

»Man wird sich seinen eigenen gesunden Menschenverstand nicht dadurch beweisen können, dass man seinen Nachbarn einsperrt.«*

Kritik am Auf- und Ausbau geschlossener Heiminstitutionen

VON KARSTEN GIERTZ UND THOMAS GERVINK

Anlässlich zunehmender Forderungen nach mehr geschlossen geführten Heimeinrichtungen und der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) setzt sich der Beitrag kritisch mit der geschlossenen Unterbringung von psychisch erkrankten Menschen, insbesondere mit der geschlossenen Unterbringung in psychiatrischen Heim- oder Pflegeeinrichtungen, auseinander. Dabei wird die Frage aufgeworfen, ob die Enthospitalisierung zu einer Veränderung der individuellen Problemlagen psychisch erkrankter Menschen in Hinblick auf die Formen und Ausprägung psychischer Störung geführt hat, wodurch die Vermittlungsraten in geschlossene Institutionen zugenommen haben. Der Beitrag zeigt, dass eine Versorgung auch von »schwierigen« Patienten in einem offenen Setting unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist.

In der Psychiatrie gibt es vielleicht kein anderes Thema, das neben Zwangsbehandlung oder Neuroleptika so kontrovers diskutiert wird, wie das Thema der geschlossenen Unterbringung. In Zeiten, in denen sich der moralische Entwicklungsstand einer Gesellschaft an der Sicherstellung und Umsetzung der Menschenrechte misst, gewinnt dieses Thema in der Psychiatrie wieder an Aktualität. Gerade wenn man bedenkt, dass sich hierzulande in den letzten Jahren die Forderungen nach mehr geschlossen geführten Heimeinrichtungen für die Unterbringung von psychisch erkrankten Menschen deutlich erhöht haben. Dieser Trend soll in diesem Artikel kritisch betrachtet werden. Auf die Zwangsunterbringung im Rahmen des Maßregelvollzugs oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird hier nicht näher eingegangen.

Geschlossene Unterbringung und Menschenrechte

Anlässlich der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat sich die Diskussion um das Thema der geschlossenen Unterbringung deutlich verschärft. Mit der Ratifizierung der UN-BRK verpflichtete sich die Bundesregierung von Deutschland 2009, den Bereich der Psychiatrie menschenrechtlichen Anforderungen anzupassen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um diese Rechte für Menschen mit psychischen Erkrankungen einzuhalten. So heißt es im Artikel 4 Abs. 1: »Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern.«

In Bezug auf die geschlossene Unterbringung sind besonders folgende Artikel der UN-BRK hervorzuheben:

- ▶ Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung (Artikel 5)
- ▶ Gleiche Anerkennung vor dem Recht (Artikel 12)
- ▶ Freiheit und Sicherheit der Person (Artikel 14)
- ▶ Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Artikel 15)
- ▶ Schutz der Unversehrtheit der Person (Artikel 17)
- ▶ Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Artikel 19)

Laut der UN-BRK verstößt eine Zwangsunterbringung gegen die Menschenrechte, wenn sie durch eine psychische Erkrankung des Betroffenen begründet wird. Demnach ist die ungewollte Unterbringung – wie sie bisher in der deutschen Gesetzgebung geregelt ist – nicht mit den internationalen Menschenrechten vereinbar. Auch der UN-BRK-Ausschuss

kritisierte im März 2015 die gegenwärtigen Praktiken in der deutschen Psychiatrie. Im Zwischenbericht heißt es: »Der Ausschuss ist besorgt über die verbreitete Praxis der Zwangsunterbringung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen, den mangelnden Schutz ihrer Privatsphäre und den Mangel an verfügbaren Daten über ihre Situation« (UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2015). Darüber hinaus wird empfohlen, alle Zwangsunterbringungen durch Rechtsänderungen zu verbieten und alternative Maßnahmen zu fördern, die mit den Anforderungen der UN-BRK konform sind.

Neue Formen der geschlossenen Unterbringung

Die Kritik an geschlossenen Unterbringungen im Kontext der psychiatrischen Versorgung ist keine Diskussion der letzten Jahre. Bereits in den 1960er und 1970er Jahren verurteilten zahlreiche Vertreter alternativer psychiatrischer Bewegungen aus Großbritannien, Italien oder Frankreich die massenhafte Zwangsunterbringung von psychisch erkrankten Menschen in psychiatrischen Großanstalten. Neben einer Kritik an der damaligen Verwahrrpsychiatrie stellten sie das medizinisch geprägte Konzept psychischer Krankheit und die davon abgeleiteten Behandlungsmethoden infrage. Sie forderten die Auflösung der Großanstalten und die Entwicklung von neuen Versorgungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten. In Deutschland beeinflussten diese Bewegungen unter anderem die Protagonisten der Psychiatrie-Enquete von 1975.

Im Zuge dieser Reform kam es bundesweit zu einer Auflösung psychiatrischer Großanstalten, die weitestgehend in kleine psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser oder teil-

* Fjodor M. Dostojewski, zitiert nach Foucault, M. (1961), S. 7

stationäre Angebote überführt wurden. Mit dem Ausbau von ambulanten und komplementären Versorgungsangeboten entwickelte sich in vielen Regionen ein gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem. Ziel war es, die psychiatrische Versorgung schwerpunktmäßig in die Gemeinde zu verlagern, um die Integration und Entstigmatisierung der Betroffenen zu fördern. Nach 40 Jahren Psychiatrie-Enquete kann konstatiert werden, dass sich die psychiatrische Versorgungssituation für viele Betroffene im Wesentlichen verbessert hat.

Auf dem Hintergrund dieser Entwicklung sind aber auch neue Formen der Institutionalisierung und geschlossenen Unterbringung entstanden. In einer europäischen Übersichtsarbeit stellen Priebe et al. fest, dass der stationäre Bettenabbau in den Großanstalten zwischen 1990 und 2001 mit einem signifikanten Anstieg von Kapazitäten im Maßregelvollzug, in der Forensik, in den betreuten Wohnformen und in stationären Heimeinrichtungen korreliert. Bei einer Analyse bundesweiter Daten konnten diese Institutionalisierungsprozesse für Deutschland genauer spezifiziert werden (Mir, Priebe & Mundt 2013). Besonders betont wird von den Autoren die zunehmende Bedeutung des Maßregelvollzugs für die Unterbringung von psychisch erkrankten Menschen. Daraus hat sich die umstrittene These der Forensifizierung von Patienten aus der Allgemeinpsychiatrie entwickelt.

Gleichzeitig stieg mit dem Bettenabbau die Anzahl von unfreiwilligen Klinikweisungen (Priebe et al. 2005). Einige Autoren argumentieren, dass die Zwangsunterbringungsraten nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) oder dem Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) an sich nicht zugenommen haben, sondern mit einer verkürzten stationären Behandlungsdauer, häufigen Wiederaufnahmen infolge von Kosteneinsparungen, einer demographisch bedingten Zunahme von Demenz-



Thomas Riesner: »Operation«, Kreide

erkrankungen in der Bevölkerung oder mit Veränderungen des Betreuungsrechts einhergehen (Spengler et al. 2005). Allerdings machen die Daten auf eine hohe Prävalenz von Diagnosen aus dem schizophrenen und psychotischen Formenkreis unter den Betroffenen aufmerksam, woraus geschlossen werden kann, dass es in einigen Regionen nicht gelungen ist, für diese Patientengruppe angemessene außerklinische Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu etablieren (Salize & Dressing 2004). So fanden Juckel und Haußleiter (2015) in einer Untersuchung in Nordrhein-Westfalen heraus, dass sich das Risiko von stationären Zwangsunterbringungen verringert, wenn ein gut ausgebautes ambulantes Versorgungssystem in einem bestimmten Versorgungssektor vorliegt.

Ein weiterer Bereich, der aktuell in der Fachöffentlichkeit diskutiert wird, ist die geschlossene Unterbringung in psychiatrischen Heimeinrichtungen. Auch in diesem Bereich kann in den letzten Jahren ein bundesweiter Trend zum Aus- und Aufbau festgestellt werden. Bislang liegen jedoch versorgungsepidemiologische Daten nur für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern vor (Steinhart, Speck & Freyberger 2013). In einigen Regionen werden psychisch erkrankte Menschen sogar in Einrichtungen der Altenhilfe

untergebracht, wobei das Ausmaß dieses Versorgungstrends aufgrund fehlender Zahlen völlig unbekannt ist. Für das Land Berlin stellt Zimmermann (2012) in einer Untersuchung fest, dass insbesondere »schwierige« Patienten nach mehrmaligem Scheitern ambulanter Hilfen ohne fachliche und politische Steuerung in Altenheime vermittelt werden. Zimmermann bezeichnet diesen Versorgungstrend als »Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe«, weil die Betroffenen durch die Fehlplatzierung fast vollständig aus dem Blickfeld der psychiatrischen Versorgung verschwinden.

Im Überblick lässt sich sagen, dass sich das Problem der geschlossenen Unterbringung infolge der Enthospitalisierung auf andere Bereiche und Institutionen verschoben hat. Es zeigt sich, dass geschlossene Unterbringungen immer noch einen festen Bestandteil in der psychiatrischen Versorgung bilden und dass sich neue Tendenzen der sozialen Exklusion von psychisch erkrankten Menschen entwickelt haben. Bereits Goffman resümiert in seiner Studie zu den Asylen aus dem Jahr 1961: »Es gibt in unserer Gesellschaft nicht deshalb Heilanstalten, weil Aufseher, Psychiater und Pfleger einen Arbeitsplatz brauchen; es gibt sie deshalb, weil eine Nachfrage nach ihnen besteht. Wenn heute alle Heilanstalten

eines bestimmten Gebiets geleert und geschlossen würden, dann würden morgen Verwandte, Polizisten und Richter den Ruf nach neuen Anstalten anstimmen.« (Goffman 1961, S. 365)

Die Nachfrage nach geschlossenen Heiminstitutionen

Die Nachfrage nach geschlossen geführten Heimeinrichtungen lässt sich in Deutschland unter anderem auf strukturelle Probleme der psychiatrischen Versorgung zurückführen. Ein regionaler Mangel an ambulanten und komplementären Angeboten erhöht das Risiko von geschlossenen Unterbringungen, weil die vorhandenen Hilfeangebote überfordert sind und der Druck nach schnellen Lösungen zunimmt. In Zeiten der Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem ist zu erwarten, dass dieser Trend weiter zunimmt.

Aber auch die strukturelle Konfiguration der psychiatrischen Versorgungssysteme ist in vielen Fällen nicht am Hilfebedarf der Betroffenen ausgerichtet. Dies betrifft insbesondere Personen, die sich aufgrund eines komplexen und individuellen Hilfebedarfs in keine der vorhandenen Hilfeformen integrieren lassen und einen hohen Grad von abweichenden Verhaltensweisen aufweisen. Als Folge der missglückten Integration sind sie stark gefährdet, geschlossen untergebracht zu werden oder in andere Bereiche wie Forensik, Obdachlosigkeit oder Altenpflege abzugleiten. Bei dieser Personengruppe wird deutlich, dass alternative, personenzentrierte und flexiblere Hilfen notwendig sind, um die Betroffenen im Versorgungssystem zu halten (Freyberger et al. 2008).

Neben den strukturellen Faktoren lässt sich in Deutschland eine Stigmatisierungstendenz von psychisch erkrankten Menschen in der Bevölkerung ausmachen. Angermeyer konnte dies in einer bundesweiten Umfrage zeigen (Angermeyer, Matschinger & Schomerus 2013). In der Bevölkerung werden psychisch erkrankte Menschen häufig mit gefährlichen und unberechenbaren Verhaltensweisen assoziiert, welche eine Bedrohung für die Allgemeinheit darstellen. Auch in

den Medien spiegelt sich das Phänomen der Stigmatisierung wider. So kam es zuletzt in den Berichten über Amokläufer oder die Germanwings-Katastrophe vermehrt zu einer vorschnellen Etikettierung der Täter als psychisch krank. Die Stigmatisierung führt zu einer sozialen Distanzierung in der Bevölkerung und trägt dazu bei, dass die Versorgungsproblematik der geschlossenen Unterbringung in der Öffentlichkeit und in der Politik kaum wahrgenommen wird. Auch auf die psychiatrische Behandlungspraxis nimmt die öffentliche Haltung einen negativen Einfluss. In Studien über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen berichten Ärzte immer wieder über negative Erfahrungen. Dennoch setzen sie Zwangsmaßnahmen ein, weil sie befürchten, in die Verantwortung gezogen zu werden, wenn bei der Behandlung von akuten Patienten etwas schiefgeht (Teichert, Schäfer & Lincoln 2016). Der öffentliche Druck führt dazu, dass die Behandler in schwierigen Situationen eher dazu tendieren, Zwangsmaßnahmen zu verordnen anstatt ein notwendiges Risiko für alternative Behandlungsmaßnahmen einzugehen.

Zu guter Letzt müssen auch die ökonomischen Interessen der geschlossenen Heime berücksichtigt werden. Der finanzielle Druck, freie Plätze zu belegen, kann unverhältnismäßige Verweildauern und Fehlplatzierungen in den Einrichtungen provozieren, was zur Aufrechterhaltung der Versorgungsproblematik führt.

Unberücksichtigt in diesem Kontext bleibt bisher die Frage, ob sich im Zuge der Enthospitalisierung die individuellen Problemstellungen psychisch erkrankter Menschen in Hinblick auf die Formen und Ausprägung psychischer Störung verändert haben. Im Gegensatz zu den langfristigen Behandlungen oder »Verwahrungen« in den ehemaligen Großkliniken weisen die heutigen Fachabteilungen im stationären Bereich eine deutlich kürzere Verweildauer auf. Es ist denkbar, dass der Wegfall langfristiger Behandlung die Art und den Umfang der Erkrankung und das daraus resultierende Verhalten beeinflusst hat. Im ambulanten Versorgungssektor nehmen jedenfalls unter den Mitarbeitern die Klagen über negativ veränderte Verhaltensweisen der Klienten zu.

Bei einer möglichen Veränderung der Klientel wäre kritisch zu hinterfragen, ob die bestehenden Hilfen sowohl im stationären als auch im außerklinischen Bereich noch geeignet und welche Alternativen notwendig sind, um dem Hilfebedarf der Klienten gerecht zu werden. Der Trend der geschlossenen Unterbringung könnte eine Folge dieser Entwicklung widerspiegeln.

Offene Türen und andere Alternativen

Mit dem Inkrafttreten der UN-BRK wurden formal die Rechte der Betroffenen in der Psychiatrie gestärkt. Die gegenwärtige Versorgungspraxis entspricht jedoch nicht den Ansprüchen dieser Entwicklung. Ganz im Gegenteil, der Trend zum Auf- und Ausbau geschlossener Heimeinrichtungen nimmt immer weiter zu. Aus vielen Bundesländern wird berichtet, dass die überörtlichen Leistungsträger bei der Ausschreibung von geschlossen geführten Heimeinrichtungen nicht einmal qualitative Standards berücksichtigen. Bisher wurden nur in Bayern qualitative Empfehlungen veröffentlicht (Bezirk Oberbayern 2014). Auch epidemiologische Daten zur geschlossenen Unterbringung psychisch Erkrankter in Heim- oder Pflegeeinrichtungen liegen für die meisten Bundesländer nicht vor. Vonseiten der Politik kommen nach wie vor keine Initiativen, welche die Entwicklung von präventiven und alternativen Maßnahmen vorantreiben. Ausnahme bildet lediglich ein bundesweites Forschungsprogramm, das letztes Jahr vom Bundesministerium für Gesundheit und Bildung zum Thema »Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Versorgungskontext« ausgeschrieben wurde.

Dass eine psychiatrische Versorgung auch mit offenen Türen möglich ist, konnten Studien aus dem stationären Akutbereich zeigen (Sollberger & Lang 2014). Interessanterweise steht die Öffnung der Türen mit einer Reihe von positiven Effekten in Verbindung, die eigentlich durch geschlossene Türen beabsichtigt werden. So konnte eine Reduktion von Suizid- und Gewalthandlungen, eine Verringerung des Weglauffrisikos,

eine Verminderung von Noncompliance und Medikamentenverweigerungen sowie eine Steigerung der Behandlungsmotivation und Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse stellen die Behandlungsintentionen von geschlossenen Türen deutlich infrage. Vielmehr scheinen Sicherheits- und Kontrollbedürfnisse sowie wirtschaftliche Zwänge an der Aufrechterhaltung dieser Praxis beteiligt zu sein. Sollberger und Lang (2014) zufolge kann eine geschlossene Tür durch den persönlichen Kontakt, therapeutische Kontinuität, intensive Betreuung, Transparenz und Aufklärung sowie durch sinnvolle Beschäftigung ersetzt werden. Solche Interventionen sind jedoch nur möglich, wenn die notwendigen strukturellen, finanziellen und ideologischen Rahmenbedingungen vorhanden sind. Darunter zählt die Bereitschaft des Personals, auf Augenhöhe mit den Patienten in Kontakt zu treten, eine offene Gesprächskultur zwischen den Betroffenen und Professionellen, genügend Zeit für eine intensive Beziehungsarbeit, Flexibilität des Teams, regelmäßige Schulung des Personals in Deeskalationsstrategien und Antiaggressionstraining, angenehme räumliche Umgebung, Einbeziehung der Patienten im Betreuungsalltag, kreative Angebote wie Peer-Beratung, Kunst- oder Tiertherapie. ■

Karsten Giertz, Absolvent des Masterstudiengangs Social Work an der FH Neubrandenburg und Mitarbeiter der VIA Perspektiven Berlin gGmbH

Thomas Gervink, Diplom-Pädagoge und Geschäftsführer der VIA Perspektiven Berlin gGmbH

Kontakt

Karsten Giertz,
VIA Perspektiven Berlin gGmbH,
Ahlbecker Str. 12, 10437 Berlin
E-Mail: k.giertz@via-berlin.de

Literatur

ANGERMAYER, M. C.; MATSCHINGER, H.; SCHOMERUS, G. (2013) Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. In: Br J Psychiatry, 203 (2), 146–151

BEZIRK OBERBAYERN (2014) Qualitätsstandards für geschlossen geführte Heimeinrichtungen. Band I: Allgemeiner Teil Qualitätsstandards und Empfehlungen. Im Internet unter:

www.bezirk-oberbayern.de/Soziales/Erwachsene-mit-Behinderungen/Psychische-Erkrankungen-und-Behinderungen/Leben-und-Wohnen/Geschlossene-Einrichtungen (letzter Zugriff: 07.07.2016)

FOUCAULT, M. (1961, 2015) Wahnsinn und Gesellschaft. 21. Aufl., Frankfurt/M: Suhrkamp

FREYBERGER, H. J.; ULRICH, I.; BARNOW, S.; STEINHART, I. (2008) Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen. In: Fortschr Neurol Psychiat, 78, 106–113

GOFFMAN, ERVING (1961, 1973) Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/M: Suhrkamp

JUCKEL, G.; HAUSLEITER, I. (2015) Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychGK NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? In: Psychiat Prax, 42, 133–139

MIR, J.; PRIEBE, S.; MUNDT, A. P. (2013) Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland: Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende. In: Nervenarzt, 7, 844–850

PRIEBE, S.; BADESCONYI, A.; FIORITTI, A.; HANSSON, L.; KILIAN, R.; TORRES-GONZALES, F.; TURNER, T.; WIERSMA, D. (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. In: BMJ, Vol. 330, 123–126

SALIZE, H. J.; DRESSING, H. (2004) Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. In: British Journal of Psychiatry, 184, 163–168

SOLLBERGER, D.; LANG, U. E. (2014) Psychiatrie mit offenen Türen, Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. In: Nervenarzt, 85, 312–318

SPENGLER, A.; DRESSING, H.; KOLLER, M.; SALIZE, H. J. (2005) Zwangseinweisungen – bundesweite Basisdaten und Trends. In: Nervenarzt, 76, 363–370

STEINHART, I.; SPECK, A.; FREYBERGER, H. (2013) Blackbox geschlossene Heime. In: Psychosoziale Umschau, Heft 1, 6–8

TEICHERT, M.; SCHÄFER, I.; LINCOLN, T. (2016) Welche Alternativen zu Zwangsmaßnahmen kennen Behandler? In: ZINKLER, M.; LAUPICHLER, K.; OSTERFELD, M. (Hrsg.) Prävention von Zwangsmaßnahmen: Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 115–127

UN-AUSSCHUSS FÜR DIE RECHTE VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN (2015) Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands. UN Doc. CRPD/C/DEU/CO/1 vom 17.04.2015. Nichtamtliche Übersetzung der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention

ZIMMERMANN, R. B. (2012) Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe. In: Soziale Psychiatrie, 2, 28–33



DGSP
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

Sozialpsychiatrische Fortbildung

Komplementäre Nachsorge für psychisch kranke Straftäter

Erwerben Sie Grundkenntnisse über Besonderheiten der Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. Erhalten Sie einen realistischen Einblick in den forensischen Alltag. Erwerben Sie neue Handlungskompetenzen für Ihren Arbeitsalltag. Tragen Sie aktiv zu einer guten gemeindenahen Versorgung psychisch kranker Straftäter bei.

**NEUER KURS
ab Mitte Juli 2017
in Hamburg**

Zielgruppe: alle Fachkräfte, die (ehemals) forensische Patienten in verschiedenen Lebenskontexten betreuen

Anmeldungen sind noch kurzfristig möglich!

DGSP-Geschäftsstelle
Tel.: (0221) 51 10 02 | dgsp@netcologne.de | www.dgsp-ev.de