rate for the unit specialising in affective disorders was 94%. So this ward used for control purposes was mostly operated on a fully open-door basis. For the emergency units a significant downward trend in the "open rate" was observed over the course of the study period. Multiple regression was carried out to investigate factors which are relevant to the operating system of the admission units. In addition to time, forced isolation turned out to be an important predictor for the "open rate". Other variables assumed to be important did not significantly add to the prediction of the dependent variable. Contrary to the hypothesis, there is no relationship between the level of patient turnover or number of diagnoses associated with high-risk situations and the "open rate".

With regard to the available data it is hardly possible to figure out the real potential factors of influence. Without doubt an open-door policy vitally depends on the size and experience of the nursing staff, the turnover of patients, patients' need for a save place and treatment aspects. If the unit has no option of refusing admission to some patients and if the unit is geared to short-stay treatment, the open-door system is inevitably restricted.

Keywords: psychiatric admission unit; open-door

Einleitung

Das Konzept der offenen stationären Psychiatriebehandlung (Open-door-System) wurde in den 1950er Jahren in England initiiert [1, 2] und basiert auf der Überzeugung, dass mehr Öffnung im klinischen Alltag ein therapeutisches Hilfsmittel darstellt. Der Fokus liegt dabei auf einem therapeutischen Milieu, das sich von einem reinen Institutionalismus absetzt, den Aufbau von therapeutischen

Korrespondenz:
Dr. phil. Martin Neuenschwander
Psychiatrische Universitätsklinik
Forschungsgruppe Public Mental Health PMH
Lenggstrasse 31
CH-8029 Zürich
e-mail: martin.neuenschwander@bli.unizh.ch

Gemeinschaften vorsieht, rechtzeitige Rehabilitationsmassnahmen fördert und damit das Image der psychiatrischen Institution verbessert [1, 3, 4]. Die psychiatrische Betreuung und Therapie hat sich in diesem Sinn während der letzten Jahrzehnte vielerorts stark verändert, wobei die Neuausrichtung durch die Entwicklung einer modernen Psychopharmakotherapie merklich begünstigt wurde. Das Open-door-System fühlt sich einem milieutherapeutischen Konzept verpflichtet. Das dabei angestrebte Ziel besteht darin, dass die Selbstverantwortung und die soziale Kompetenz der Patientinnen und Patienten bereits während der stationären Behandlung gezielt gefördert und verbessert werden und dass dadurch die Rückkehr der psychisch Kranken in ihre angestammte Umgebung erleichtert oder erst möglich gemacht wird. Ein offenes Setting wirkt der Stigmatisierung psychisch Kranker entgegen und erhöht damit deren Bereitschaft, im Bedarfsfall erneut in die Klinik einzutreten [5, 6]. Wie jüngere Studien zeigen, werden die gewährten Freiheiten von den Patienten selbst als wichtige Faktoren eingeschätzt [7, 8]. Offene Psychiatrie ist allerdings nicht gleichzusetzen mit geöffneten Türen. Von entscheidender Bedeutung ist eine *offene Atmosphäre* auf den Stationen, was soviel heisst wie: Offenheit auf der Beziehungsebene, Anteilnahme und respektvolle Kommunikation, die Mobilisation gesunder Patientenanteile und ein Minimum an Autoritarismus [9]. Vor diesem Hintergrund ist zumindest bis zu einem gewissen Grad ein «offenes» Setting auch hinter verschlossenen Türen denkbar [10].

Das Open-door-System findet dort seine Grenzen, wo entweder das Personal für eine entsprechende Betreuung fehlt oder die Stationen aus Sicherheitsgründen restriktiver geführt werden müssen (z.B. bei Selbst- oder Fremdgefährdung der Patienten oder bei psychisch kranken Rechtsbrechern). In diesem Fall stellt die *teiloffene* Führung von Krankenstationen einen Ausweg dar [11, 12], was bedeutet, dass die Stationen grundsätzlich offen geführt, aber im Bedarfsfall jederzeit geschlossen werden können.

Fragestellung, Hypothesen und Methodik

Nach eingehender Diskussion mit dem betroffenen Personal entschloss sich die ärztliche Leitung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, im Laufe der Jahre 1993 und 1994 sukzessive alle Akutstationen auf eine teiloffene Führung umzustellen, um damit einen milieutherapeutischen Rahmen zu schaffen [5]. Diese Teilöffnung wurde von Anfang an wissenschaftlich begleitet, indem nebst der Stationsatmosphäre auch die Veränderung der Komplikationsrate (d.h. die Häufigkeit besonderer Vorkommnisse) vor und nach der Teilöffnung evaluiert wurde [9, 13]. Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Öffnungszeiten von 6 Aufnahmestationen an der PUK Zürich erneut zu untersuchen.

Das Behandlungsteam hatte vor der Untersuchung zunehmend den Eindruck, dass sich die Öffnungszeiten insbesondere der ausgewählten Akutstationen sukzessive verkürzten. Das Hauptziel der vorliegenden Studie besteht aus aktuellem Anlass darin, Struktur und Verlauf der tatsächlichen Öffnungszeiten aufzuzeigen und zu charakterisieren. In zweiter Priorität interessieren auch die Hintergründe allfälliger Veränderungen bei den Öffnungszeiten. Fragen und Hypothesen zu den Einflussfaktoren der Stationsöffnungszeiten schliessen sich deshalb an. Dem Erhellen dieser Hintergründe sind deshalb enge Grenzen gesetzt, weil für diesen Zweck keine spezifischen Daten erhoben wurden. Die vorliegende Studie beschränkt sich auf Daten, die im klinischen Alltag routinemässig im Rahmen der Stationsführung und der Psychiatriestatistik erhoben werden.

Die Regelung der Öffnungszeiten ist aus administrativen Gründen abhängig vom «Turnover» der Patientinnen und Patienten, konkret also von Ein-, Aus- und Übertritten auf andere Stationen. Bei Eintritten müssen die Stationstüren in manchen Fällen geschlossen werden, bis die ärztlichen Abklärungen vollständig erfolgt sind, und können – soweit es die Bedingungen zulassen – erst danach wieder geöffnet werden. Eine naheliegende Hypothese lautet somit, dass sich eine erhöhte Bewegungsrate beschränkend auf die Öffnungszeit auswirkt. Als weiteres ist der Einfluss von Patienten mit einem erhöhten Risiko betreffend Selbst- und Fremdgefährdung und den damit verbundenen Schutz- und Vorsichtsmassnahmen auf die Öffnung der Stationen zu untersuchen. Eine entsprechende Hypothese lautet, dass Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnosen, die eine erhöhte Komplikationsrate implizieren (Selbst- oder Fremdgefährdung, Fluchtgefahr) und in diesem Zusammenhang Zwangsmassnahmen erforderlich machen, eine restriktivere Öffnungszeit bedingen. Als Diagnosen mit einem erhöhten Gefahrenpotential gelten Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen (ICD-10-Diagnose F1), schizophrene und schizoaffektive Störungen (F20 und F25), affektive Störungen mit manischen und/oder psychotischen Komponenten (F31, F32, F33) sowie Borderline-Störungen (F60.31). Damit in Verbindung steht die Hypothese, dass je häufiger Isolationen vorgenommen werden müssen und je höher das Risiko

von suizidalen Handlungen eingeschätzt wird, desto geringer werden die Öffnungszeiten ausfallen.

Die Stationen weisen einen Sollbestand von je 17 bzw. 18 Betten auf. Die Datenerhebung lief während dem ersten Quartal 1995 und während den Jahren 1996 und 1997, d.h. insgesamt während 27 Monaten oder 821 Kalendertagen.

Die gewünschten Daten konnten mit bereits bestehenden Erhebungsinstrumenten gewonnen werden, als Basis dazu dienten die Tagesrapporthefte der einzelnen Stationen und die Basisdaten, die im Rahmen der stationären Psychiatriestatistik zu Planungs- und Forschungszwecken erhoben werden [14–16]. Damit stehen pro Kalendertag in aggregierter Form Daten zur Verfügung zur Struktur der Stationen (Bettenbestand, Geschlechterzusammensetzung, Stationsöffnungszeiten), zum Turnover der Patienten (Ein-, Aus-, Übertritte, Beurlaubungen), zu Art und Häufigkeit besonderer Ereignisse (Entweichungen, Selbst- und Fremdgefährdung) und zu erfolgten Zwangsmassnahmen (Isolationen und Injektionen). Die Messung all dieser Merkmale beschränkt sich auf die Auftretenshäufigkeit der entsprechenden Ereignisse, ohne Angabe weiterer Details. So erschöpft sich die Messung der Variable «Isolation» darin, festzustellen, wie viele Isolationen das Stationspersonal während einer bestimmten Zeit vornahm. Über die Verknüpfung mit den Basisdaten sind ausserdem Angaben zu den Diagnosen bei Eintritt und zum Schweregrad der Erkrankung verfügbar. Der Schweregrad der Erkrankung wurde mit der Fremdbeurteilungsskala «Clinical Global Impressions» CGI gemessen [17].

Als Erhebungseinheit figuriert der Kalendertag. Für die 6 Stationen und die insgesamt 27 Monate Beobachtungszeit resultiert somit eine Stichprobengrösse von N = 4926. Unter den 6 Aufnahmestationen befinden sich 5 Akutstationen der Grundversorgung sowie eine Spezialstation für Angst- und Depressionserkrankungen. Die 5 Akutstationen haben die Aufgabe, die in zwei Sektoren aufgeteilte Grund- oder Regelversorgung der Psychiatrieregion Zürich sicherzustellen. Das heisst insbesondere, dass sie verpflichtet sind, alle Notfälle (auch aus Gefängnissen) aufzunehmen. Die Spezialstation für Depressions- und Angsterkrankungen wird zu Vergleichszwecken mitberücksichtigt. Wie die Bezeichnung sagt, beschränkt sich diese Station auf Patienten mit Depressionen und Angststörungen. Die Station ist im Gegensatz zu den Akutstationen nicht an ein festes Versorgungsgebiet gebunden (übersektorielles Einzugsgebiet), behandelt überdurchschnittlich viele Privatpatienten und verfügt über ein etwas erweitertes und spezialisiertes Therapieangebot. Dadurch ist es dieser Station eher möglich, ein vom Open-door-System implizites milieutherapeutisches Stationsklima zu entwickeln. Die Frage ist, ob sich längere Öffnungszeiten empirisch nachweisen lassen.

Resultate

In Tabelle 1 sind Strukturmerkmale der Stationsöffnungszeiten enthalten, wobei die Angaben für die 5 Akutstationen und für die Angst- und Depressions-Station separat aufgeführt sind. Der Unterschied zwischen den beiden Stationstypen ist deutlich: Die Akutstationen werden lediglich an 572 Tagen von insgesamt 4105 (teil)offen geführt, was einem Anteil von lediglich 14% entspricht, während die entsprechende Quote bei der Angst-/Depressions-Station mit 62% um ein mehrfaches höher liegt. Bei den Akutstationen kann auch deshalb bestenfalls von einer Teilöffnung gesprochen werden, weil an Tagen mit offenen Türen die durchschnittliche Öffnungsdauer mit 6,2 Stunden nicht mehr als 57% des «Sollwertes», also der administrativ vorgesehenen Öffnungszeit[1], ausmacht. Bei der Spezialstation liegt die entsprechende Quote bei 94% und belegt, dass in diesem Fall von einer weitgehend offen geführten Station gesprochen werden kann. Auffällig ist für alle 6 Stationen, dass sich die geöffnete Zeit überwiegend auf *eine* Öffnungsphase beschränkt, was bedeutet, dass die Stationen – einmal geschlossen, aus welchen Gründen auch immer – für den Rest des Tages geschlossen bleiben.

Die weiteren Analysen beschränken sich auf die 5 Akutstationen der sektorisierten Grundversorgung.

Der Verlauf der geöffneten Zeit ist für die 5 Akutstationen in der Graphik visualisiert (Abb. 1). Auf der Abszisse sind die 27 Monate der Untersuchungszeit eingetragen, auf der Ordinate befinden sich die mittleren Öffnungsquoten in % (feine gezackte Linie). Die Kurve ist unruhig und schwankt je nach Monat erheblich zwischen 1 und 22%. Wird der Verlauf mit einer Anpassungskurve[2] approximiert (fette Linie), zeigt sich zwar nicht ein dramatischer, aber ein dennoch klar ersichtlicher Trend nach unten: d.h., die Öffnungsquote nimmt

1 Die vom Stationsreglement vorgesehene Öffnungszeit («Sollwert») erstreckt sich an Werktagen von 09.30 bis 20.00 Uhr (10,5 Std.) und an Wochenenden bzw. Feiertagen von 07.15 bis 20.00 (12,75 Std.).

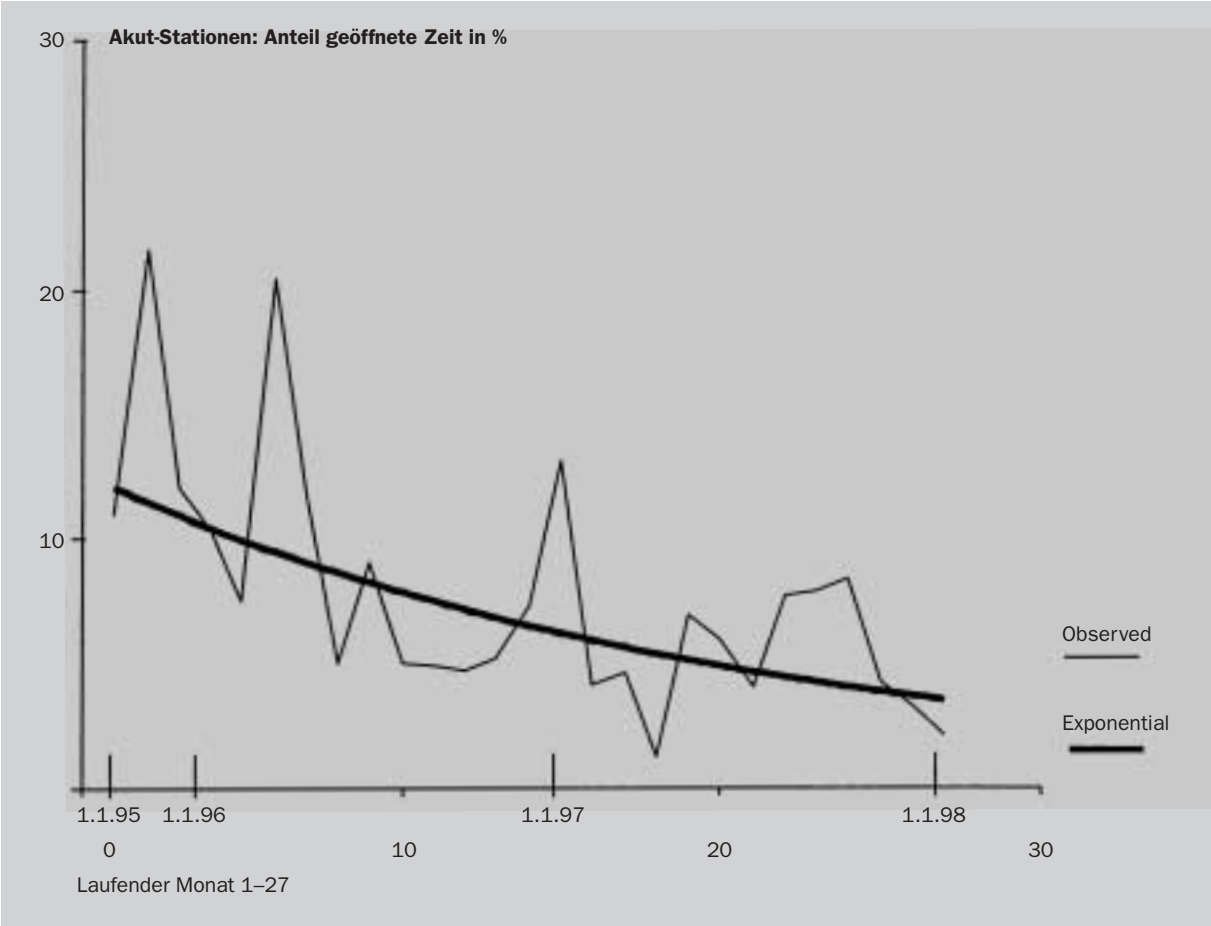
2 Die Anpassungskurve basiert auf Schätzwerten einer entsprechenden Regressionsanalyse der Öffnungszeit auf den zeitlichen Verlauf.

Tabelle 1 Strukturangaben zur Öffnungszeit getrennt nach Stationstyp. Die Daten beziehen sich auf 5 Akutstationen und eine Spezialstation für Angst und Depression der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich.

	Stationstyp	
	5 Akutstationen	**1 Angst-/Depressions-Station**
Anzahl untersuchte Stationstage	N = 4105 (100%)	N = 821 (100%)
Anteil Tage mit (Teil-)Öffnung	N = 572 (13,9%)	N = 527 (62,2%)
Öffnungszeiten an Tagen mit (Teil-)Öffnung		
Mittelwert (Anteil Sollwert*)	6,2 Std. (56,7%)	10,5 Std. (94,2%)
Standardabweichung	3,2 Std.	2,6 Std.
Median	6,0 Std.	12,0 Std.
Anzahl Öffnungsphasen pro Tag		
0	86,1%	35,8%
1	11,1%	60,4%
2	2,4%	3,6%
3	0,4%	0,1%
4	–	0,1%
	100%	100%

* Die vom Stationsreglement vorgesehene Öffnungszeit (Sollwert) erstreckt sich an Werktagen von 09.30 bis 20.00 Uhr (10,5 Std.) und an Wochenenden bzw. Feiertagen von 07.15 bis 20.00 Uhr (12,75 Std.).

Abbildung 1 Verlauf des prozentualen Öffnungsanteils von 5 Akutstationen der PUK Zürich während insgesamt 27 Monaten. Zeitlich abgedeckt ist das erste Quartal 1995 sowie die beiden Jahre 1996 und 1997 (feine Linie). Die Kurvenanpassung (fette Linie) verdeutlicht den abnehmenden Trend.



in Übereinstimmung mit der aufgestellten Hypothese während der Untersuchungszeit ab, wobei der Trend hochsignifikant ausfällt ($F = 72{,}83$; $p = 0{,}0000$).

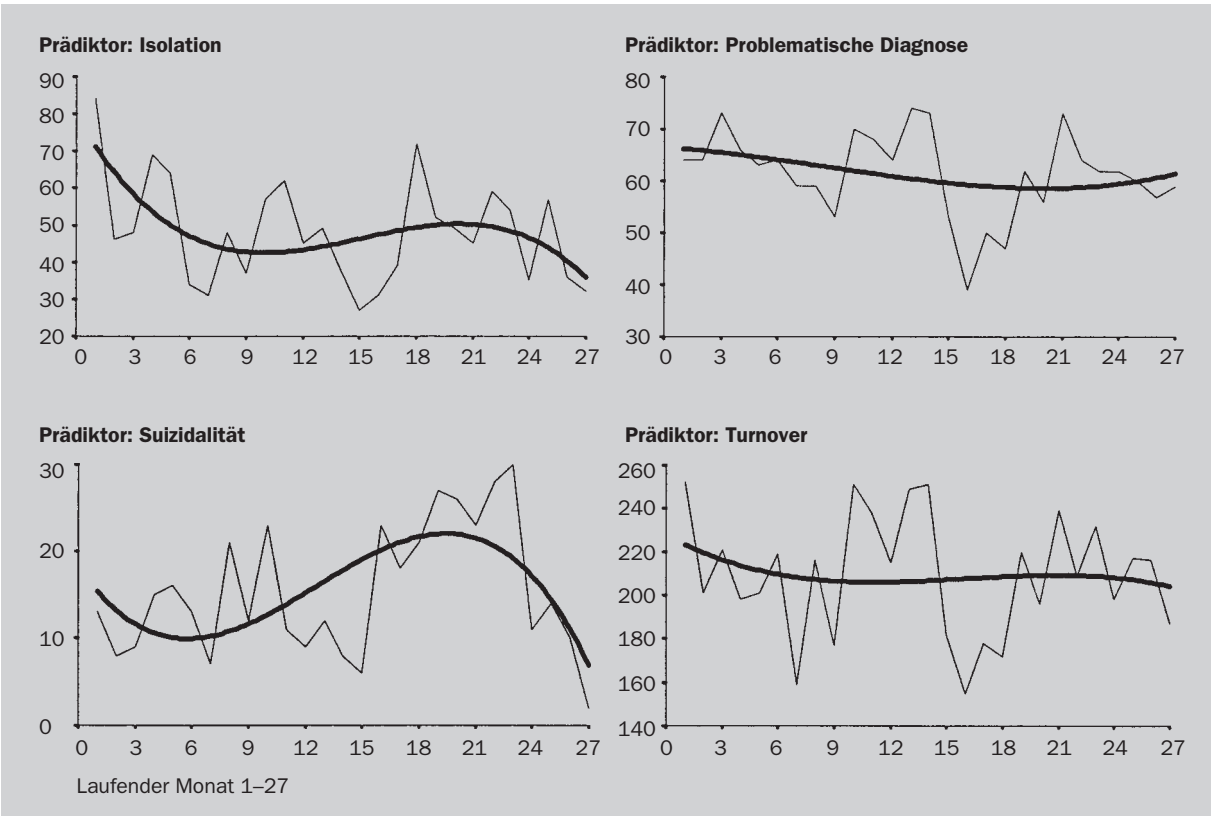
Relevante Prädiktoren für die Öffnungszeit wurden mit schrittweisen multiplen Regressionsanalysen gemäss den aufgestellten Hypothesen analysiert (Tab. 2). Ins Modell wurden nebst der Zeitvariable (Monat) sämtliche Variablen aufgenommen, die gemäss Hypothesen einen Effekt auf die Öffnungszeit haben können. Konkret also Variablen zur Struktur der Stationen (Geschlechterzusammensetzung, Auslastungsgrad der Station), Variablen zur Bewegungsrate (Ein- und

Tabelle 2 Schrittweise Regressionsanalyse der Öffnungszeit (gesamte Öffnungszeit in Minuten pro Tag) auf relevante Prädiktorvariablen; berücksichtigt sind Daten von 5 Akutstationen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich; N = 1779.

Prädiktoren*	β	p	Δr^2	p
Monat	–0,12	0,000	0,014	0,000
Isolation	–0,09	0,000	0,008	0,000
Suizidalität	–0,04	0,078	0,002	0,088
Problematische Diagnose	–0,04	0,088	0,002	0,088
F	11,15	0,000		
adj. r^2	0,022			
mult. r	0,157			

* = Prädiktoren mit einem $p > 0{,}1$ sind aus der Regression ausgeschlossen;
β = standardisierter Regressionskoeffizient Beta derjenigen Prädiktoren, die in die Regressionsgleichung aufgenommen wurden;
Δr^2 = inkrementelle Varianzaufklärung durch die jeweiligen Prädiktoren;
p = Irrtumswahrscheinlichkeit;
F = empirischer F-Wert als Testgrösse für die Regressionsgleichung;
adj. r^2 = durch die Regressoren erklärte Varianz (korrigiertes Bestimmtheitsmass).

Abbildung 2 Zeitlicher Verlauf ausgewählter Einflussfaktoren für die Öffnungszeiten. Die genaue Operationalisierung dieser Faktoren ist im Methodenteil beschrieben. Die Daten beziehen sich auf 5 Akutstationen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich während einer Beobachtungszeit von insgesamt 27 Monaten. Die fetten Linien verdeutlichen den globalen Trend über die gesamte Untersuchungszeit.



Austritte, Übertritte, Beurlaubungen), Variablen zur Komplikationsrate (suizidale Handlungen, Entweichungen, Tätlichkeiten, Zwangsmassnahmen) und Variablen zum Krankheitsgrad, zur Freiwilligkeit des Eintrittes und zu diagnostischen Kategorien. Als Einschlusskriterium galt $p < 0{,}1$. In Tabelle 2 sind – wiederum lediglich für die 5 Akutstationen – diejenigen Prädiktoren aufgeführt, die das Einschlusskriterium erfüllten und bis am Schluss im Regressionsmodell verblieben.

Das Regressionsmodell ist mit $F = 11{,}15$ hoch signifikant. Auf dem 0,1%-Niveau signifikant werden allerdings nur der Zeitfaktor und die Zwangsmassnahme *Isolation* ausgewiesen.

Dass die Zeitvariable im Regressionsmodell eine starke Rolle spielt, ist aufgrund der univariaten Analyse zu erwarten. Dies hat überdies den wichtigen Vorteil, dass die auf Zeiteffekte zurückführbaren Varianzanteile bereits im ersten Schritt herauspartialisiert werden und die restlichen noch verbleibenden Prädiktoren somit Varianzanteile aufklären, die frei sind vom zeitlichen Verlauf. Die Zwangsmassnahme *Isolation* figuriert ebenfalls als ein auf dem 0,1%-Niveau signifikanter Prädiktor und weist mit $\beta = 0{,}09$ ein nur geringfügig kleineres Beta-Gewicht auf. Das Merkmal *Suizidalität* sowie das Kriterium der *problematischen Diagnosen* liegen noch innerhalb der 10% Signifikanzgrenze; die durch diese Prädiktoren zusätzlich aufgeklärte Varianz ist allerdings sehr gering. Der Verlauf dieser Prädiktoren wird in Abbildung 2 ersichtlich. Die Beta-Gewichte weisen alle ein mit den Hypothesen vereinbares negatives Vorzeichen auf, d.h., je häufiger Patienten isoliert werden, je häufiger Selbstgefährdung auftritt und je mehr Patienten mit problematischen Diagnosen auf den Stationen sind, desto geringer werden die Stationen offen geführt – und umgekehrt. Konkrete Aussagen zu den aufgestellten Hypothesen sind allerdings nur selektiv und mit Einschränkungen möglich. Einzig die Hypothese, wonach sich die Öffnungszeiten während der Untersuchungszeit verkürzen, kann statistisch klar bestätigt werden. Die Hintergründe, die zu diesem Befund führen, können mit dem vorhandenen Datenmaterial nur zum Teil erhellt werden. Der Patienten-Turnover, ein potentiell wichtiger Einflussfaktor, tritt als Prädiktor nicht in Erscheinung. Dies wohl deshalb, weil der Turnover langfristig auf einem relativ konstanten Niveau bleibt und nur kurzfristig grosse Schwankungen aufweist (Abb. 2). Durchschnittlich werden pro Station und Monat 17 Eintritte registriert; zusammen mit den internen Übertritten und Beurlaubungen erhöht sich die Rate auf 42 Patientenbewegungen pro Station und Monat. Der Turnover ist damit bei den Akutstationen doppelt so gross wie bei der Spezialstation für Angst- und Depressionserkrankungen. Die Häufigkeit der problematischen Diagnosen verändert sich im Verlauf ebenfalls nur schwach und als Folge davon bleibt die Diagnosevariable als Prädiktor im Hintergrund.

Erwähnenswert ist, dass die Beta-Gewichte sämtlicher Prädiktoren nur unwesentlich von der Höhe der bivariaten Korrelationen mit der Öffnungszeit abweichen, was ein klarer Hinweis ist für die gegenseitige Unabhängigkeit der untersuchten Einflussfaktoren. Dies wird überdies durch die fehlenden oder sehr geringen Interkorrelationen der Prädiktoren bestätigt. So besteht zwischen den Diagnosen mit einem erhöhten Gefahrenpotential und der Suizidalität kein Zusammenhang; dabei handelt es sich nebenbei um eine Bestätigung der klinischen Erfahrung, wonach der Symptomkomplex der Suizidalität durch die ICD-Diagnostik nur unzureichend erfasst wird.

Zusammenfassung und Diskussion

Das Open-door-System – als milieutherapeutisches Konzept in den 1950er Jahren in England entwickelt – erlebte ein Popularitätshoch in den 1960er und 1970er Jahren. In den deutschsprachigen Ländern hat sich das Konzept allerdings nur teilweise durchgesetzt. Trotzdem sind die Vorteile dieses Modells in der Literatur immer wieder hervorgehoben worden [4–6, 12]. Die stationäre Behandlung hat zur Aufgabe, psychisch kranke Menschen an einem geschützten Ort zu behandeln. Gerade in der akuten Krankheitsphase stehen die Entbindung von Alltagsverpflichtungen, aber auch die Vermittlung von Schutz und Sicherheit speziell bei selbst- und fremdgefährdenden Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Der Vorteil eines milieutherapeutischen Behandlungskonzeptes besteht darin, dass nebst dieser Schutzfunktion – wofür in aller Regel geschlossene Türen angebracht sind – auch die gezielte Aktivierung und Förderung von Eigenverantwortung und Kontaktfähigkeit die Rückführung der Patienten in ihre angestammte Umgebung vorbereitet und dadurch realisierbar wird.

Das Konzept der offenen Psychiatrie findet dort seine Grenzen, wo die Gefahr von Selbst- oder Fremdgefährdung zu gross ist, wo psychisch kranke Straftäter behandelt werden müssen oder das Personal für eine ausreichende Betreuung der Patienten fehlt.

Die vorliegende Studie untersucht Ausmass und Verlauf der Öffnungszeiten sowie relevante Einflussfaktoren auf die Öffnungszeiten von 5

Akutstationen und einer Spezialstation für Angst- und Depressionsstörungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Die 5 untersuchten Akutstationen sind für die Grund- bzw. Regelversorgung der Region Zürich zuständig und verpflichtet, im Rahmen dieser Regelversorgung alle hospitalisationsbedürftigen Patienten aufzunehmen [6]. Bei der Studie handelt es sich um die Fortsetzung der wissenschaftlichen Begleitung der Öffnung sämtlicher Aufnahmestationen an der PUK Zürich Anfang der 1990er Jahre. Im deutschsprachigen Raum gibt es nicht viele Untersuchungen zu diesem Thema.

Während der Untersuchungszeit von insgesamt 27 Monaten zwischen 1995 und 1997 wurden die 5 Akutstationen im Durchschnitt an lediglich 14% der Tage teiloffen geführt. Insgesamt muss somit von einer weitgehend geschlossenen Stationsführung gesprochen werden. Allerdings sind die Unterschiede im zeitlichen Verlauf gross: Der Anteil an geöffneten Tagen schwankt zwischen 0% (= geschlossen) und 68%. Bei den Akutstationen macht der Anteil der tatsächlich geöffneten Zeit durchschnittlich etwas mehr als die Hälfte der administrativ für die Öffnung vorgesehenen Zeit aus. Die Spezialstation für Angst- und Depressionskranke wurde demgegenüber an knapp zwei Dritteln der potentiell möglichen Tage offen geführt mit einem Öffnungsgrad von durchschnittlich 94%. Die tiefe Öffnungsrate der 5 Akutstationen weicht damit deutlich von einer früheren Erhebung ab, die Modestin und Abdel-Rehim [9] an 8 Aufnahmestationen an der PUK Zürich durchführten und untersuchten (Datenbasis 1993/94, d.h. unmittelbar nach der Teilöffnung aller Aufnahmestationen). Die Autoren dieser Vorgängerstudie weisen einen Öffnungsanteil von durchschnittlich 45% aller Stationstage aus. Insgesamt hat somit der Öffnungsgrad der 5 Akutstationen mit Aufnahmepflicht für Akutkranke zwischen 1993 und 1997 wesentlich abgenommen, in den Jahren 1996 und 1997 fiel er sogar unter 10%. Konsequenterweise muss in diesem Zusammenhang von weitgehend geschlossenen Stationen gesprochen werden, auch wenn die Öffnungsraten für einzelne Zeitabschnitte höher ausfallen. Demgegenüber wird die Spezialstation für Angst- und Depressions-Patienten überwiegend offen geführt.

Die eruierten Prädiktoren sind dem Vorzeichen nach alle mit den aufgestellten Hypothesen vereinbar, deren zeitlicher Verlauf ist aber von einer starken Dynamik geprägt (Abb. 2). Die Häufigkeit von suizidalen Ereignissen – klare Gründe dafür, die Station zu schliessen oder geschlossen zu halten – steigt zwischen dem 6. und 18. Monat der Untersuchung an, fällt danach aber ziemlich deutlich ab und zwar gemeinsam mit den Öffnungszeiten! Dies ist ein anschaulicher Hinweis dafür, dass die Bedeutung dieser Prädiktoren als Erklärungsfaktoren für die Stationsöffnungszeiten nicht überschätzt werden darf. Die geringere Öffnungsquote kann zumindest im letzten Drittel der Untersuchungszeit somit weder mit einer stärkeren Suizidalität noch mit häufigeren Isolationen in Verbindung gebracht werden. Einzig die Anzahl der Diagnosen mit einem erhöhten Gefahrenpotential nimmt während dieser Untersuchungsphase relativ deutlich zu, weist insgesamt aber einen leicht negativen Trend auf.

Die Hintergründe für den rückläufigen Trend der Öffnungszeiten können mit dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial nicht ausreichend geklärt werden. Wir müssen uns zum Schluss mit ein paar Hinweisen begnügen, wo weitere wesentliche Gründe liegen könnten: Falls der Anspruch besteht, psychiatrische Akutstationen mit Aufnahmepflicht teiloffen oder sogar offen zu führen, müssen genügend personelle Ressourcen im Behandlungsteam vorhanden sein [18]. Und dies dürfte auf den untersuchten Stationen nicht immer der Fall gewesen sein. Infolge des Versorgungsauftrages und des grossen Aufnahmedruckes waren die Stationen während der Untersuchungszeit meist voll besetzt, häufig mit Notbetten überbelegt. Überbelegung geht erfahrungsgemäss mit einem erhöhten Aggressionspotential einher und wirkt sich dadurch einschränkend auf die Regelung der Öffnungszeiten aus. Es ist plausibel, anzunehmen, dass bei hoher Bettenbelegung und gleichzeitig knappen personellen Ressourcen die Türen aus Sicherheitsgründen eher geschlossen bleiben müssen [19].

Die Frage, wie das Konzept einer offenen Psychiatrie im Alltag auf verantwortungsvolle Weise konkret umgesetzt werden kann, ist weniger eine Frage von ideologischen Grundsätzen, sondern hängt in erster Linie von klinischen und therapeutischen Aspekten der zu behandelnden Patienten und des Behandlungsteams ab [20, 21]. Es ist unbestritten, dass das Ausmass an Motivation und Engagement, die Sorge um ausreichende Sicherheit für alle Beteiligten und die Qualität der therapeutischen Beziehungen durch weitere Faktoren mitbestimmt werden, die in der vorliegenden Studie nicht erfasst wurden.

Danksagung: Die Autoren danken Herrn R. Tavaretti für das Koordinieren und Sammeln der Daten auf den Stationen, Frau D. Prandini und Frau E. Bretscher für die sorgfältige elektronische Erfassung des Datenmaterials.

Literatur

1 Koltes JA. Mental hospitals with open doors. Am J Psychiatry 1956;113:250–3.

2 Clarke L. The opening doors in British mental hospitals in the 1950s. History of Psychiatry 1993;4:527–51.

3 Bell GM. A mental hospital with open doors. Int J Soc Psychiatry 1955;1:42–8.

4 Reimer F. Das Open-door-System und seine Stellung in der klinischen Behandlung psychisch Kranker. Nervenarzt 1974;45:318–22.

5 Modestin J, Hell D. Partielle Abteilungsöffnung – ein Beitrag zur günstigeren Milieugestaltung. Jahresbericht Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 1995, S. 13–6.

6 Hell D. Kann im Rahmen der Sektorisierung der Bedarf angemessen befriedigt werden? In: Gaebel W, Falkai P, Hrsg. Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Wien u.a.: Springer; 1998. S. 310–6.

7 Vartiainen H, Vuorio O, Halonen P, Hakola P. The patient's opinions about curative factors in involuntary treatment. Acta Psychiatr Scand 1995;91:163–6.

8 Hansson L. Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. A study of a 1-year population of patients hospitalized in a sectorized care organization. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1989;239:93–100.

9 Modestin J, Abdel-Rehim H. Einfluss der partiellen Abteilungsöffnung auf die Abteilungsatmosphäre. Psychiatrische Praxis 1996;23:285–9.

10 von Holden MH. An open-system approach to the mental health treatment of violent offenders. Psychiatr Q 1980;52:132–43.

11 Crabtree LH, Grossmann WK. Administrative clarity and redefinition for an open adolescent unit. Psychiatry 1974;37:350–9.

12 Modestin J, Lerch M. Offene Tür auf einer psychiatrischen Aufnahmestation. Psychiatrische Praxis 1987;4:40–5.

13 Abdel-Rehim H. Offenes Regime in der klinischen Psychiatrie: Einfluss der offenen Tür auf die Abteilungsatmosphäre [Dissertation]. Zürich: Studentendruckerei; 1996.

14 Meyer PC, Neuenschwander M, Prandini D, Hell D. Statistischer Bericht 1996: stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich. Forschungsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich 1997;2(1).

15 Meyer PC, Neuenschwander M, Prandini D, Hell D. Statistischer Bericht 1997: stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich. Forschungsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich 1998;3(1).

16 Neuenschwander M, Meyer PC, Hell D. Tabellenband 1997: stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken, Psychotherapiestationen und Institutionen für Suchtkranke des Kantons Zürich. Forschungsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich 1998;3(2).

17 Scalarum, C. C. I. P. Clinical Global Impressions CGI. In: CIPS, Hg. Internationale Skalen der Psychiatrie. Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum. Weinheim: Beltz; 1986.

18 Abroms GM. The open-door policy: a rational use of controls. Hospital & Community Psychiatry 1973;24:81–5.

19 Modestin J. Notwendigkeit geschlossener Stationen im Akutbehandlungsbereich. Krankenhauspsychiatrie 1991;2:15–9.

20 Warner RE. Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995.

21 Eichhorn H. Braucht die Psychiatrie geschlossene Stationen? Bemerkungen zu ethischen Prinzipien und moralischen Normen des psychiatrischen Handelns. Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie 1986; 38:39–42.