

Sparte: Psychiatrie/Zeitkritisches

Gekürzte Fassung veröffentlicht in: Diakonie Impulse 2 /2003 unter dem Titel: Psychiatrie im Wandel -  
Annehmen was zum Leben gehört

## Was tut sich in der Sozialpsychiatrie? – Entwicklungen und Widersprüche *Renate Schernus*

„Es handelt sich aber im Grunde um Prinzipielleres: der Gesellschaft welche diesen verschwiegenen Teil ihrer selbst vernachlässigt, dieses in ihren offiziellen Verlautbarungen aber übertönt, droht das Abgleiten aus einer heilen Ordnung ihrer soziaethischen Praxis in eine soziopathische Fassade.“ (10)

„Seelische Gesundheit möglich machen – mehr als Krankheit verhindern“, so der Titel einer Tagung der Bundesvereinigung für seelische Gesundheit 1980. Während dieser Tagung wurde von Friedrich Specht über eine empirische Untersuchung berichtet, deren wichtigstes Ergebnis folgendes war: Ein soziales System, z. B. eine Familie, eine Gruppe, eine Schulklasse, eine ganze Schule ist nur solange „normal“ wie zu jedem Zeitpunkt etwa 25 Prozent seiner Mitglieder „nicht normal“ sind. Diese 25 Prozent sind sozusagen notwendig, damit ein System nicht an Normopathie erstickt.

Ganz besonders in der Psychiatrie greifen Institutionen, die nur darauf ausgerichtet sind, Krankheit weg oder unsichtbar zu machen, zu kurz. Eine solche Einengung verhindert, dass der zum menschlichen Leben gehörenden Dynamik von Glück und Unglück, Einsamkeit und Gemeinsamkeit, Eigenmächtigkeit und Abhängigkeit ein Sinn gegeben werden kann und sie so für die Bewältigung der Krankheit oder dem Leben mit ihr fruchtbar gemacht werden kann. Sicher geht es hierbei auch um die Wahrung der Menschenrechte kranker und be-fremdender Personen. Es geht aber genauso um die Gesellschaft selbst. Das rigorose Ausgrenzen der notwendigen 25 Prozent Behinderter, Verrückter, nicht voll Leistungsfähiger zu denen übrigens jeder von uns zeitweilig gehören kann, macht eine Gemeinde krank und ent-fremdet sie. An Orten, an denen Leiden und Glück, Ordnung und Chaos, Jugend und Alter, die grundsätzliche Widersprüchlichkeit unserer Gefühle und Empfindungen, der Wechsel von Stärken und Schwächen sowie ihr grundsätzliches Ineinanderverwobensein als prinzipiell zum menschlichen Leben gehörend, angesehen werden, läßt sich hingegen gut leben.

Wie nun steht es gegenwärtig um den Lebenshauch des Sozialen, durch den die Psychiatrie das, was sie sein will, überhaupt erst sein kann.

„Ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie“, konstatiert der Heidelberger Psychiater und Psychiatriereformer Max Fischer bereits 1919. (6) „Psychiatrie ist Soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie“, wiederholt Klaus Dörner 1995. (3)

Bei allem, was man unter „sozial“ von wissenschaftlicher Seite her auch noch verstehen kann und muß, ist nicht zu übersehen, dass in dem Wort immer auch eine ethische Grundhaltung mit anklingt, die sich an ganz allgemeinen humanen Werten orientiert und die dort, wo solche Werte grob vernachlässigt werden zur Empörung fähig ist und von daher zu gesellschaftskritischem Denken und Handeln.

Die Psychiatriereform der 80-iger Jahre in Deutschland gewann m. E. die sie antreibenden Denk- und Handlungsimpulse aus einer sich an den damaligen Verhältnissen entzündenden Empörung.

Damals fehlten „die elementarsten Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein, für ein Minimum an individuellem Entfaltungsspielraum.“ (4)

Die heutige psychiatrische Landschaft hat sich im Vergleich zu solchen Zuständen, so stellen wir erleichtert fest, eindeutig und eindrucksvoll verbessert. Deutschland hat zwar mit einiger

Verzögerung, dann aber doch den Anschluß an den internationalen Konsens hinsichtlich der grundsätzlichen Richtung der Psychiatriereform gefunden.

- Die Großkrankenhäuser sind massiv verkleinert und mit erheblichen Mitteln renoviert worden. Zwischen 1973 und 1995 wurden ca 45 000 bis 60 000 Menschen in andere Wohnformen entlassen.(15)
- Im Sinne der Suche nach individuell angepassten Lösungen ist eine Vielzahl extramuraler Einrichtungen und Dienste wie Tageskliniken, Kontaktstellen, Tagesstätten, ambulante Betreuungsdienste, Behindertenwerkstätten, Zuverdienstfirmen etc. entstanden.
- An Allgemeinkrankenhäusern sind im Sinne der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken psychiatrische Abteilungen eingerichtet worden. (ca 160 nach Finzen)
- Die stationären Aufenthalte sind erheblich verkürzt und ähneln auch dadurch mehr den Klinikaufhalten somatisch Kranker.
- Das Angebot an therapeutischen Verfahren bis hin zu psychoedukativen Programmen ist deutlich erweitert worden.
- Durch eine bundesweite, die notwendige Multiprofessionalität berücksichtigende Personalverordnung konnte der Personal- Patientenschlüssel erheblich verbessert werden.
- Psychiater verstehen ihre Rolle nicht mehr paternalistisch und haben sich dem Dialog geöffnet und zwar sowohl mit Psychiatrieerfahrenen und ihren Angehörigen als auch mit anderen Berufsgruppen.

Das Problem der Aufzählung all dieser Errungenschaften liegt darin, dass sie gleichzeitig Wirklichkeit beschreibt und verschleiert.

Schauen wir genauer hin, so finden wir erhebliche Widersprüche. Zwar wurden die Großkrankenhäuser effektiv verkleinert, und dadurch sehr viele ehemalige Langzeitpatienten „enthospitalisiert“. Jedoch wurden ca 72% dieser Menschen, überwiegend nach technokratischen Gesichtspunkten und keineswegs unter den Leitideen von Gemeindenähe und individuellen Wünschen, in Heime verlegt.

1995 lebten noch ca. 14 000 nicht krankenhausbearbeitungsbedürftige Personen in den Fachkrankenhäusern. (14) Differenzierte bundesweite Zahlen zur gegenwärtigen Wohnsituation psychisch kranker Menschen liegen nicht vor.

Die Statistik des Diakonischen Werkes weist für das Jahr Zweitausend 4700 Heimplätze für psychisch kranke Menschen in diakonischen Einrichtungen aus, gegenüber 3076 Plätzen, die als Außenwohngruppen, WG's, Betreutes Wohnen und Übergangseinrichtungen klassifiziert werden.. Wieviele der letzteren Plätze als ambulant betreutes Wohnen im sozialrechtlichen Sinn zu verstehen sind, ist aus den Zahlen nicht eindeutig zu entnehmen.

Deutlich ist jedoch, dass einzelne Regionen sich erheblich unterscheiden hinsichtlich der Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe „ambulant vor stationär“. Während es in einigen Kommunen weitgehend gelungen ist, ehemaligen „Bewohnern“ der Langzeitstationen normale ambulant betreute Wohnmöglichkeiten zu bieten (eindrucksvoll das Beispiel Gütersloh), tut sich in anderen Kommunen nichts Vergleichbares. (9)

Allerdings, die Zeit der schwungvollen, kreativen, von engagierten einzelnen Mitarbeitern getragenen kommunalen Vereinsgründungen zur Betreuung psychisch kranker Menschen mit all den schönen Namen (Brücken, Lebensräume, Boote usw.) scheint vorbei zu sein.

Nicht nur gibt es wenig Neugründungen dort, wo sie notwendig wären, sondern viele dieser Initiativen kämpfen teils ums Überleben, teils um ihr Selbstverständnis, was „soziale“ Werte betrifft. Sozialpolitisch, ökonomisch und gesellschaftlich gibt es erheblichen Gegenwind.

Fritz Bremer beschreibt die Situation folgendermaßen: „All die Initiativen, die die Entwicklung der Reform ...wesentlich vorangetrieben und gestaltet haben, geraten nun durch die Vertragsinstrumente, die aus dem § 93 (BSHG) abgeleitet werden, in ein anderes Fahrwasser: Gestaltungsraum wird ... eingeschränkt, .... Vergütungssätze sollen sich künftig an Mittelwerten orientieren. Kontrollinstrumente werden eingesetzt. Managementvokabular hält Einzug. Alle Beteiligten wissen: So wird auch Sparpolitik durchgesetzt. Niemand spricht das klar und deutlich aus. Denn alle wollen in dieser Lage pragmatisch

sein, handlungsfähig bleiben, dem Prozess Aspekte der Modernisierung und Verbesserung abgewinnen.“  
(2)

Hatte die Psychiatriereform, wie bereits erwähnt, von Anfang an ein selektives, die längerfristig psychisch Kranken vernachlässigendes Interesse, so spitzt sich dieses Problem unter den ökonomischen und gesellschaftlichen Bedingungen der letzten Jahre insbesondere hinsichtlich psychisch kranker Straftäter und alter psychisch kranker Menschen immer mehr zu.

In der forensischen Psychiatrie scheint es gegenwärtig besonders schwierig, die notwendige Balance zwischen Therapie und dem Bedürfnis nach öffentlicher Sicherheit zu halten. Trotz der Pionierarbeit Hartmut Bargfredes zur „Enthospitalisierung forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten“ von 1999 und mancher fortschrittlichen Konzepte (Niedersachsen) scheint der Weg zu einer prinzipiellen Gleichstellung forensischer Patienten mit anderen psychisch Kranken nach den Grundsätzen der Psychiatrie-Enquete noch sehr weit. Immerhin sind die Lebenslagen psychisch kranker Straftäter in den letzten Jahren wieder etwas mehr nicht nur in das öffentliche, sondern auch in das sozialpsychiatrische Bewußtsein gerückt, was sich unter anderem an diesbezüglichen Tagungen, Zeitschriftenartikeln, der Bochumer Erklärung der DGSP zum Maßregelvollzug (Soziale Psychiatrie 3/99) und nicht zuletzt an der Tatsache zeigt, dass in die Neuauflage (2002) des sozialpsychiatrischen Ur-Lehrbuchs „Irren ist menschlich“ ein Kapitel über die forensische Seite der Psychiatrie aufgenommen worden ist.

Kritisch werden von sozialpsychiatrischer Seite Modelle gesehen, die in den Niederlanden z. T. bereits verwirklicht werden, wie die sogenannten „Long-stay-units“, bei denen bestimmte Personengruppen dauerhaft weggeschlossen werden sollen. Sie stehen konträr zu den sonstigen sozialpsychiatrischen Deinstitutionalisierungsbestrebungen, zur Orientierung an den Menschenrechten und zur Philosophie des „Beim-Letzten-anfangen“ (K. Dörner)

Was alte psychisch kranke Menschen betrifft, so ist ihre Situation in Alten- und Pflegeheimen als katastrophal zu bezeichnen.

Trotz und z. T. gerade wegen der Pflegeversicherung kommt in den allermeisten der vorhandenen Versorgungsstrukturen der Teil der alten und pflegebedürftigen Personen, die zusätzlich oder hauptsächlich an Demenzen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden nicht ansatzweise in den Genuss dessen, was sich eine soziale Psychiatrie nennen könnte. Sowohl in den gegenwärtigen Bemühungen um adäquate psychiatrische Behandlung als auch in den Konzeptionen von Gemeindepsychiatrie spiegeln sich die allgemeinen gesellschaftlichen Wertsetzungen wieder, bei denen chronisch kranke und alte Menschen zu kurz kommen. (1/11/16)

Dass letztere nicht an den Rand, sondern in die Mitte der Gemeinde gehören, scheint sogar für ausgewiesene sozialpsychiatrisch orientierte Kollegen ein eher ungewohnter Gedanke.

Ob es gelingen kann, z. B. mit Hilfe einer Enquete der Heime (K.Dörner), die in diesem Sinne höchst selektive Schlagseite auch der sozialen Psychiatrie allmählich zu korrigieren, bleibt zu hoffen.

Allerdings scheint Empörung als Quelle fachlichen und politischen Handelns eher nicht zeitgemäß, statt dessen wird mit geradezu exzessivem Aufwand versucht, Kostenträger und Politiker sozusagen mit ihren eigenen Waffen zu schlagen, sie auf den eher formalen und technischen Ebenen zu überzeugen. Mit unverhältnismäßig wuchernden – d.h. nicht mehr in angemessenem Verhältnis zu inhaltlicher Arbeit stehenden - Dokumentationssystemen und Qualitätssicherungsinstrumenten aller Art hofft man, sich vor Mittelkürzungen schützen zu können

Was nun die Einrichtung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern betrifft, gibt es auch hier keinen eindeutigen Reformprozess, sondern ein Nebeneinander von ehemaligen restaurierten Fachkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Vor kurzem konnte man einen heftigen Streit zwischen diesen und jenen beobachten. Selbst wenn man abweichend vom reinen sozialpsychiatrischen Abteilungsdogma bereitwillig

konzipiert, dass es inzwischen durchaus das eine oder andere Fachkrankenhaus gibt, das dem gemeindepsychiatrischen Auftrag besser nachkommt als manche Abteilung, kann man doch nicht umhin zu erkennen, dass es in dieser Diskussion zu hohen Teilen um Machterhalt großer Träger geht.

Auch die zunehmend beliebte Anwendung und Entwicklung spezialisierter, gruppenhomogener, standardisierter Therapieprogramme, deren Effekte sich noch am ehesten mit den aus den Naturwissenschaften bekannten statistischen Modellen beschreiben lassen, kann als widersprüchlich wahrgenommen werden, löst sie den Patienten doch eher aus seinen natürlichen sozialen Zusammenhängen heraus.

Ein unvermeidlicher Widerspruch ergibt sich bereits aus der sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch kranker mit körperlich kranken Menschen. Einerseits fördert letztere Normalisierung und mindert Stigmatisierung, andererseits dürfte eine ganz normale medikamentenzentrierte, konventionelle Krankenhausbehandlung den komplexen Problemlagen psychisch kranker Menschen gerade nicht gerecht werden.<sup>(7)</sup>

Die Gefahr besteht, dass im Zusammenhang mit dem sozialrechtlichen Fortschritt der Gleichstellung diejenigen Personengruppen vernachlässigt werden, bei denen Fragen des Umgangs mit bleibenden Beeinträchtigungen, Alltagsbewältigung, Einbindung in soziale Bezüge und Ähnliches im Vordergrund stehen, also z. B. längerfristig psychisch kranke und gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen.

Neben den bisher behandelten Perspektiven sollte der Blick auf Sozialpsychiatrie als Wissenschaft nicht ganz vernachlässigt werden. Dezember 2000 äußerte Asmus Finzen unter der Überschrift „Sozialpsychiatrie ohne Zukunft?“ erhebliche Befürchtungen. Unter anderem macht er letztere an der Tatsache fest, dass „an den Universitäten im deutschsprachigen Raum ... allenfalls noch ein halbes Dutzend sozialpsychiatrischer Abteilungen mit eigenständigen Forschungsaufträgen“ existiert, „davon mehr als die Hälfte in Österreich und in der Schweiz.“<sup>(5)</sup> Heutzutage scheint es leicht Drittmittel für genetische Forschung zu beschaffen, schwierig aber für qualitative Sozialforschung, biographische Forschung und ähnliche Ansätze.

Einen Lichtblick stellt der pharmaunabhängige, von freien Trägern und sozialpsychiatrisch engagierten Vereinen gesponserte Forschungspreis für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie dar, der Ende 2002 zum 3. Mal während der Jahrestagung der DGSP verliehen wurde.

Auch hinsichtlich der Überwindung einer medizinisch dominierten Psychiatrie können einen Zweifel beschleichen, wenn man die derzeitige Neigung so mancher Klinik beobachtet, sich in „Zentrum für ...“ umzubenennen.

Klaus Weise bezeichnet, als „kopernikanische Wende“, dass nicht das Krankenhaus und der Psychiater im Zentrum steht, sondern „der Patient und sein soziales Beziehungsgefüge“<sup>(15)</sup> Die einer solchen Zentrumsverschiebung entsprechende „Alltagswende“ (K. Weise in Anlehnung H. Luther), d.h. die Einbeziehung Psychiatererfahrener und ihrer Angehörigen in die Behandlung und die Kooperation mit ihren Verbänden auf sozialpolitischer Ebene, wird in den Regionen äußerst unterschiedlich gehandhabt. In manchen Regionen gedeihen Psychoseminare, Dialoggespräche, regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation mit den Selbsthilfevereinen usw., in anderen ist wenig davon zu merken. Bezeichnender Weise wird die Beteiligung Betroffener bei Entwicklung und Anwendung gängiger Verfahren zur Qualitätssicherung selten für notwendig gehalten.

Eine rühmliche Ausnahme bilden die Kapitel zur Klienten- und Angehörigenbeteiligung der Neuauflage des PPQ-Handbuchs 2002. (Pro Psychiatrie Qualität, Handbuch zur leitzielorientierten Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie)

„Alltagswende“ bezeichnet eine Facette des Demokratisierungsprozesses der von Anfang an wesentlich zu den Zielen der Reformpsychiatrie der 80-iger Jahre gehörte. In diesem Zusammenhang öffnete man sich damals auch der Einsicht, dass die sogenannten Basismitarbeiter häufig mehr vom Alltag und der sozialen Lebenswelt der Patienten wußten und in ihre Arbeit einbeziehen konnten als so mancher Akademiker.

Dieser Demokratisierungsprozess in allen seinen Facetten gerät gegenwärtig in Gefahr durch ökonomische Zwänge, neue wissenschaftliche Moden und die extreme Zunahme sekundärer, bürokratischer, nicht Patienten bezogener Tätigkeiten wieder an den Rand gedrängt zu werden.

Er wird von Vertretern vorwiegend betriebswirtschaftlich imprägnierter Managementphilosophien gerne als „Gutmenschentum“ belächelt und nur so lange zugelassen, wie sich daraus keine Kosten ergeben.

In sich widersprüchlich sind auch Versuche, die „Alltagswende“ ihrerseits wieder auf eine instrumentelle Metaebene zu heben, um sie so in den gewohnten Griff technisch verstandener, Handhabbarkeit zu bringen. Selbst solche, aus der geistigen Mitte moderner Sozialpsychiatrie entwickelten, Instrumente wie der IBRP (8) lassen bei manchem Zweifel daran aufkommen, ob die Alltagswende so instrumentalisiert zu haben ist.

Fast prophetisch mutet Karl-Peter Kiskers Mahnung von 1967 an:

„Verharrt man im Gehäuse der technisch diagnostischen Sprache und handhabt die Therapie – auch die soziale – als ein kalkulierbares Instrument, so bewahrt man sich zwar die zweifelhafte Würde, ein Spezialist des Mitmenschen als des radikal ‚Anderen‘ (ein ‚Alienist‘ also) zu sein, man verfehlt aber zugleich jene Not, Einsamkeit und Angewiesenheit, die sich im Verhalten der Behinderten ausdrücken will.“ (10)

Arbeit wäre eigentlich das gebotene Medium, das im Sinne der „Alltagswende“ psychisch kranken Menschen erlauben könnte, sich alltags in normalen sozialen Rollen zu bewegen und aus diesen Selbstbewußtsein, Erfolgserlebnisse zu schöpfen.

Die 2002 von Niels Pörksen u.a. vorgelegte Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen lehrt etwas anderes. Trotz einiger modellhafter Integrationsfirmen, Zuverdienstfirmen und Werkstätten sind mehr als 43% aller psychisch kranken Menschen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und etwa die Hälfte aller chronisch psychisch kranken Menschen ohne jegliches Beschäftigungsangebot. (13)

Sieht man sich die Statistik des Diakonischen Werkes hinsichtlich der Verteilung von Mitarbeitern auf die unterschiedlichen Arbeitsfelder an, so fällt auch hier auf, dass lediglich 573 Mitarbeiter in den Bereichen Beschäftigung/Werkstätten tätig sind, gegenüber 9244 in allen übrigen Bereichen

Zusammenfassend läßt sich festhalten, dass es eine verwirrende Gleichzeitigkeit gibt: auf der einen Seite eine Vielzahl unterschiedlicher Realisierungsstufen kommunal gestalteter Psychiatrie im Sinne der Sozialpsychiatrie auf der anderen Seite ein Weiterbestehen ausgrenzender Strukturen. An klaren Konzepten hinsichtlich sozialer und kommunaler Psychiatrie zu Wohnen, Arbeiten und sektorierter klinischer Behandlung, einschließlich der Handhabung von Krisen fehlt es nicht, und auch die Beweise, dass eine kleinräumige, die sozialen Bezüge berücksichtigende Versorgung in der Kommune möglich ist, sind längst in Deutschland und international erbracht.

Was also fehlt noch? Nach Pörksen Folgendes: „Menschen, die sich der Benachteiligten annehmen, die sich kümmern, die sich die gemeindepsychiatrische Versorgung in ihrer jeweiligen Region zu eigen machen, die Verbündete suchen und auf allen Ebenen in der Kooperation mit Betroffenen und Angehörigen, in der Kommunalpolitik und in der Versorgung ‚dran bleiben‘.“ sowie ein „Minimum an gesellschaftlichem Konsens in der Frage der Bedeutung benachteiligter Gruppen für das lebendige Leben einer Gesellschaft“ (12) Sozial tönen tut heutzutage im Zeitalter von Marktwirtschaft, Sparprogrammen und Qualitätssicherung so manches, wenn solches Tönen allerdings immer weniger mit der Lebenswirklichkeit und dem Alltag benachteiligter Menschen zu tun hat, könnte wie Kisker seinerzeit formulierte „das Abgleiten ... in eine soziopathische Fassade“ (10) drohen.

*Renate Schernus  
Bohnenbachweg 15  
33617 Bielefeld  
Februar 2003*

**Literatur**

zu „Was tut sich in der Sozialpsychiatrie? – Entwicklungen und Widersprüche“ (R.Schernus)

1. Beyer-Peters, Detlev: Auf dem Weg in die Pflegekatastrophe – Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, Soziale Psychiatrie Jahrgang 23, Heft 2 1999, 14
2. Bremer, Fritz: Erosion oder Reform? in: Wie geht's uns denn heute! – Sozialpsychiatrie zwischen alten Ideen und neuen Herausforderungen, Neumünster 2001, 167/168
3. Dörner, Klaus: Was ist Sozialpsychiatrie(1972), in: Was ist Sozialpsychiatrie, Hg.: Finzen. A./Hoffmann-Richter, U., Bonn 1995
4. Finzen, Asmus: Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie, soziale Psychiatrie (1973), in: Was ist Sozialpsychiatrie, Hg.: Finzen. A./Hoffmann-Richter, U., Bonn 1995
5. Finzen, Asmus: Sozialpsychiatrie ohne Zukunft?, FAZ 27.12.2000
6. Fischer , Max: Die soziale Psychiatrie im Rahmen der sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege(1919), in: Was ist Sozialpsychiatrie, Hg.: Finzen. A./Hoffmann-Richter, U., Bonn 1995
7. Forster, Rudolf: Paradoxie einer Reform? Der Wandel der Psychiatrie als neue Stufe der Medikalisierung, in: Aufgabe, Gefährdungen und Versagen der Psychiatrie, Hg.: Meißel, T./Eichberger, G., Linz 1999, 90)
8. Kauder, Volker(Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bonn 1997
9. Klein, Rüdiger/Zechert, Christian: Ambulant vor stationär oder kann man aus einer Mücke einen Elefanten machen? Sozialpsychiatrische Informationen 2/2000
10. Kisker, Karl Peter: Forderungen der Sozialpsychiatrie (1967), in: Was ist Sozialpsychiatrie, Hg.: Finzen. A./Hoffmann-Richter, U., Bonn 1995, 43/44
11. Leidinger, Friedrich: Gemeindepsychiatrie – Kein Platz für alte Menschen? Soziale Psychiatrie Jahrgang 23, Heft2 1999, 8 u. 9
12. Pörksen, Niels: Deutschland zwischen Großbritannien und Italien, Sozialpsychiatrische Informationen 3/1998
13. Pörksen, Niels/Brill Karl-Ernst/Jäger, Bernd/Gredig, Christian: Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker, in: Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Aktion Psychisch Kranke), Bonn 2002
14. Von Cranach, Michael: Psychiatrische Institutionen im Aufbruch – eine Standortbestimmung, in: Psychiatrie im Aufbruch, Hg.: Meißel, Th./Eichberger, G., Linz 2000
15. Weise, Klaus: Von der sozialen zurück zur medizinischen Psychiatrie? Sozialpsychiatrische Informationen 1/2000
16. Wilhelm-Gößling, Claudia: „Eine deutliche Häufung der Todesfälle...“ – Hochdosierte Neuroleptika in Pflegeheimen, Soziale Psychiatrie Jahrgang 23, Heft 2 1999, 12