

# Verlegung chronisch psychisch Kranker in Pflegeheime außerhalb des Versorgungssektors, ein Mangel gut entwickelter Gemeindepsychiatrie?

Peter Bastiaan, Stefan-Maria Bartusch, Hermann Elgeti und Hanna Steffen

## 42.1 Fragestellung und Forschungsansatz

In einem Forschungsprojekt der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wurde untersucht, inwiefern entwickelte gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen dazu beitragen können, Langzeithospitalisationen chronisch psychisch Kranker mit allgemeinspsychiatrischer Erstdiagnose zu verhindern (Elgeti et al. 2000). Aus diesem Forschungsprojekt wird im Folgenden über die in Pflegeheime außerhalb des Versorgungssektors verlegten Patienten anhand der stationären und ambulanten Akten berichtet. Das Forschungsprojekt wurde vom niedersächsischen Landesfachbeirat Psychiatrie gefördert.

Als Untersuchungsgebiet wurde der psychiatrische Versorgungssektor 5 der Landeshauptstadt Hannover (LHH) gewählt, für den die Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH zuständig ist. Der Sektor hat die geringste Aus-

dehnung unter den Sektoren Hannovers, die Bevölkerungszahl sank von 75 000 Einwohnern (1977) auf 63 000 (1997). Für den Sektor 6 ist die Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der MHH zuständig.

Die Untersuchungsgruppe wurde aus den Patienten bzw. Klienten der folgenden für den Versorgungssektor 5 zuständigen gemeindepsychiatrischen Dienste im ambulanten, stationären und komplementären Bereich gebildet: die Sozialpsychiatrische Poliklinik mit 9,5 Vollzeitkräften für Langzeitbetreuung (ca. 75 % der Fälle) sowie Notfall- und Krisenintervention (ca. 25 % der Fälle), die psychiatrische Klinik mit Regelpatienten, Tagesklinik und Soziotherapiestation, ein therapeutisches Übergangwohnheim (58 Plätze), ein Wohnheim (47 Plätze) mit beschäftigungstherapeutischer Werkstatt (34 Plätze) sowie eine WFB (120 Plätze). Die untersuchten Patienten sind erwachsene Personen mit allgemeinspsychiatrischer Erstdiagnose (F2 bis F6 nach ICD-10), unter Ausschluss von Sucht oder geistiger Behinderung. Die Patienten hatten im Untersuchungszeitraum 1987 bis 1996 mindes-

tens zu einem dieser Dienste minimal zwei Kontakte im Abstand von zwei Jahren, beim Erstkontakt lag ihr Alter unter 60 Jahren und der Wohnsitz im Sektor 5. Während die Gesamtuntersuchung das Ziel hatte, Prädiktoren für Langzeithospitalisation zu finden, um frühzeitig geeignete Hilfsangebote für diese Patienten zu entwickeln (Elgeti et al. 2000), weist die kleine Gruppe der in auswärtige Alten- und Pflegeheime verlegten Patienten auf eine Versorgungslücke im gemeindepsychiatrischen Sektor hin.

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

- Wie viele Patienten wurden 1987 bis 1996 in Alten- und Pflegeheime außerhalb unseres Versorgungssektors verlegt?
- Aus welchen Gründen geschah die Verlegung?
- Welchen Hilfebedarf haben diese Menschen?
- Welche Versorgungsangebote wären für sie nötig?

## 42.2 Stand des Wissens

In der BRD bestehen je nach Bundesland große Unterschiede bezüglich der Anzahl der Plätze für psychisch Kranke in therapeutischen und pflegerischen Einrichtungen betreuten Wohnens (Rössler u. Salize 1997). Pro 100 000 Einwohner gibt es in therapeutischen (inklusive Wohngemeinschaften und Einzelwohnen) und pflegerischen Einrichtungen betreuten Wohnens zwischen 1,3 (Brandenburg) und 203 (Schleswig-Holstein) Plätze für psychisch Kranke. Es besteht eine Diskrepanz zwischen einem großen Angebot an Heimplätzen, insbesondere Pflegeheimplätzen, und einem zu geringen Angebot des ambulant betreuten Wohnens sowie fehlenden Angeboten für schwer beeinträchtigte seelisch Behinderte (Rössler u. Salize 1997).

In Bremen wurden erhebliche Anstrengungen zur Vermeidung stationärer Heimversorgung psychisch Kranker unternommen. Als Alternative wurde das Angebot betreuten Wohnens mit einem differenzierten Personalschlüssel (1 : 8 bis 1 : 2) bis zu einer regionalen Dichte von 58 Plätzen

pro 100 000 Einwohner allein im Bereich der Allgemeinpsychiatrie ausgebaut (Kruckenberg et al. 1994). Unter diesen Bedingungen gab es 1992 pro 100 000 Einwohner noch 20 Plätze in Übergangs- und Dauerwohnheimen sowie 70 Plätze in Pflegefallabteilungen des Krankenhauses.

In einer Studie zum regionalen Psychriatriebudget hat jüngst Melchinger (2000) Zahlen zur Inanspruchnahme psychiatrischer Übergangs- und Langzeitwohnheime durch Bürger eines ländlichen Einzugsgebietes in Niedersachsen genannt. Diese Vollerhebung in einer Kommune, unabhängig vom Ort der Heimeinrichtung, erbrachte für die ersten drei Quartale des Jahres 1998 eine Zahl von 64 Patienten aus dem Landkreis Verden (140 000 Einwohner), was einer Inanspruchnahmeziffer von 46 Plätzen pro 100 000 Einwohner entspricht.

Ziegler (2000) hat in einer Studie in den Jahren 1978 bis 1994 14 Patienten gefunden, die zum Versorgungsgebiet der beiden MHH-Sektoren gehörten und mangels geeigneter Sektor-Hilfsangebote in das Klinikum Warendorff verlegt wurden. Sie waren signifikant häufiger als die Klinikpopulation weiblich, im Durchschnitt 41 Jahre alt, ledig, besaßen den Volksschulabschluss, waren frühberentet und hatten die Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis bei einer Ersterkrankung mit 20 Jahren. Sie waren im Laufe des Lebens signifikant häufiger und länger in stationärer Behandlung. Bis zwei Jahre vor der Verlegung hatten sie 40 %, in den letzten zwei Jahren vor der Verlegung 84 % (19 Monate) der jeweiligen Zeit in einer psychiatrischen Klinik verbracht. Sie wurden 3,2-mal während einer stationären Behandlung intern verlegt. Insgesamt erhielten sie durchschnittlich acht verschiedene Neuroleptika und fünf verschiedene Tranquilizer während der Behandlungszeit, die Neuroleptika zuletzt ohne oder mit fraglichem Erfolg. Ziegler (2000) kommt zu folgendem Ergebnis:

„Spezifische Charakteristika für einen Krankheitsweg, der in den LZB Ilten-Köthenwald mündet, lassen sich hieraus jedoch nicht ableiten. In diesem Zusammenhang könnte der diskutierten weitgehenden The-

rapieresistenz eine Schlüsselrolle zukommen an dem Punkt der Entscheidung ‚geschlossene Langzeitunterbringung‘ oder ‚ambulante Langzeitbehandlung‘.“

In England und Wales (Becker 1998) existiert ein sehr differenziertes Angebot stationärer Wohnbetreuung mit unterschiedlicher Betreuungsdichte. Für das Jahr 1996 werden hierfür pro 100 000 Einwohner insgesamt 95 Plätze angegeben, davon 73 in Wohnheimen (37 mit intensiver, 24 mit mittlerer, zwölf mit niedriger Betreuungsintensität), 14 in Gruppenwohnungen und acht in Pflegeheimen. Die Nutzung stationärer Hilfsangebote ist in hohem Maße abhängig von der Verfügbarkeit ambulanter und teilstationärer Hilfsangebote.

Nach der TAPS-Studie 1997 (Becker 1998) werden in England 10 bis 15 Plätze pro 100 000 Einwohner für Menschen benötigt, deren psychische Erkrankung so schwerwiegend ist, dass sie auch mit Betreuung durch ein gemeindepsychiatrisches Zentrum nicht in einer eigenen Wohnung leben können. Diese neuen Langzeitpatienten verbleiben bei fehlenden Wohnangeboten zwei Jahre und länger fehlplatziert auf den Akutstationen. Die speziellen Probleme dieser Patienten sind:

- Selbstgefährdung, z. B. durch selbstverletzendes Verhalten
- nichtakzeptables Sozialverhalten (z. B. sexuelle Belästigungen)
- kontinuierliche Regelüberschreitung
- Fremdgefährdung (z. B. durch Brandstiftung in einem Wohnheim)
- Substanzmissbrauch
- körperliche Aggressivität
- erhebliche Fluktuation akuter psychischer Symptome
- starker sozialer Rückzug

Die häufigste Diagnose ist eine schizophrene Psychose. Für diese schwer beeinträchtigten seelisch Behinderten wurde in Großbritannien die „Station in einem Haus“ oder „in einer Krankenhausherberge“ (ward in a house or hospital hostel) entwickelt.

## 42.3 Ergebnisse: Verlegung von Patienten in Alten- und Pflegeheime im Versorgungssektor 5 in Hannover

Insgesamt gingen die Daten von 313 Patienten in die Studie ein. Dieses Kollektiv war überwiegend weiblich (62 %) und zur Mitte des Untersuchungszeitraums im Jahr 1991 durchschnittlich 48 Jahre alt. Der deutlich größte Anteil (83 %) wohnte bei Erstkontakt innerhalb des Versorgungssektors und dort überwiegend in den urban verdichteten Stadtbezirken. Bei 10 % der Untersuchungsgruppe war ein ungünstiger Behandlungsausgang festzustellen: 21 Patienten wurden in ein Alten- oder Pflegeheim aufgenommen, und acht Patienten starben während des Untersuchungszeitraums, davon fünf durch Suizid.

Wir untersuchen im Folgenden die 21 Patienten, die in Alten- und Pflegeheime verlegt wurden. Hier handelt es sich zu 62 % um Frauen, der Wohnsitz bei Erstkontakt lag bei 80 % der Patienten im Untersuchungsgebiet. Fast alle waren psychotisch erkrankt (95 %) und wurden schon vor 1987 in den untersuchten Einrichtungen behandelt. 19 Patienten hatten eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, die beiden anderen eine manisch-depressive Psychose bzw. eine Neurose. Die Zahl der Unterbringungen in einem Pflege- oder Altenheim stieg im Verlauf des Untersuchungszeitraums kumulativ an. Von den insgesamt 21 Patienten, wurde einer aufgrund körperlicher Pflegebedürftigkeit verlegt, weitere fünf Patienten waren zum Zeitpunkt der Unterbringung im Alten- bzw. Pflegeheim 60 Jahre oder älter. Von den verbleibenden 15 Patienten aus dem Einzugsgebiet unter 60 Jahren wohnten drei beim Erstkontakt nicht im Einzugsgebiet. Das Alter der verbleibenden zwölf Patienten aus dem Einzugsgebiet betrug im Jahr der Unterbringung durchschnittlich 47 Jahre. Diesen Patienten fehlt bisher ein Versorgungsangebot im Sektor.

Die Gründe der Verlegung von Patienten im Alter unter 60 Jahren in Alten- und Pflegeheime sind aus der Tabelle 42-1 ersichtlich. Die Verlegung geschieht nach jahrzehntelanger ambulanter und stationärer Betreuung seit der Ersterkrankung (11 bis 35 Jahre, Mittelwert: 22 Jahre). Sie haben im Untersuchungszeitraum 1987 bis 1996 zunehmend längere Zeiten im Krankenhaus verbracht, und zwar zwischen vier Monaten und mehr als fünf Jahren (130 bis 1934 Tage, Mittelwert: 623 Tage). In den letzten beiden Jahren vor der Verlegung hatten sie 0,5 bis zwei Jahre (im Mittel: ein Jahr) ununterbrochen in der Klinik verbracht. Wichtigster Grund ist die nicht beeinflussbare Minussymptomatik (83%), die sich in völligem Rückzug, in Sprachverarmung und fehlender Tagesstruktur ausdrückt: Die Patienten ziehen sich zurück ins Bett, oder sie sitzen auf einem Stuhl und rauchen. Meist ist diese Minussymptomatik gekoppelt mit einem oder mehreren der folgenden Probleme:

- fehlende Krankheitseinsicht
- mangelhafte Ernährung
- mangelhafte Körperpflege
- Verwahrlosung der Wohnung

Hinzu kommt häufig eine nicht beeinflussbare Plusssymptomatik (58%): Trotz Erprobung unterschiedlicher Neuroleptika bleibt eine quälende Symptomatik mit Wahn und Stimmen-Hören erhalten, auf die der Patient nach jahrzehntelangen Rehabilitationsversuchen schließlich mit Rückzug reagiert. Selten spielen Selbstverletzung, Gewalt gegen Sachen oder Personen oder Suizidalität eine Rolle für die Verlegung. Die Verlegung in Alten- und Pflegeheime ist in der Regel endgültig, nur ein Patient kehrt von dort in ein Übergangwohnheim im Versorgungssektor zurück.

## 42.4 Analysen und Schlussfolgerungen: regionaler Bedarf an komplementären psychiatrischen Hilfen im Wohnbereich für Menschen unter 60 Jahren

### 42.4.1 Personenzentrierter Hilfebedarf

Wir haben aufgrund der in den Akten angegebenen Gründe für die Verlegung von Patienten in Pflegeheime versucht, den personenzentrierten Hilfebedarf zu ermitteln und trotz individueller Unterschiede für die 21 Patienten so zusammenzufassen, dass der gemeinsame Bedarf für eine Planung von Hilfsangeboten erkennbar wird (s. Tab. 42-2). Als Kriterien dienen die Vorschläge der Aktion Psychisch Kranke zur Personalbemessung im ambulanten und komplementären Bereich (Kauder 1997). Aus der Tabelle 42-2 ergibt sich, dass eine Person völlig in Ruhe gelassen und von Rehabilitations-Ansprüchen befreit werden sollte. Bei vielen Patienten sind Hilfsangebote erforderlich, die sich unmittelbar auf die permanenten, durch Medikamente nicht zu beseitigenden Halluzinationen, Wahnvorstellungen und die damit verbundenen Ängste beziehen sowie auf Probleme, die mit der Minussymptomatik zusammenhängen. Bei der Wahnbewältigung geht es um Sorge für die regelmäßige Medikamenten-Einnahme, Verstehen des Wahns und Realitätsorientierung.

Die ausgeprägte Minussymptomatik erfordert eine Aktivierung, um überhaupt aus dem Bett aufzustehen, einen Tagesraum aufzusuchen, das Haus zu verlassen. Oft ist die Förderung von Kontakten nötig. Viele Betroffene benötigen ständige Hilfe bei Ernährung, Körperpflege und Hygiene. Sie benötigen eine Versorgung mit warmem Essen oder direkte Hilfe beim Kochen sowie eine Anleitung zu gesunder und maßvoller Ernährung. Sie benötigen Anleitung zur Körper-

Tab. 42-1: Gründe der Verlegung von Patienten in Alten- und Pflegeheime

Gründe der Verlegung	Alter über 60 Jahre (n = 9)	Alter unter 60 Jahre (n = 12)	insgesamt (n = 21)
Diagnose Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis	8	11	19 (90 %)
Diagnose manisch-depressive Psychose	0	1	1 (5 %)
Diagnose Neurose	1	0	1 (5 %)
Diabetes mellitus	0	2	2
Erkrankungsdauer bis zur Verlegung, Mittelwert in Jahren (Range)	27 (21–38)	22 (11–35)	24,5
Kliniktage 1987–1996 bis zur Verlegung, Mittelwert (Range)	514 (5–1851)	623 (130–1934)	569
Kliniktage 2 Jahre vor der Verlegung, Mittelwert (Range)	241 (0–631)	338 (171–727)	290
Plussymptomatik nicht beeinflussbar	4 (20 %)	7 (58 %)	11 (52 %)
Minussymptomatik nicht beeinflussbar	1 (5 %)	10 (83 %)	11 (52 %)
keine Krankheitseinsicht	2	4	6 (29 %)
mangelhafte Ernährung	2	4	6 (29 %)
mangelhafte Körperpflege	2	4	6 (29 %)
Verwahrlosung der Wohnung	2	4	6 (29 %)
Selbstverletzung	0	2	2 (10 %)
Gewalt gegen Sachen	0	1	1 (5 %)
Gewalt gegen Personen	3	1	1 (5 %)
Alter bei Verlegung, Mittelwert in Jahren (Range)	66 (62–74)	47 (35–55)	55
Geschlecht männlich	5	3	8
Geschlecht weiblich	4	9	13 (62 %)
Suizidalität/Anzahl der Suizidversuche	1/3	1/3	2
Rückkehr aus dem Alten- und Pflegeheim	0	1	1 (5 %)

**Tab. 42-2:** Personenzentrierter Hilfebedarf für Menschen, die bisher in Alten- und Pflegeheime außerhalb des Versorgungssektors verlegt wurden

Hilfsangebote (Mehrfachnennungen)	Häufigkeit über 60 Jahre	Häufigkeit unter 60 Jahre	insgesamt
Kontaktförderung	1	7	8
Zimmerreinigung, Zimmerpflege	1	4	5
Wahnbewältigung (Medikamente, Wahn verstehen, Realitätsorientierung), Angstbewältigung	5	10	15
Anleitung zu Körperpflege, Hygiene, angemessener Kleidung	2	4	6
Versorgung mit Essen (warm und kalt), gesunde und maßvolle Ernährung, Einhaltung von Diät	2	8	10
Befreiung von Rehabilitationsansprüchen, in Ruhe lassen		1	1
Aktivierung (Aufstehen, Haus verlassen etc., Beschäftigung) ohne Überforderung	1	7	8
Einschreiten bei Gewalt	2	1	3
Gespräche über Suizidalität, Stärkung des Selbstwertgefühls		2	2
Einschreiten bei nächtlicher Ruhestörung		1	1
hirnorganische Störungen (Gedächtnisstörungen, Infarkt)	2		2

pflege und Hygiene. Einige benötigen Anleitung, Hilfe und Kontrolle bei der Reinigung ihres Zimmers und der Erhaltung eines Mindestmaßes an Ordnung und Wohnlichkeit. Gewalttätigkeit und Ruhestörung erfordern nur in zwei Fällen ein Einschreiten, sodass hier eine ständige Nachtwache nicht unbedingt notwendig ist. In wenigen Fällen sind häufige Gespräche über Suizidgefährden und die Stärkung des Selbstwertgefühls notwendig. Bei zwei über 60 Jahre alten Patienten sind zusätzlich zu anderen Hilfsangeboten Hilfen bei altersbedingten hirnorganischen Störungen (z. B. demenzielle Erkrankung) notwendig.

#### 42.4.2 Ambulante Betreuung unterschiedlicher Intensität

Im Unterschied zu Niedersachsen, wo bisher ambulant betreutes Wohnen mit einem Schlüssel von 1 : 12, d. h. drei Stunden pro Woche, vom Sozialhilfeträger bewilligt wird, nur in Ausnahmefällen und vorübergehend auch ein Schlüssel von 1 : 8, sind in Bremen oder Berlin sehr viel intensivere Formen der Betreuung üblich. In Bremen wird je nach Schweregrad der Behinderung auch ein Schlüssel von 1 : 2 oder 1 : 4 bewilligt. Bei einem Schlüssel von 1 : 2 kann sich eine Be-

treuung über 20 Stunden pro Woche erstrecken. Wir halten derartig differenzierte Angebote des betreuten Wohnens bundesweit für notwendig, um Patienten die Einweisung in Pflegeheime nach Möglichkeit zu ersparen.

### 42.4.3 Ambulante psychiatrische Pflege

Wie die Tabelle 42-2 zeigt, besteht ein großer Teil der benötigten personenzentrierten Hilfen aus pflegerischen Aufgaben, für welche die Berufsgruppe Krankenpflege die besten Voraussetzungen mitbringt. Wir halten deshalb ambulante psychiatrische Pflege mit ebenfalls unterschiedlicher Betreuungsdichte für unbedingt notwendig, um einem Teil der Patienten den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Dadurch wären die Krankenkassen an der ambulanten Versorgung psychisch Kranker beteiligt, die im betreuten Wohnen ambulant oder im Heim zu Lasten der Sozialhilfe geht. Vielfältige Beispiele einer Koppelung von ambulant betreutem Wohnen und ambulanter psychiatrischer Pflege finden sich zum Beispiel in den Vereinen der Stadt Gütersloh.

### 42.4.4 Intensiv betreute Plätze im psychiatrischen Übergangwohnheim

Bei der Aufnahme betrug das Alter der zwölf in Alten- und Pflegeheime verlegten Patienten durchschnittlich 47 Jahre, sodass sie bei ununterbrochener Weiterbetreuung dort im Mittel 13 Jahre bis zu ihrem 60. Lebensjahr verbringen. Aus diesen Zahlen ergibt sich unter entwickelten gemeindepsychiatrischen Bedingungen pro 100 000 Einwohner ein Bedarf von 23 Plätzen für besonders intensiv betreuungsbedürftige chronisch psychisch Kranke unter 60 Jahren. Diese Bedarfzahl bezieht sich allerdings nur auf Patienten mit allgemeinspsychiatrischer Diagnose (F2 bis F6 nach ICD 10), nicht auf Suchtkranke

und gerontopsychiatrische Patienten. Wir halten für Patienten, die ambulant nicht mehr betreut werden können, intensiv betreute Plätze im bestehenden psychiatrischen Übergangwohnheim für sinnvoll. Machen Bewohner dieser Intensivplätze Fort- oder Rückschritte, können sie im Haus zwischen Intensivplatz, Übergangsheimplatz oder ambulant betreutem Wohnen wechseln statt in ein auswärtiges Pflegeheim verlegt zu werden. Personenzentriertes statt institutionenzentriertes Denken wird so bereits im Heim gefördert.

Als Gesamtergebnis ist festzustellen, dass auch in dem sozialpsychiatrisch gut versorgten Sektor 5 der Stadt Hannover mit 63 000 Einwohnern 1997 für zwölf psychisch Kranke unter 60 Jahren in einem Zeitraum von zehn Jahren angemessene Hilfsangebote fehlen. Sie benötigen intensive personenzentrierte Hilfe durch dichtere Formen des betreuten Wohnens als bisher, ambulante psychiatrische Pflege oder intensiv betreute Plätze im psychiatrischen Übergangwohnheim.

### Literatur

- Becker T. Gemeindepsychiatrie, Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Stuttgart: Thieme 1998.
- Becker T, Sartorius N. Ökologie und Psychiatrie. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg). Psychiatrie der Gegenwart. 4. Aufl. Berlin: Springer 1999.
- Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H. Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 2001; 31 (Sonderausgabe): 51–8.
- Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988.
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternax C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a metaanalysis of the outcome literature. Am J Psychiatr 1994; 151: 1405–16.
- Kauder V, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeitshilfen 11. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1997.

- Kruckenberg P, Fabian AS, Henning HJ. Der Mythos vom „harten Kern“ – Endbericht des Evaluationsprojektes zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Bremen im Zuge der Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg. Universität Bremen, Institut für Psychologie und Klinische Forschung. Bremen: Eigendruck 1994.
- Melchinger H. Regionales Psychiatriebudget – Analyse der Kosten der psychiatrischen Versorgung zu Lasten von Kommunen und überörtlichem Sozialhilfeträger am Beispiel des Landkreises Verden. Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung an der Universität Hannover. Hannover 2000.
- Pieper G, Elgeti H. Zwischen fürsorglicher Belagerung und Freiheit zur Verwahrlosung. Soz Inf 1998; 28: 42–6.
- Regierung der BRD, Gesundheitsministerium. Psychiatrie-Enquete. Bonn 1975.
- Rössler W, Salize HJ. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker, Daten, Fakten, Analysen. Schriften des BMfG Bd. 77. Baden-Baden: Nomos 1997.
- Shepherd G, King C, Fowler D. Outcomes in hospital hostels. Psychiatr Bull 1994; 18: 609–12.
- Shepherd G, Phil M. The „ward-in-a-house“ residential care for the severely disabled. Comm Ment Health J 1995; 31: 53–69.
- Ziegler P. 14 Wege in den psychiatrischen Langzeitbereich. Dissertation. Hannover 2000.