

## **Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation - gleichberechtigt mittendrin**

*Andreas Heinz*

Vor mehr als 10 Jahren ist das 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Kraft getreten. Mit der Grundausrichtung des Gesetzes wurde ein Paradigmenwechsel von einer institutionellen und fürsorglichen Ausrichtung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen hin zu einer Personenzentrierten Ausgestaltung der Hilfen für Menschen mit Behinderung eingeleitet. Deren wesentlichen Zielsetzungen sind die gesellschaftliche Teilhabe und die Stärkung der Partizipation der Betroffenen.

Auch im SGB V wurde die Patientenorientierung gestärkt, so durch die Ausweitung der Selbsthilfeförderung bzw. der Mitsprachemöglichkeiten im Gemeinsamen Bundesausschuss und der Orientierung der Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen in Richtung des Lebensfeldes. Frau Widmann-Mauz hat auf das Patientenrechtegesetz hingewiesen (vgl. Widmann-Mauz in diesem Band).

Mit der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) wurde 2009 ein weiteres politisches Signal in Richtung *Teilhabe und Partizipation* im deutschen Bundestag per Gesetz proklamiert. Die Zielsetzung der Teilhabe ist in der Konvention eng verbunden mit dem Begriff der Inklusion und der Vision einer inklusiven Gesellschaft, in der Menschen mit Behinderungen *gleichberechtigt mittendrin* leben (vgl. BORBÉ 2011).

Diese positiven Entwicklungen sollen in Bezug auf selbstbestimmtes Leben, Teilhabe und Inklusion allerdings nicht den Blick dafür verschließen, dass sich in der Umsetzung von sozialrechtlichen Vorgaben in Bezug auf Selbstbestimmung und Inklusion von Menschen mit Behinderung eine Vielzahl von Umsetzungsproblemen gezeigt haben und hier noch erheblicher Handlungsbedarf besteht (vgl. Stellungnahme APK 2011).

Zugleich hat sich gezeigt, dass in den jeweiligen Sozialgesetzbüchern gesetzliche Vorgaben teilweise nicht ausreichend verbindlich und präzise verankert wurden, so dass hier noch gesetzlicher Reformbedarf besteht.

Zu all dem gibt es eine intensive Diskussion. Das ist gut. Allerdings gibt es dabei oft thematische Verengungen, die psychisch behinderte Menschen unberücksichtigt lassen. Meist stehen die körperlichen Behinderungen so im Vordergrund, dass psychische Behinderungen kaum Erwähnung finden. Wir haben die gemeinsame Aufgabe, darauf hinzuweisen, dass auch psychische Störungen zu Behinderungen führen können, dass auch psychisch kranke Menschen von Ausgrenzung bedroht sind und dass manche psychisch kranke Menschen gesellschaftliche Teilhabe nur mit Unterstützung erreichen und beibehalten können. Selbstverständlich unterstützen wir alle Bemühungen, Menschen mit Gehbehinderung die Teilhabe zu erleichtern, aber ›rollstuhlgerecht‹ bedeutet nicht für alle ›barrierefrei‹. Es gibt besondere ›Barrieren‹ für psychisch beeinträchtigte Menschen, die mit spezifischen, individuellen Stressfaktoren zusammenhängen (vgl. Stellungnahme APK 2011).

Menschen mit psychischen Erkrankungen treffen in der Gesellschaft vielfach auf Unverständnis und teilweise auf Stigmatisierung und Ablehnung. Das geht einher mit einer Tabuisierung psychischer Krankheiten in der Familie und im unmittelbaren Lebensumfeld, wodurch Hilfen gar nicht oder zu spät in Anspruch genommen werden (vgl. GAEBEL 2004).

Barrierefreiheit schaffen heißt hier: Aufklären, Verständnis fördern, Hilfen aktiv anbieten (nicht: auf einen formgerechten Antrag warten), Hilfen zugehend anbieten, dabei erforderlichenfalls auch Angehörige und andere Bezugspersonen einbeziehen.

- Zum Beispiel kann durch eine mit der Erkrankung verbundene Antriebsschwäche oder Angst eine große Barriere entstehen, ein Amt für die Beantragung von Leistungen aufzusuchen. Die Folge ist, dass Ansprüche nicht geltend gemacht werden, mit der weitergehenden Folge, dass die Miete bzw. der Krankenkassenbeitrag nicht gezahlt wird, mit der weiteren Folge, dass Wohnungslosigkeit und Schulden drohen. Das bedeutet Ausgrenzung.
- Bisweilen empfinden psychisch kranke Patienten Behördenbriefe als bedrohlich und einschüchternd. Da werden Sanktionen angedroht, wenn nicht in kurzer Zeit irgendwelche Bescheinigungen vorgelegt werden, die dem psychisch kranken Menschen nicht verfügbar, vielleicht noch nicht einmal verständlich sind. Wenn ein akut psychisch kranker Mensch kurzfristig Erklärungen zu fünf früheren Arbeitgebern einreichen muss, »rettet« er sich vielleicht in einen Rentenantrag. Das ist – trotz aller formalen Berechtigung – aktive Ausgrenzung.
- Außerhalb des Krankenhauses gibt es für psychisch kranke Menschen nicht genug Leistungen der ambulanten Behandlung, medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie der Pflege, die über Beiträge an die Sozialversicherungsträger finanziert werden. Dagegen müssen »Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft« (Eingliederungshilfe) grundsätzlich selbst gezahlt werden: Hilfen im Wohnbereich, Hilfen bei der Tagesgestaltung, Hilfen zur Kontaktaufnahme und Aktivität im Alltag und Pflegeleistungen, deren Kosten die »Teilkasko«-Beiträge der Pflegeversicherung übersteigen. Da die wenigsten Patienten dafür genügend Geld haben, werden sie zu Sozialhilfeempfängern. Fast regelhaft wird die Sozialhilfe praktisch zum vorrangigen Kostenträger. Die Anrechnung von Einkommen und Vermögen führt dann zur Bedürftigkeit. Auch das bedeutet Armut und Ausgrenzung.
- In den psychiatrischen Kliniken waren vielerorts personelle Kürzungen zu verkraften und das therapeutische Angebot kann nur mit Mühe aufrechterhalten werden. Aktuell steht im Bundesgesundheitsministerium eine Verordnung zum Beschluss, durch die die Finanzierung von psychiatrischer Krankenhausbehandlung neu geordnet wird. Darin werden Leistungen für stabilere Patienten, die spezielle therapeutische Angebote nutzen können, begünstigt. Nach drei Wochen wird die Finanzierung der Behandlung automatisch gekürzt. Das führt dazu, dass psychisch kranke Menschen mit unregelmäßigem oder kontinuierlich hohem Bedarf an therapeutischer Begleitung für die Krankenhäuser zum finanziellen Risiko werden (vgl. KUNZE et al. 2013). Auch hier droht Ausgrenzung.

Wir müssen diesen offenen oder verdeckten, bewusst oder billigend in Kauf genommenen Ausgrenzungsprozessen unser Eintreten für Partizipation und Teilhabe entgegensetzen

- gesellschaftspolitisch im Hinblick auf ein akzeptierendes, gleichberechtigtes und wechselseitig unterstützendes Zusammenleben von Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen
- fachlich durch Entwicklung gleichberechtigt abgestimmter personenzentrierter Hilfen, die immer das Ziel der Teilhabe verfolgen
- und sozialpolitisch im Hinblick auf die Finanzierung der erforderlichen Hilfen im Bereich Behandlung, Rehabilitation und Pflege sowie Hilfe zur Teilhabe und Pflege.

Sozialpolitisch sind aktuell die zentralen Erfordernisse:

- Aussetzung des sogenannten PEPP-Katalogs zur Finanzierung psychiatrisch/psychosomatischer Krankenhausbehandlung, bis ein Modell der Finanzierung entwickelt ist, das den besonderen Bedarfen schwer psychisch kranker Menschen gerecht wird (Der Hinweis, dass dies noch geklärt werden müsse, kann nicht befriedigen – Am 19.11.2012 hat der Gesundheitsminister den PEPP-Katalog per Rechtsverordnung in Kraft gesetzt. Das ist jetzt die Basis für weitere Entgeltentwicklung.)
- Die Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI, damit Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankung pflegebedürftig geworden sind, ebenso wie Menschen mit somatischen Erkrankungen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können; die bisherige eklatante Benachteiligung psychisch kranker Menschen insbesondere mit Demenz muss beendet werden
- Ausbau von Prävention und Förderung seelischer Gesundheit mit gesicherter – also nicht projektbezogener – Finanzierung, Regelung in einem Präventionsgesetz
- Reform des Sozialhilferechts zu einer personenzentrierten Hilfe zur Teilhabe gemäß dem Vorschlag der Bund-Länder-AG zur Reform der Eingliederungshilfe. Die Eingliederungshilfe soll wie andere Hilfen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung einkommensunabhängig geleistet werden.
- Unbefristete Förderung von Arbeit und Beschäftigung für Menschen, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen ohne Förderung keine Chance auf Teilhabe am Arbeitsleben haben. Arbeit- und Beschäftigung soll vor allem in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes gefördert werden.
- Förderung von Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlichem Engagement für psychische Gesundheit und Zusammenleben mit psychisch beeinträchtigten Menschen
- Sozialraumbezogene Förderung, Vernetzung und Koordination von Hilfen durch die Kommunen, die dazu finanziell in die Lage versetzt werden müssen; dabei sind professionelle und nicht-professionelle Hilfe und Unterstützung einzubeziehen.

Dazu gehört der Zusammenschluss von Menschen, die unter psychischen Störungen leiden oder gelitten haben, deren Angehörige oder Bezugspersonen, sowie Menschen, die sich professionell, ehrenamtlich oder eigeninitiativ der Unterstützung psychisch kranker Menschen widmen. Wir sind sehr froh, dass es diesbezüglich bereits eine weit entwickelte Bewegung gibt. Der Dialog ist in vielen Regionen angekommen. Wir wollen uns verstärkt daran beteiligen und ihn insbesondere im sozialpolitischen Bereich fördern.

Wir wollen uns auch an den Aktivitäten zur Umsetzung der UN Behindertenrechtskonvention beteiligen. Der größte Teil der psychisch kranken Menschen gesundet nach der Erkrankung und kann ohne wesentliche Beeinträchtigungen berufliche und Alltagsanforderungen bewältigen. Eine nicht geringe Anzahl von Erkrankungen führt jedoch zu langfristigen Beeinträchtigungen, so dass man von Behinderung sprechen muss.

Auch in diesen Fällen wird sehr häufig im förmlichen Sinne keine Behinderung festgestellt. Psychische Erkrankungen unterliegen in ihrem Heilungs- bzw. Behandlungsverlauf oft starken Schwankungen. Phasen der Gesundung bzw. eines positiven Heilungsverlaufes wechseln sich ab mit akuten Krankheitsphasen. Dies kann einerseits dazu führen, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht als behindert anerkannt werden, da die Beeinträchtigung nicht kontinuierlich besteht. Andererseits kann es dazu führen, dass von den Betroffenen Anträge nicht gestellt werden, weil die Anerkennung als behindert von ihnen mit dauerhafter und kontinuierlicher Beeinträchtigung gleichgesetzt wird, was für sie mit ihrem Selbstbild nicht vereinbar ist.

Auch für diese Menschen ohne Behindertenausweis müssen die Prinzipien der UN BRK gelten und auch wenn Behinderung zwar noch nicht eingetreten ist, jedoch bei ungünstigem Verlauf droht.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE fühlt sich seit ihrer Gründung im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Enquete in besonderem Maße den schwer psychisch kranken Menschen verpflichtet. Sie laufen Gefahr, von den üblichen sozialen und gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht erfasst zu werden. Deshalb halten wir die Prinzipien der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen für höchst bedeutsam und wollen an deren Umsetzung mitwirken.

Auch die UN-Konvention thematisiert die bisher ausgeführten Aspekte zu Teilhabe und Partizipation in ihrer Definition von universellen Menschenrechten:

- Recht auf Selbstbestimmung und Partizipation
- Recht auf Teilhabe
- Recht auf Schutz
- Recht auf Unterstützung

In der Umsetzung dieser Menschenrechte sind gerade für schwer psychisch kranke Menschen zentrale Handlungsfelder

- Bewusstseinsbildung
- Barrierefreiheit

- Behandlung (einschließlich medizinischer Rehabilitation) und Pflege
- Unterbringung und Zwangsbehandlung
- Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
- Soziale Teilhabe
- Partizipation und politische Teilhabe

Den Handlungsbedarf in Bezug auf Barrieren, Behandlung und Pflege, Arbeit und Beschäftigung und Soziale Teilhabe habe ich bereits ausgeführt.

Abschließend möchte ich noch auf das aktuell so intensiv diskutierte Handlungsfeld der Unterbringung und Zwangsbehandlung und die bisher viel zu wenig beachteten Handlungsfelder der Bewusstseinsbildung bzw. der politischen Teilhabe eingehen.

### **Handlungsfeld »Unterbringung und Zwangsbehandlung«**

In der Diskussion zur Umsetzung der Artikel 14 und 17 der UN BRK sind Zwangsmaßnahmen in der deutschen Psychiatrie zu Recht verstärkt in die Kritik geraten. Es gibt vielerorts zu viel Zwang (vgl. SPENGLER 2007). Die Überprüfungen durch die Gerichte führen nicht zu einer einheitlichen Rechtsauslegung. Es ist keineswegs immer gesichert, dass vor einer Zwangsmaßnahme alle therapeutischen Mittel ausgeschöpft worden sind, die Krise ohne Zwang zu bewältigen. Das muss sich dringend ändern. Dazu sind neue gesetzliche Regelungen erforderlich und vielerorts eine andere Umgangsweise mit psychisch kranken Menschen. Die nächste Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE wird sich mit ambulanten Hilfen bei psychischen Krisen befassen. Wir sehen hier dringenden Handlungsbedarf – auch, um mit rechtzeitigen und niedrigschwelligen Hilfeangeboten Zwangsmaßnahmen zu verhindern (vgl. KUNZE et al. 2013; VON HARDENBERG 2013).

Allerdings halten wir in klar geregelten Sonderfällen auch eine Behandlung ohne Behandlungsauftrag des Patienten für fachlich und ethisch geboten, in einigen Fällen sogar gegen den erklärten Willen des Patienten. Damit nehmen wir eine andere Position ein als z. B. der Bundesverband der PsychiaterInnen (vgl. [www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)). Wir vertreten dies, weil wir der Überzeugung sind, dass auch Menschen, die zeitweise aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ihre Situation einzuschätzen, die Möglichkeit bekommen sollen, ihr Recht auf Selbstbestimmung in einem Zustand der Orientiertheit auszuüben. Dies ist manchmal nur mit Hilfe von Behandlung zu erreichen. Auch bei Fremdgefährdung aufgrund psychischer Erkrankung halten wir Gefängnis oder Forensik nicht grundsätzlich für eine bessere Alternative zur Zwangsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik.

Die derzeitigen Urteile des Bundesverfassungsgerichtes, die auch die UN-Behindertenrechtskonvention berücksichtigen, verpflichten aber zurecht darauf, dass alle Maßnahmen gegen den aktuellen erklärten Willen eines Menschen, der aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht einsichtsfähig ist und sich – wie

beispielsweise ein demenzkranker Patient, der die Insulinmedikation ablehnt – durch seine Handlungen selbst gefährdet, nur dann erfolgen dürfen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Dies beinhaltet die Verpflichtung, alles zu tun, was den selbst bestimmten Zugang zu notwendiger Behandlung für die betroffenen Menschen erleichtert: Dazu gehört die Etablierung von Behandlungsangeboten in Wohnortnähe und die Verbesserung der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung. Daneben müssen auch hier die in anderen Ländern eingeführten (und evaluierten) Prinzipien von »Assertive Community Treatment« und Hometreatment und andere ambulante bzw. auf das Lebensfeld der Betroffenen gerichtete Behandlungsangebote tatsächlich etabliert werden, wenn durch sie Zwangsmaßnahmen abgewendet werden können (LAMBERT 2010: 135). Ebenso gehört dazu ein hinreichender Personalschlüssel auf den Stationen, da dann Türen geöffnet und Zwangsmaßnahmen reduziert werden können (LANG et al. 2010). Es ist absurd, dass in der derzeitigen Diskussion einerseits Kostenersparnis im Bereich der Krankenhausbehandlung psychisch Kranker oberstes Gebot der Psychiatriereform ist und andererseits Menschenrechtsverletzungen im Sinne vermeidbarer Zwangsmaßnahmen endlich thematisiert werden, aber im Rahmen einer fehlenden Reform des psychiatrischen Versorgungssystems menschenrechtliche Verbesserungen kaum Chancen auf Umsetzung haben. Beide Problembereiche können nicht getrennt voneinander diskutiert werden, handlungsleitend müssen vielmehr die in der Behindertenrechtskonvention und im Grundgesetz verankerten Menschenrechte sein an die sich das Behandlungssystem und die hierfür aufzubringenden Kosten anzupassen haben.

Ich hoffe, dass wir uns gemeinsam für eine erhebliche Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie einsetzen können, auch wenn es in Bezug auf die generelle Berechtigung von Zwangsbehandlung unterschiedliche Einschätzungen geben sollte (vgl. von Hardenberg).

### Handlungsfeld »Bewusstseinsbildung«

Teilweise sind Menschen mit psychischer Erkrankung durch fehlendes Wissen bzw. Falschinformation immer noch mit Vorurteilen und Stigmas konfrontiert. In der Gesellschaft besteht ein ablehnender, tabuisierender Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten (vgl. GAEBEL 2004). Auch Unterstützungsangebote tragen ggf. zu Tendenzen der sozialen Isolierung bei, wenn durch sie abgegrenzte Sondermilieus geschaffen werden (vgl. BURNS et al. 2007; Für alle Fälle e. V. 2007).

Deshalb ist der Ausbau von regionalen Anti-Stigma-Projekten<sup>1</sup> unabdingbar, sowie überregionale Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen (Initiierung und Finanzierung). Dies erfolgt bereits unter der Koordination des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit und sollte weiter gefördert werden. Durch Bildungsarbeit, Aus- und

---

<sup>1</sup> Es ist aber noch umstritten, welche Art von Anti-Stigma-Maßnahmen tatsächlich wirksam sind. Hier besteht Forschungsbedarf.

Weiterbildung muss eine Haltungsänderung bei Sozial- und Selbstverwaltung und bei Leistungserbringern angestrebt werden. Durch weitreichende Sozialraumaktivitäten, durch Sozialraum-«Netzwerke» und »Quartiersarbeit« der Leistungserbringer und –träger können sowohl Sondermilieus aufgelöst oder zumindest vernetzt werden, als auch Inklusion und Integration und Anti-Stigma-Arbeit konkret mit den entsprechenden Akteuren vor Ort erprobt und vorangetrieben werden.

### **Handlungsfeld »Partizipation und politische Teilhabe«**

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zu wenig beteiligt an der Leistungsgestaltung, Leistungsbewilligung, Leistungsdurchführung, der Gestaltung des Sozialraumes und der Gesetzgebung.

Hier besteht weiterhin Handlungsbedarf: Die Infrastruktur von regionaler Selbsthilfe muss nachhaltig gefördert, ihre Beteiligung und die Berücksichtigung ihres Beitrag an der Konzeptentwicklung von Unterstützungsangeboten verbindlich werden (vgl. LISOFSKY 2009; CRÄMER 2003; vgl. BPE e. V. [o. J.]). Daneben muss die überregionale Interessenvertretung (Selbstverwaltung, Bundes- und Länderprogramme) weiter ausgebaut und finanziert werden.

Die Förderung von Ex-In-Projekten wird zur Weiterentwicklung der Betroffenenperspektive und ihrer Einflussnahme in Institutionen und der Öffentlichkeit beigetragen. Dies gilt insbesondere auch für die Einrichtung und die Finanzierung von Stellen für Betroffene und Ex-In-Ausgebildete.

Durch die Berufung auf verschiedene Gesetze und durch ihren Ausbau können Patientenrechte gestärkt und Selbsthilfe weiter unterstützt werden: auf Bundesebene betrifft dies die Sozialgesetzbücher V und IX, das Patientenrechtegesetz und das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, auf Landesebene die länderspezifischen Weiterentwicklungen des ehemaligen Bundes-Heimrechts im Sinne von Wohn- und Teilhabegesetzen. Der Ausbau der Förderung der Selbsthilfe sollte zudem in den Psych-KGs der Länder verankert werden.

Die mit dem Workshop im Juni begonnene Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ist ein wichtiger zukünftiger Arbeitsschwerpunkt der APK, um auch hier die trialogische Perspektive (s. auch Beitrag Thomas Bock in diesem Tagungsband) in strukturellen Maßnahmen umzusetzen.

## Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (2011): Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zum Referentenentwurf »Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung«. [http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/0144\\_UN-Konv%20Nat%20AP\\_%20APK-Stell%20\\_Refentw\\_110517%20End.pdf](http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/0144_UN-Konv%20Nat%20AP_%20APK-Stell%20_Refentw_110517%20End.pdf)
- BORBÉ, R. (2011): UN-Behindertenrechtskonvention. Feste Größe in einem psychiatrie-politischen Schlingerkurs. In: Psychiatrische Praxis 2011, 38: 215–217.
- Bundesverband für Psychiatrie-Erfahrene [o.J.] <http://www.bpe-online.de/aktuelles/zwang-abschaffen.htm>; eingesehen am 01.01.2013
- Bundesverband für Psychiatrie-Erfahrene [o.J.] Satzung. <http://www.bpe-online.de/>; eingesehen am 01.10.2011
- BURNS, T./CATTY, J./BECKER, T./DRAKE, R.E./FIORITTI, A./KNAPP, M./LAUBER, C./RÖSSLER, W./TOMOV, T./VAN BUSSCHBACH, J./WHITE, S./WIERSMA, D. for the EQOLISE Group (2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness. A randomised controlled trial. In: The Lancet. Vol. 370, Nr. 9593: 1146–1152.
- CRÄMER, J. Angehörige psychisch Kranker im Landesverband Berlin e.V. (2003): Versorgungsmängel im Berliner psychiatrischen Hilfesystem aus Sicht der Angehörigen psychisch Kranker im Landesverband Berlin e.V. und die Forderungen der Angehörigen an den Berliner Senat und Krankenkassen. Offener Brief.
- Für alle Fälle e.V., LORENZ, A.K./RUSSO, J./SCHEIBE, F./DEITERS, R. (2007): Aus eigener Sicht. Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe. Evaluations- und Praxisprojekt »Personenzentrierte Hilfe aus Sicht der Nutzer«. Berlin. [www.faele.org](http://www.faele.org), eingesehen 01.10.2011
- GAEBEL, W. (2004): Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. In: Deutsches Ärzteblatt, Dezember 2004: 553–555
- KUNZE, H./HEINZ, A./SCHEPKER, R./GRUPP, D. (2012): AufPEPPen reicht nicht. In: f&w 1/2013
- LANG, U.E./HARTMANN, S./SCHULZ-HARTMANN, S./GUDLOWSKI, Y./RICKEN, R./MUNK, I./VON HAEBLER, D./GALLINAT, J./HEINZ, A. (2010). Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? In: European Journal of Psychiatry. Vol. 24, Nr. 4: 199–204.
- LANG, U.E./HEINZ, A. (2010): Wie viel kostet offenen Akutpsychiatrie? In: Psychiatrische Praxis, 37. Jahrgang, November 2010, 411f.
- LAMBERT, M./NABER, D./BOCK, T. et al. (2010): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen: das Hamburger Modell. In: AMELUNG, V.E./BERGMANN, F./FALKAL, P./HAUTH, I. et al.: Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- LISOFSKY, B. (2009): Erwartungen an neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie. Aus Sicht der Angehörigen. In: WEATHERLY, J.N.; LÄGEL, R. (Hrsg.). Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik: 22–26.
- SPENGLER, A. (2007): Zwangseinweisungen in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis April 2007: 191–195.
- VON HARDENBERG, Nina 2013. Wahn und Zwang. Psychiatrie. In: Süddeutsche Zeitung 18.01.2013, HF2: 4