

Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland

Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende

Seit den 1950er Jahren vollzogen sich in den meisten westlichen Ländern Psychiatriereformen, die mit dem Abbau allgemeinspsychiatrischer Bettenkapazitäten und dem Aufbau gemeindenaher Gesundheitsdienste sowie betreuten Wohnformen einhergingen [27]. Hintergrund war eine wachsende Überzeugung, dass die Anstaltspsychiatrie der sozialen Inklusion aller Individuen in die Gesellschaft entgegensteht [18]. Bis heute ist nicht klar, wie weit stationäre Dienste abgebaut werden können, unter der Bedingung, dass gemeindenahere und ambulante Dienste ausgebaut und in ihrer Qualität verbessert werden [13]. So wurde der Begriff der „Drehtür-Patienten“ für Menschen mit chronischen psychischen Störungen geprägt, die trotz der intensivierten ambulanten Angebote wiederholt in stationäre Behandlung kommen [22].

Ein Drehtür-Phänomen wurde auch für Gefängnisse beschrieben, insbesondere bei Inhaftierten mit psychischen Störungen [2]. Für die USA wurde geschätzt, dass im Jahr 2002 zweieinhalb Mal so viele schwer psychisch Kranke im Strafvollzug waren wie in allen psychiatrischen Kliniken des Landes zusammen [12]. Die Prävalenz schwerer psychischer Störungen in Gefängnissen wurde auf 15% der Insassen

geschätzt [16]. Eine anhaltend hohe Prävalenz psychischer Störungen unter Strafgefangenen wurde weltweit beobachtet [10]. Abgesehen von Hinweisen für eine Zunahme schwerer Depressionen bei US-Strafgefangenen ist die Datenlage jedoch noch nicht ausreichend, um Trends zu beurteilen.

Zusammenhänge zwischen kontinuierlich abnehmenden psychiatrischen Bettenkapazitäten und ansteigenden Gefangeneneraten wurden erst kürzlich für mehrere westeuropäische Länder diskutiert [19, 20]. Ein steigender Trend wurde für die Kapazitäten im Maßregelvollzug in mehreren Ländern beobachtet [20]. Es gibt Hinweise darauf, dass der Abbau stationärer allgemeinspsychiatrischer Behandlungsangebote und die Senkung der durchschnittlichen Verweildauer in den Kliniken zu diesem Anstieg beitragen, da psychisch Kranke mit abweichendem Verhalten dadurch schneller in das forensische System oder in das Strafvollzugssystem geraten könnten [25].

Die wachsenden Kapazitäten im betreuten Wohnen [20, 21], die nicht zur medizinischen Versorgung gehören, sondern von der Sozialhilfe finanziert werden, können auch als Zeichen einer Transinstitutionalisierung gewertet werden.

Im Zusammenhang mit Institutionalisierungsphänomenen wurden auch Unterbringungsraten im allgemeinspsychiatrischen Versorgungssystem diskutiert

[19, 20]. Bei den Zwangsunterbringungen handelt es sich zwar nicht im Kern um eine Institution, aber um einen Vorgang, der zumindest eine vorübergehende Institutionalisierung nach sich zieht.

Die Befunde haben eine Debatte angestoßen, ob in Westeuropa ein Trend in Richtung Trans- bzw. Reinstitutionalisierung stattfindet [19]. Es mehren sich die Hinweise, dass in Deutschland wie in anderen westeuropäischen Staaten die Enthospitalisierung aus allgemeinspsychiatrischen Kliniken einen komplexen Prozess der Transinstitutionalisierung nach sich gezogen hat, unter anderem auch in Vollzugseinrichtungen. Ob zwischen den gegenläufigen Belegungstrends in allgemeiner und forensischer Psychiatrie jedoch wirklich ein kausaler Zusammenhang besteht, ist weiter umstritten, weil es für beide Trends auch eine Reihe möglicher, von einander unabhängiger Erklärungsmuster gibt [30]. Der Anstieg im Maßregelvollzug könnte mit einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis in der Gesellschaft mit steigender Bereitschaft der Richter zur Anordnung einer Maßregel zu tun haben. Der Bettenabbau in der Allgemeinspsychiatrie könnte auch mit den schlechten Ergebnissen bei stationären Langzeitbehandlungen oder mit einem allgemeinen Trend in der Medizin, stationäre Angebote zu reduzieren sowie Liegezeiten zu verkürzen, in Zusammenhang stehen.

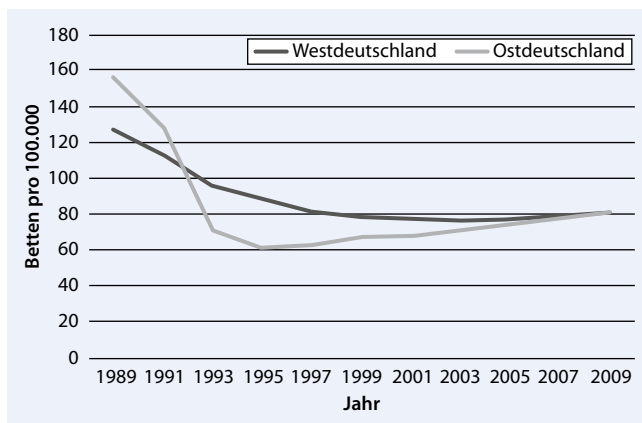


Abb. 1 ▲ Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbettenkapazitäten in Ost- und Westdeutschland seit 1989

In der DDR waren stationäres Langzeitwohnen und die forensisch psychiatrische Behandlung zu großen Teilen in die Allgemeinpsychiatrie integriert [14]. Zwei Drittel aller psychiatrischen Betten in der DDR waren 1985 mit Patienten belegt, die eine Verweildauer von über einem Jahr hatten [26]. Die politische Wende stellte durch veränderte sozialpolitische Rahmenbedingungen eine Herausforderung für einen Strukturwandel in der Versorgung psychisch Kranker in Ostdeutschland dar. Der Maßregelvollzug wurde nicht nur gesetzlich, sondern auch institutionell neu implementiert [15]. Es wurden neue rechtliche Rahmenbedingungen für Zwangsunterbringungen geschaffen.

Die vorliegende Arbeit stellt Indikatoren der Institutionalisierung vergleichend zwischen Ost- und Westdeutschland in historischen Zeitreihen seit der politischen Wende dar, um der Frage nachzugehen, zu welchem Grad sich die Systeme seit der politischen Wende angeglichen haben und welchen aktuellen Trends sie unterliegen.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Da Ost- und Westberlin seit der Vereinigung zu einer Stadt zusammengewachsen sind und Patienten die medizinische Versorgung über die ehemaligen Grenzen hinweg nutzen, wurde es als Bundesland für die Berechnungen ausgeschlossen. Ostdeutschland wurde als die neuen Bundesländer ohne Berlin, Westdeutschland als die alten Bundesländer ohne Ber-

lin definiert. Folgende Indikatoren der Institutionalisierung wurden für die beiden Regionen erhoben:

Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbetten

Für die Ermittlung der psychiatrischen und psychosomatischen Bettenkapazitäten wurden die Bettenzahlen in der Psychiatrie und der Psychosomatik erhoben und zusammengefasst. Grundlage dafür waren die jährlichen Krankenhausstatistiken des Bundesamtes für Statistik. Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden zusammengefasst, Tageskliniken aufgrund ihrer Nähe zum ambulanten Sektor ausgeschlossen. In einem weiteren Schritt wurden die Bettenzahlen in den psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen erhoben. Die Bettenzahlen in der ehemaligen DDR wurden dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR entnommen, den die Aktion Psychisch Kranke e. V. im Auftrag der Bundesregierung 1991 erarbeitet hat. Psychiatrische und psychosomatische Bettenkapazitäten werden hier zusammen dargestellt, da sie ein überlappendes Spektrum von akut und chronisch psychisch Kranken versorgen und ein Bettenabbau vor allem psychotherapeutischer Kapazitäten in der Psychiatrie durch den Aufbau von Kapazitäten in der Psychosomatik kompensiert werden könnte. Die gemeinsame Darstellung zeigt somit einen „echten“ Bettenab-

bau in der Psychiatrie ohne Verlagerung von Ressourcen in die Psychosomatik.

Belegung in Gefängnissen

Basis für die Zahlen der zu einem Stichtag inhaftierten Menschen in Deutschland waren die Berichte zum Strafvollzug des Statistischen Bundesamtes [5, 8]. Es wurde der spätest mögliche Stichtag im Jahr herangezogen, der bis 2002 der 31. Dezember und ab 2003 der 30. November war. Zu den Insassen zählen Verurteilte, Untersuchungshäftlinge und aus sonstigen Gründen untergebrachte Häftlinge (z. B. Abschiebehaft). Eine einheitliche Aufschlüsselung der Daten nach Bundesländern war erst ab dem Jahr 1993 verfügbar. Die Zahl der Inhaftierten in der ehemaligen DDR im Jahre 1989 wurde einer Veröffentlichung zum Strafvollzug in der DDR entnommen [9].

Belegung im Maßregelvollzug

Um die Belegung zu einem Stichtag im Maßregelvollzug zu ermitteln, wurden für Westdeutschland die jährlichen Berichte zur Strafverfolgung bzw. zum Strafvollzug des Statistischen Bundesamtes herangezogen [6, 7] und die Anzahl der Personen erhoben, die in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) oder in einer Entziehungsanstalt nach § 64 untergebracht waren. Für Ostdeutschland konnte diese Quelle nicht genutzt werden, da diesbezüglich bis heute keine Meldepflicht an das Statistische Bundesamt besteht. Die Zahlen für die Belegungen in den neuen Bundesländern waren ab 1993 verfügbar und wurden von den jeweiligen Länderministerien für Soziales bzw. Gesundheit angefordert. Die Daten unterscheiden sich jedoch in der Art der Erhebung. So lieferten manche Ministerien Durchschnittsbelegungen und andere Bettenkapazitäten, und auch bei den Stichtagserhebungen gab es Unterschiede im Erhebungsdatum. Für die Jahre 1995 und 1997 konnten für Brandenburg keine Daten ermittelt werden.

Betreutes Wohnen

Dieser Bereich umfasst stationär betreute Wohnformen für Menschen mit einer chronischen psychischen Störung oder seelischen Behinderung. Dafür wurde die Anzahl der Leistungsberechtigten mit einer seelischen Behinderung erhoben, die die örtlichen Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe in einem Jahr registriert haben und die in solchen Wohnformen untergekommen sind. Die Daten hierfür wurden von der Con_sens Hamburg zur Verfügung gestellt, einem privaten Dienstleister, der im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) seit 10 Jahren die Kennzahlen der einzelnen Bezirke zusammenführt [1]. Einheitlich erhobene Daten standen erst ab dem Jahr 2000 zur Verfügung. Frühere Datensätze waren nicht zu ermitteln, da es keine Berichtspflichten der Bezirke gegenüber einer übergeordneten Instanz gab. Die Daten der letzten 10 Jahre sind lückenhaft. Manche Bundesländer wiesen keine Differenzierungen nach Behinderungsarten aus, an anderer Stelle sorgten Veränderungen in der behördlichen Zuordnung oder EDV-Umstellungen dafür, dass keine Zahlen vorlagen.

Es wurde eine Auswahl an Bundesländern in die Auswertung einbezogen, die konstant über die Jahre hinweg Daten für die Fallzahlen im stationär betreuten Wohnen lieferten. Für Westdeutschland waren das Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen, Hamburg, Saarland und Hessen; für Ostdeutschland Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Unterbringungen

Daten zu Unterbringungen stammen vom Bundesamt für Justiz. Detaillierte, nach Bundesländern aufgeschlüsselte Angaben, die einheitlich erst seit Ende der 90er Jahre verfügbar sind und vom Bundesamt für Justiz nicht veröffentlicht werden, wurden von Horst Deinert (2011) zur Verfügung gestellt [4].

Für die vorliegende Untersuchung wurde die Anzahl der Unterbringungsverfahren nach drei unterschiedlichen Verfahrensarten ausgewertet:

Nervenarzt 2012 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00115-012-3657-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

J. Mir · S. Priebe · A.P. Mundt

Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland. Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Arbeit beschreibt die Entwicklung von Indikatoren der Institutionalisierung psychisch Kranker vergleichend zwischen den alten und neuen Bundesländern seit der politischen Wende.

Material und Methoden. Psychiatrische Bettenzahlen, Gefangenenraten, die Belegung im Maßregelvollzug, in der stationären Rehabilitation, im stationär betreuten Wohnen und die Raten von Zwangsunterbringungen werden in historischen Zeitreihen dargestellt. Veränderungen wurden in Prozent berechnet.

Ergebnisse. In Ostdeutschland kam es nach 1989 zu einem Abbau der allgemeinspsychiatrischen Betten um 61% sowie der Gefangenenrate um 77% von einem zunächst höheren auf ein deutlich niedrigeres Niveau als in Westdeutschland, bevor es zu einer Anglei-

chung der Kapazitäten kam. In beiden Teilen Deutschlands wurden Kapazitäten im Maßregelvollzug, im betreuten Wohnen und in Rehabilitationseinrichtungen aufgebaut. Die Unterbringungsraten in Alltagspsychiatrien lagen bei beidseitiger steigender Tendenz in alten Bundesländern um den Faktor 3,3 höher als in den neuen Bundesländern.

Schlussfolgerung. Eine Angleichung bezüglich der Art und Häufigkeit von Institutionalisierung vollzog sich zwischen Ost- und Westdeutschland innerhalb weniger Jahre. Deutliche Unterschiede bestehen weiter in der Rate von Zwangsunterbringungen.

Schlüsselwörter

Psychiatrische Betten · Gefangenenraten · Betreutes Wohnen · Maßregelvollzug · Unterbringung

People with mental disorders in East and West Germany. Indicators of institutionalized care since reunification

Summary

Objectives. The aim of this study is to compare the historic development of indicators of institutionalized care for the mentally ill in East and West Germany since the political change of 1989.

Methods. Data on numbers of psychiatric beds, prison populations, the occupancy in forensic psychiatric institutions, in rehabilitation services, in supported housing units and involuntary admission rates are presented in historic time lines. Changes were calculated as a percentage.

Results. After 1989 general psychiatric bed numbers decreased by 61% and the prison population by 77% in East Germany both from initially higher to then lower rates than in West Germany. Since 1993 there has been an approximation of the numbers in East and West Germany. In both parts of Germa-

ny the forensic psychiatric bed numbers, supported housing and rehabilitation capacities have increased. Involuntary admission rates into general psychiatry are on the increase in both parts of Germany. They continue to be 3.3 times higher in West Germany than in East Germany.

Conclusion. The harmonization of capacities in mental health care institutions between both parts of Germany was realized within a few years after reunification. Continuous differences remain regarding the involuntary admission rates.

Keywords

Psychiatric beds · Prison population rates · Supported housing · Forensic psychiatry · Involuntary admission

die zivilrechtliche Unterbringung durch einen Betreuer (nach § 1906, Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]),

— die öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach dem Landesunterbringungsgesetz, veranlasst durch den sozial-psychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter und vollzogen durch örtliche Ordnungsbehörden

(nach dem Psychisch-Krankengesetz [Psych-KG]) sowie

— die vorläufigen Maßnahmen durch Vormundschafts- oder Betreuungsgerichte, insbesondere als Eilmaßnahme vor der Bestellung eines Betreuers (nach § 1846 BGB).

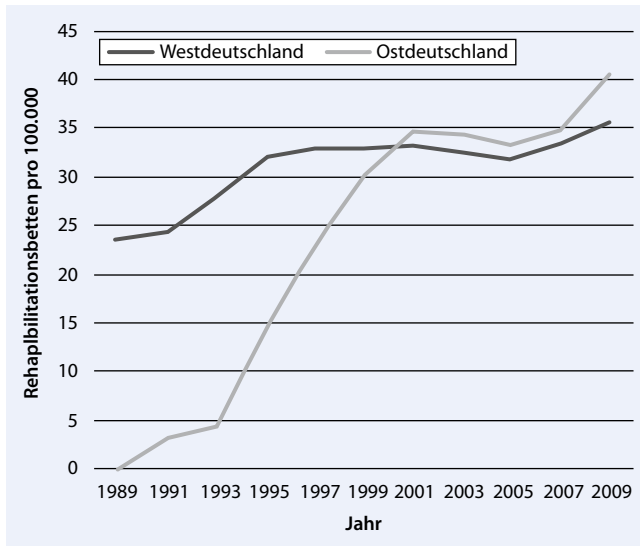


Abb. 2 ▲ Bettenkapazitäten in stationär psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen in Ost- und Westdeutschland seit 1989

Die „unterbringungsähnlichen Maßnahmen“, z. B. Bettgitter, Fesselung (nach § 1906 Abs. 4 BGB), wurden für die vorliegende Untersuchung nicht einbezogen, da sie überwiegend in somatischen Abteilungen oder in Pflegeheimen stattfinden. Im Jahr 2004 lagen keine Daten für Unterbringungen nach § 1906 für Hamburg und nach § 1846 sowie Psych-KG für Schleswig-Holstein vor.

Berechnungen

Die Fallzahlen der Indikatoren wurden pro 100.000 Einwohner einer Bezugspopulation berechnet und historische Zeitreihen in 2-Jahres-Intervallen gebildet. Quelle für die Einwohnerzahlen der Bundesländer war die Einwohnerstatistik des Statistischen Bundesamtes.

Ergebnisse

Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbetten

In Ostdeutschland fiel die Zahl der psychiatrischen und psychosomatischen Betten von 156 pro 100.000 Einwohner im Jahr 1989 auf 61/100.000 im Jahr 1995, was einem Abfall um 61% entspricht. Danach stieg sie langsam wieder an und erreichte im Jahr 2009 einen Stand von 81/100.000. In Westdeutschland fiel die Bettenrate

von 127/100.000 im Jahr 1989 auf einen Tiefststand von 76/100.000 im Jahr 2003, was einem Abfall um 40% entspricht. Bis 2009 stieg sie dann wieder leicht auf 80/100.000. Die psychiatrischen und psychosomatischen Bettenkapazitäten lagen 1989 in Ostdeutschland um 29/100.000 über denen in Westdeutschland, 1995 lagen sie um 29/100.000 darunter, und bis zum Jahr 2009 glichen sich Bettenraten bis auf einen Unterschied von 1/100.000 an (■ Abb. 1).

Kapazitäten in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitation stiegen in Ostdeutschland von 0 im Jahr 1989 auf 41/100.000 im Jahr 2009. Im gleichen Zeitraum wuchsen die Kapazitäten in Westdeutschland von 24/100.000 auf 36/100.000. Seit dem Jahr 2001 sind die Kapazitäten in Ostdeutschland höher als in Westdeutschland. Im Jahr 2009 betrug dieser Unterschied 5/100.000 Einwohner (■ Abb. 2).

Gefangenenraten

Die Gefangenenrate fiel in Ostdeutschland von 190/100.000 Einwohner im Jahr 1989 auf 44/100.000 im Jahr 1993, was einem Abfall um 77% entspricht. Danach stieg sie bis 2009 auf einen Stand von 80. In Westdeutschland stieg die Gefangenenrate von 70 im Jahr 1989 auf einen Höchststand von 93/100.000 Einwohner im Jahr 2003. Seither ist sie wieder

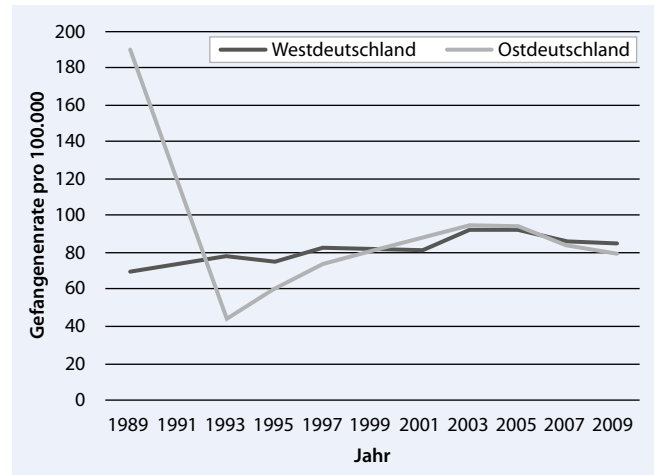


Abb. 3 ▲ Gefangenenraten in Ost- und Westdeutschland seit 1989

auf 85/100.000 im Jahr 2009 abgesunken. In Ostdeutschland lag sie im Jahr 1989 noch um 120/100.000 über der in Westdeutschland. Nur 4 Jahre nach der politischen Wende lag sie im Jahr 1993 um 34/100.000 unter der in Westdeutschland. Bis 2009 glich sie sich bis auf einen Unterschied von 5/100.000 an (■ Abb. 3).

Belegung im Maßregelvollzug

In Ostdeutschland stieg die Belegung im Maßregelvollzug von 0 im Jahr 1989 auf 13/100.000 Einwohner im Jahr 2009. Im gleichen Zeitraums stieg die Belegung in Westdeutschland von 5/100.000 auf 13/100.000. Eine Angleichung der Belegung in den beiden Teilen Deutschlands ist seit 1997 zu sehen bei steigender Tendenz (■ Abb. 4). In beiden Teilen Deutschlands zeigte sich von 1997 bis 2009 mehr als eine Verdoppelung der Belegung.

Betreutes Wohnen

Für die Anzahl der leistungsberechtigten Menschen mit einer seelischen Behinderung im betreuten Wohnen stehen hinreichend zuverlässige und einheitlich erhobene Daten erst ab dem Jahr 2001 zur Verfügung. Die Raten der Leistungsberechtigten im stationär betreuten Wohnen stiegen bis 2009 von 49/100.000 auf 63/100.000 Einwohner in Ostdeutsch-

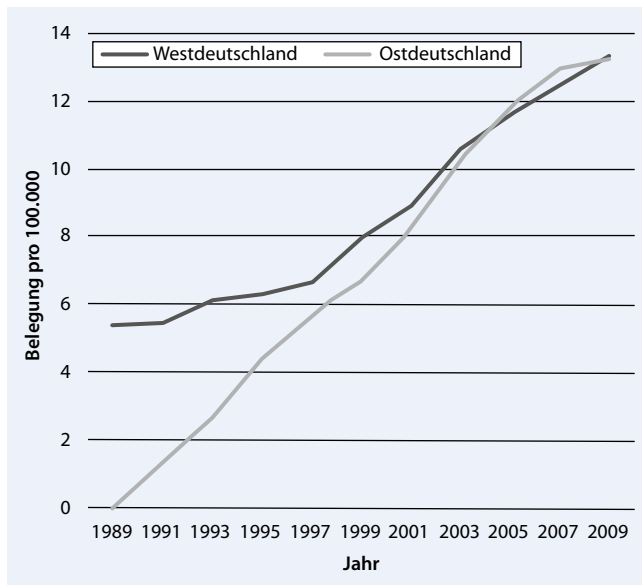


Abb. 4 ▲ Belegung im Maßregelvollzug in Ost- und Westdeutschland seit 1989

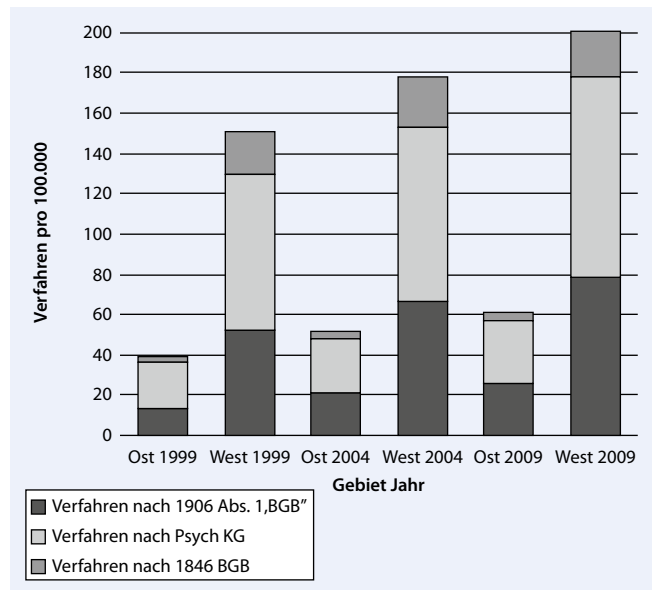


Abb. 5 ▲ Unterbringungsverfahren in Ost- und Westdeutschland seit 1989

land und von 56/100.000 auf 65/100.000 in Westdeutschland. 2001 lag die Rate in Westdeutschland noch um 7/100.000 über der von Ostdeutschland. Dieser Unterschied verringerte sich bis 2009 auf 2/100.000.

Unterbringungen

Für die Unterbringungsverfahren lagen einheitliche, nach Verfahrensart und Absätzen differenzierte Daten erst ab 1999 vor. Zählt man die Verfahren nach § 1906 Abs. 1 BGB, nach Psych-KG und nach § 1846 BGB zusammen, so zeigte sich zwischen 1999 und 2009 eine Steigerung der Verfahrensrate von 39/100.000 auf 61/100.000 Einwohner in Ostdeutschland und von 152/100.000 auf 201/100.000 Einwohner in Westdeutschland. Damit lag 1999 die Anzahl der Verfahren in Westdeutschland um den Faktor 3,6 höher als in Ostdeutschland, im Jahr 2009 um den Faktor 3,3. Bezüglich der Rate der Unterbringungen hat bei einheitlich steigender Tendenz keine Angleichung stattgefunden (■ Abb. 5).

Diskussion

Stärken und Grenzen

Die vorgelegte Arbeit zeigt einen systematischen Vergleich von Indikatoren der

Institutionalisierung zwischen Ost- und Westdeutschland und die quantitative Entwicklung dieser Indikatoren in historischen Zeitreihen nach der politischen Wende.

Einschränkungen ergeben sich aus der Datenlage, die zum Teil lückenhaft ist und zum Teil uneinheitlich erhoben wurde. Nach Bundesländern differenzierte Daten für Gefangeneneraten waren erst seit 1993, für die Unterbringungsverfahren seit 1999 und für stationäre Wohnheime erst seit 2001 verfügbar. Die quantitative Entwicklung der Daten lässt keine Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung in den Institutionen zu. Der Anteil der psychisch Kranken im Justizvollzug kann sich über die Zeit geändert haben. Die Datenlage hierzu ist in Deutschland dürftig. Auch kann eine quantitative Beleuchtung der Kapazitäten in den einzelnen Institutionen ihre komplexen Wechselbeziehungen nicht ausreichend erklären, stellt aber einen ersten Ansatz für weitere Untersuchungen und Diskussionen dar.

Interpretationen und Vergleich mit der Literatur

Während die psychiatrische Versorgung in der DDR einschließlich der Unterbringung psychisch kranker Straftäter auf einer einheitlichen Gesamtpsychia-

trie basierte, die eine Behandlung chronisch Kranker und forensischer Patienten einschloss [14, 26], kam es nach der Wende zu der in westlichen Ländern typischen Aufgliederung in die unterschiedlichen Institutionen [20]. Es bildeten sich in Folge der massiven Verringerung der psychiatrischen Bettenkapazitäten neue Formen stationär-institutioneller Behandlung und Betreuung: Stationäre Wohnheime, Maßregelvollzug, psychosomatische Behandlungsangebote und Rehabilitationen. Sie wurden größtenteils völlig neu implementiert und erreichten nach nur wenigen Jahren die gleichen Kapazitäten wie in Westdeutschland.

In Westdeutschland vollzog sich weiterhin ein kontinuierlicher Prozess des Bettenabbaus in psychiatrischen Kliniken bis zum Jahr 2003. Steigende Raten im stationär betreuten Wohnen, in Gefängnissen (ebenfalls bis zum Jahr 2003) und im Maßregelvollzug legen jedoch nahe, dass es zu einer Transinstitutionalisierung in betreute Wohnformen und in die Vollzugseinrichtungen kam. Insbesondere bewegen sich die Raten der psychiatrischen Betten und die Gefangeneneraten über den gesamten Beobachtungszeitraum gegenläufig. Die psychiatrische Bettenreduktion ging mit einem Anstieg der Gefangenenerate einher. Seit wieder psychiatrische Bettenkapazitäten aufgebaut wurden, sank die Gefangenenerate. Die bis 2003 gestie-

genen Gefangeneneraten in Westdeutschland bei hoher Prävalenz psychischer Störungen unter den Inhaftierten [10] legen nahe, dass proportional zur Gefangenenerate insgesamt mehr Menschen mit einer psychischen Störung in den Haftanstalten institutionalisiert wurden. Der starke Abfall der Gefangenenerate in Ostdeutschland zum Zeitpunkt der politischen Wende lässt sich zum einen dadurch erklären, dass es eine Reihe von Amnestien für kurze und mittlere Haftstrafen sowie für politische Häftlinge in den Jahren 1989 und 1990 gab [9]. Des Weiteren sprachen die rechtsprechenden Organe in dieser Zeit wegen der unklaren rechtlichen Rahmenbedingungen verhältnismäßig wenige Neuverurteilungen aus [9]. Dies erklärt den dramatischen Abfall der Gefangeneneraten von 190 auf 44 pro 100.000 Einwohner in wenigen Jahren von dem Doppelten auf fast die Hälfte der Rate in Westdeutschland. In den Folgejahren fand eine Angleichung der Gefangeneneraten statt. Der leichte Rückgang von Gefangeneneraten in beiden Teilen Deutschlands seit 2003 könnte mit einer Transinstitutionalisierung chronisch Suchtkranker in betreute Wohnformen in Zusammenhang stehen.

Eine kontinuierlich steigende Belegung im Maßregelvollzug bis hin zur Auslagerung in andere Institutionen zeigt die wachsende Bedeutung dieser Einrichtung für die Institutionalisierung psychisch Kranker [24].

Auch dem stationär betreuten Wohnen für chronisch psychisch Kranke oder Behinderte kommt eine wachsende Bedeutung zu. Bei einer Verweildauer von durchschnittlich 10 Jahren bleibt die Frage, zu welchem Grad hier Selbstbestimmung und soziale Inklusion stattfinden [21]. Bei zunehmender Diversifizierung von Trägern, Betreuungsintensitäten, Anbietern und Marktteilnehmern ist ein Überblick kaum noch herzustellen. Zumindest ist seit einigen Jahren eine annähernd lückenlose quantitative Erhebung der Fallzahlen zustande gekommen.

Die Daten deuten darauf hin, dass die Verringerung der konventionellen psychiatrischen Krankenhausbetten mit einer insgesamt eher zunehmenden Institutionalisierung der Versorgung psychisch

Kranker einhergeht. Dafür gibt es mehrere Erklärungsmöglichkeiten:

- Die Zunahme der Häufigkeit von Erkrankungen aufgrund demographischer Veränderungen [17].
- Die soziale Unterstützung außerhalb von Institutionen ist bei einer Abnahme traditioneller Familienverbände und steigenden Armutsraten rückläufig, sodass Institutionen diese Unterstützung übernehmen.
- Eine rückläufige gesellschaftliche Risikobereitschaft, abweichendes Verhalten zu tragen und möglicherweise gefährliches Verhalten psychisch Kranker in Kauf zu nehmen, könnte zu einer Zunahme von Personen in Vollzugseinrichtungen geführt haben.
- Die Trägerorganisationen von betreuten Wohneinrichtungen können durch Steigerung der Kapazitäten und Fallzahlen Einkommenssteigerungen erzielen.
- Kosten für die Versorgung psychisch Kranker können aus dem Gesundheitsbereich in den Sozial- und Justizbereich verschoben werden.
- Das stationär psychiatrische und psychotherapeutische System öffnet sich, die Verlagerung der Ressourcen in die Psychosomatik und Rehabilitation fürchtend [3, 11], zunehmend den tendenziell leichter Kranken mit hohem Funktionsniveau.

Die deutlich gestiegenen Unterbringungs-raten lassen sich für Gesamtdeutschland zum Teil durch kürzere und häufigere Klinikaufenthalte chronisch Kranker erklären. Zwar sind die Unterbringungs-raten in den letzten 10 Jahren stark gestiegen, doch hat sich ihr Anteil an den Gesamtaufnahmen in Krankenhäusern nicht verändert [23]. Die Tatsache, dass auch die Zahl der unter rechtlicher Betreuung stehenden Personen kontinuierlich steigt [28], könnte jedoch dafür sprechen, dass Zwangsmaßnahmen nicht nur häufiger eingesetzt werden, sondern auch einen wachsenden Personenkreis betreffen. Der deutliche Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland hinsichtlich der Anwendung von Unterbringungsverfahren lässt sich dadurch nicht erklären. Ob dieser Unterschied mit sozioökonomischen Faktoren wie Einkommensunter-

schieden zu tun hat, ist sehr fraglich [29]. Eher lässt sich dieser Unterschied historisch begründen: Niedrige Unterbringungs-raten könnten Ausdruck einer traditionell höheren Autorität der unterbringenden Instanz sein, die sich bei gleichzeitig größerer Hörigkeit seitens der Betroffenen gegenüber dieser Instanz seltener der Notwendigkeit gegenüber sieht, diese Form der Rechtssicherheit für ihre Patienten herzustellen. Die Daten sprechen dafür, dass unterschiedliche Grade von Verrechtlichung von Zwang und von informellem oder verdecktem Zwang, der von Überredung, zu Ausübung von Druck bis zu Androhung reichen kann, in der klinischen Praxis vorherrschen. Qualitative Studien müssen hierzu weiteren Aufschluss geben.

Implikationen

Es besteht ein Bedarf für verbesserte, einheitliche nationale sowie regionale Datensammlungen bezüglich aller Formen der Institutionalisierung psychisch Kranker, insbesondere im Bereich des betreuten Wohnens und der Unterbringungs-raten. Es bedarf weiterer Untersuchungen, wie hoch der Anteil psychisch kranker Menschen in deutschen Haftanstalten tatsächlich ist und ob er sich über die Zeit verändert. Welche Rolle die betreuten Wohnformen in ihren unterschiedlichen Arten und Qualitäten für die Institutionalisierung chronisch psychisch Kranker spielen, muss weiter untersucht werden. Dieser Bereich befindet sich in einem steten Wachstums- und weiteren Differenzierungsprozess, der eine Evaluation verkompliziert. Weiterer Forschungsbedarf besteht bezüglich der Erklärungen für den unterschiedlich häufigen Einsatz von Zwangsunterbringungen zwischen Ost- und Westdeutschland bei fast gleicher Gesetzeslage.

Bei der Planung von Versorgung muss zunehmend interdisziplinär gedacht werden und eine Vernetzung der beteiligten Institutionen stattfinden. Eine Transinstitutionalisierung psychisch Kranker aus psychiatrischen Kliniken oder betreuten Wohneinrichtungen in den Justizvollzug, die nach unseren Daten bis 2003 stattgefunden haben könnte, sollte nicht nur aus ethischen, sondern auch aus praktischen

Gründen vermieden werden. Im Gefängnis gelingt die soziale Inklusion in der Regel am wenigsten. Die Ressourcen für die Behandlung sind am geringsten, während die Kosten für die Allgemeinheit durch aufwendige Verfahrenswege sehr hoch sind.

Fazit für die Praxis

- **Bezüglich der Indikatoren der Institutionalisierung psychisch Kranker hat sich zwischen Ost- und Westdeutschland eine Angleichung vollzogen.**
- **Erhebliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland bezüglich der Rate von Zwangsunterbringungen bestehen weiterhin.**
- **Die Daten sprechen für insgesamt geringere Institutionalisierungsraten in einem diversifizierten System in Ostdeutschland im Vergleich zu vor der politischen Wende.**
- **Die Daten sprechen gegen wesentliche Änderungen der Rate an institutionalisierten Menschen insgesamt in Westdeutschland. Lediglich die Verteilung auf die unterschiedlichen Institutionen hat sich verändert.**
- **Einem Abbau von allgemeinpsychiatrischen Betten steht ein Zuwachs im Strafvollzug bis zum Jahr 2003 gegenüber.**
- **Eine zunehmende Institutionalisierung psychisch Kranker findet im Maßregelvollzug statt.**

Korrespondenzadresse



Dr. A.P. Mundt
Clínica Psiquiátrica
Universitaria, Hospital Clínico
Universidad de Chile
Av. La Paz 1003 Santiago
Chile
a.mundt@qmul.ac.uk

Interessenkonflikte. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bagüs/Con_Sens (2010) Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. http://www.consens-info.de/index.php?ccpage=egh_veroeffent

2. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV et al (2009) Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry* 166:103–109
3. Bauer J, Kächele H (2005) Das Fach „Psychosomatische Medizin“: Seine Beziehungen zur Neurologie und zur Psychiatrie. *Psychotherapie* 10:14–21
4. Deinert H (Hrsg) *BtPrax-Online-Lexikon* Betreuungsrecht; Bundesanzeiger-Verlag Köln, [http://wiki.btprax.de/\(http://www.betreuerlexikon.de/Unterbringungsverfahren\)](http://wiki.btprax.de/(http://www.betreuerlexikon.de/Unterbringungsverfahren)), diese Seite wurde zuletzt am 01.04.2012 um 13:49 Uhr geändert
5. Destatis (2011) Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahretePDF_5243201.pdf?__blob=publicationFile
6. Destatis (2010) Strafverfolgung. Fachserie 10, Reihe 3. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafverfolgung2100300027004.pdf?__blob=publicationFile
7. Destatis (2011) Strafvollzug. Fachserie 10, Reihe 41. Wiesbaden. <http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafvollzugVollzug/Strafvollzug.html>
8. Destatis (2003) Strafvollzug – Anstalten, Bestand und Bewegung der Gefangenen. Fachserien 10, Reihe 42. Bundesamt S, Wiesbaden (auf Anfrage zugesandt, 2011)
9. Dölling B (2009) Strafvollzug zwischen Wende und Wiedervereinigung. Christoph Links, Berlin
10. Fazel S, Seewald K (2012) Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 200:364–373
11. Fritze J, Berger M (2003) Weitere vollstationäre Kapazitäten für Psychosomatik? Bundesländer bringen sich in Widerspruch zu den eigenen Experten. *Nervenarzt* 74:387–388
12. Geller JL (2002) Not a Joking Matter. *Psychiatr Serv* 53:346
13. Hamden A, Newton R, Mccauley-Elsom K et al (2011) Is deinstitutionalization working in our community? *Int J Ment Health Nurs* 20:274–283
14. Kammeier H (2010) Maßregelvollzugsrecht. De Gruyter, Berlin
15. Konrad N (2001) Redevelopment of forensic-psychiatric institutions in former East Germany. *Int J Law Psychiatry* 24:509–526
16. Lamb HR, Weinberger LE (1998) Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatr Serv* 49:483–492
17. Luppá M, Gentsch K, Angermeyer MC et al (2011) Geschlechtsspezifische Prädiktoren von Institutionalisierung im Alter – Ergebnisse der Leipziger Längsschnittstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+). *Psychiatr Prax* 38:185–189
18. Novella EJ (2010) Mental health care and the politics of inclusion: a social systems account of psychiatric deinstitutionalization. *Theor Med Bioeth* 31:411–427
19. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330:123–126
20. Priebe S, Frottier P, Gaddini A et al (2008) Mental health care institutions in nine European countries, 2002–2006. *Psychiatr Serv* 59:570–573
21. Richter D (2010) Evaluation des stationären und ambulanten betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe. *Psychiatr Prax* 37:127–133
22. Roesch R, Ogloff JR, Eaves D (1995) Mental health research in the criminal justice system: The need for common approaches and international perspectives. *Int J Law Psychiatry* 18:1–14
23. Salize HJ, Spengler A, Dressing H (2007) Zwangseinweisungen psychisch Kranker – wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern? *Psychiatr Prax* 34(Suppl 2):196–202
24. Schalast N, Balten A, Leygraf N (2003) Zur Unterbringung forensischer Patienten in der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenarzt* 74:252–258
25. Schanda H (2000) Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher – ein Problem der Allgemeinpsychiatrie? *Psychiatr Prax* 27(Suppl 2):72–76
26. Schmiedebach HP, Beddies T, Schulz J et al (2002) Wohnen und Arbeit als Kriterien einer „sozialen Integration“ psychisch Kranker – Entwicklungen in Deutschland von 1900 bis 2000. *Psychiatr Prax* 29:285–294
27. Schott H, Tölle R (2006) Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. Beck, München
28. Valdes-Stauber J, Deinert H, Kilian R (2012) Auswirkungen des Betreuungsgesetzes im wiedervereinigten Deutschland (1992–2009). *Nervenarzt* 83:644–652
29. Valdes-Stauber J, Deinert H, Kilian R (2012) Deutsche unterbringungsrechtliche Praxis auf Bundes- und Länderebene nach Einführung des Betreuungsgesetzes (1992–2009). *Fortschr Neurol Psychiatr* 80:267–275
30. Zinkler M (2008) Früher entlassen – schneller im Maßregelvollzug? Zum Verhältnis von allgemeiner zu forensischer Psychiatrie. *Recht Psychiatrie* 26:102–105