

Stellungnahme

☒ Mit Interesse und Bewegung habe ich Ihr oben genanntes Papier gelesen und möchte Ihnen gratulieren zu dieser komprimierten und einigermaßen kompletten Darstellung der Situation der deutschen Psychiatrie. Nachdem ich aus dem Kollegenkreis zum Teil auch sehr kritische Stimmen gehört habe, möchte ich Ihnen einige ergänzende oder kommentierende Überlegungen zusenden und damit signalisieren, dass das Gespräch auch über einige dieser Positionen in der DGPPN und im Zusammenhang mit der Leitlinienherstellung unbedingt notwendig ist.

Zur aktuellen Situation der psychiatrischen Versorgung: Die sehr kritische Beschreibung des Status der sogenannten Sonderkrankenhäuser ist sicher heilsam als Erhellung eines Zustandes, doch wird der Begriff beim späteren Wiedernennen zum Teil fast unnötig verletzend. Grundsätzlich gehe ich aber mit Ihnen einig, dass diese Fachkrankenhäuser wieder in den gesamten Medizinbereich natürlich eingegliedert werden müssen. Bei der ambulanten Versorgung würde ich meinen, dass ein Psychiater auf 20000 Einwohner noch nicht eine optimale Versorgung darstellt, insbesondere wenn ein Großteil dieser Kollegen weitgehend Neurologie macht und sich insbesondere für Psychotherapie wenig interessiert. Dass die Institutsambulanzen nun auch an den Fachabteilungen eingerichtet werden, war überfällig und damit auch unbestritten.

Verlagerung der stationären Versorgung auf psychiatrische Abteilungen: Ihre apodiktische Aussage, dass Pflichtversorgungsbezirke mit mehr als 150000 Einwohnern fachlich nicht zu rechtfertigen seien, scheint mir etwas überzogen. Insbesondere in Großstädten mit über einer halben Million Einwohner sieht das etwas anders aus als auf dem „flachen Lande“. Die Integration der stationär-psychiatrischen Versorgung in einem Allgemeinkrankenhaus und andererseits in einem gemeindepsychiatrischen Verbund ist heute hoffentlich allgemein akzeptiertes Wissen und Denken. Gerade von daher kann ich Ihre kritischen Bemerkungen zu den nur zögerlich abgebauten oder umstrukturierten großen Kliniken auf der „grünen Wiese“ sehr gut nachvollziehen. Wir haben ja hier in der Nähe mit dem Beispiel Bedburg-Hau ein gutes Anschauungsobjekt. Gerade hier kann man aber auch zeigen, dass Ihre Forderungen vielleicht manchmal etwas dogmatisch sind. Wir haben nämlich sämtliche Langzeitpatienten aus Bedburg-Hau nach Essen zurückgeführt und sie soweit nötig in entsprechenden, komplementären Einrichtungen untergebracht und betreuen sie seither im Wesentlichen von unserer Klinik aus konsiliarisch durch Ambulanzärzte. Dass sich dabei die beiden psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und die psychiatrische Universitätsklinik als Fachkrankenhäuser sich in Struktur und Funktion nur wenig unterscheiden, zeigt, dass vieles weniger von der Rechtsform oder anderen organisatorischen Dingen abhängt, als vom Willen der dort Arbeitenden.

Spezialisierung: Dasselbe gilt meiner Meinung nach auch bezüglich Ihrer heftigen Ablehnung einer wie immer auch gearteten Spezialisierung. Wenn Sie schon keine zweistufige Versorgung wollen, was ich gut nachvollziehen kann, dann müssen Sie aber für die Weiterentwicklung des Faches kleinere Kompetenzzentren vorsehen, in denen Methoden weiterentwickelt werden und Untersuchungen mit der nor-

wendigen Kapazität auch durchgeführt werden können. Im Übrigen überlegen wir uns im Essener Verbund der Kliniken auch, dass die drei Kliniken jede eigene Schwerpunktsgebiete entwickelt und damit im Gesamtverbund der Versorgung ihren zusätzlichen, speziellen Beitrag leisten kann. Ähnliches existiert übrigens auch in der somatischen Medizin, wo sogar größere Schwerpunktkrankenhäuser oder Universitätskliniken nicht alle Spezialitäten enthalten, und dafür funktionsfähige Schwerpunkte bilden. Ähnliches könnte man auch zu Ihrer vehementen Ablehnung der möglichen Schwerpunktbildung für forensische Psychiatrie entgegennehmen. Gemeint ist ja nicht, dass solche spezialisierten Kollegen dann nur noch in spezialisierten Einrichtungen arbeiten und auch nur dort ausgebildet werden. Andererseits scheint es mir von den betroffenen Patienten wie auch von den Forderungen der Öffentlichkeit her dringendst geboten die fachliche Qualität in diesem Bereich in der Breite zu verbessern. In Ergänzung zur normalen Facharztausbildung könnten einzelne Kollegen sich an spezialisierten Zentren dieses Zusatzkönnen noch holen. Einig gehe ich mit Ihnen in der kritischen Bewertung der in einer privaten Praxis fulltime begutachtenden Kollegen. Dies könnte aber durch entsprechende berufsrechtliche Vorschriften behoben werden.

Somatisches Fach: Ihre dezidierte Ablehnung der diskutierten Aufhebung der Neurologie als Monopolfach für somatische Zusatzweiterbildung des angehenden Psychiaters kann ich nicht verstehen. Ich denke, dass gerade die vorgeschlagene Öffnung zur Inneren Medizin als Alternative die Zahl der Psychiater vermehren wird, die sich für fächerübergreifende Probleme und Fragen der Konsiliarpsychiatrie mehr interessieren. Ganz persönlich denke ich übrigens, dass weniger die Art der somatischen Spezialisierung eine Rolle spielt als die zusätzliche Prägung durch ein typisch somatisch-medizinisches Fach. Auf diesem Hintergrund könnte auch ein Jahr Geburtshilfe und Gynäkologie für manche Psychiater, je nach Interessensgebiet, eine sinnvolle Ergänzung sein. Mein geachteter klinischer Lehrer Paul Kielholz hat übrigens neben einer vollen psychoanalytischen Weiterbildung auch zwei Jahre chirurgische Ausbildung gemacht, was man ihm später gelegentlich immer noch angemerkt hat.

Schlussendlich bleibt festzuhalten: Zustimmung kann ich Ihnen im Bemühen die definitive Ablösung des gemeindefernen Fachkrankenhauses durch gemeindeintegrierte Institutionen zu Ende zu bringen. Nicht folgen kann ich Ihnen in der Meinung, dass diese meistens etwa 60 bis 80 Betten enthaltenden Abteilungen die erforderliche Spezialisierung in unserem Fach im gleichen Maße leisten werden können. Dafür und für die entsprechende Weiterentwicklung des Faches brauchen wir eine Reihe von Schwerpunktzentren, wobei über deren Ausgestaltung und Lage sehr wohl gesprochen werden muss. Dass das System dabei personenzentriert bleiben muss, ist – denke ich – unbestritten.

Prof. Dr. med. Markus Gastpar

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität GH Essen
Virchowstraße 174.
45147 Essen

E-mail: m.gastpar@uni-essen.de

Stellungnahme

Das Papier ist von Autoren verfasst worden, die ihre Position als Chefarzte genutzt haben, um praktische Verbesserungen durchzusetzen, und die sich um die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung verdient gemacht haben. Das Papier macht ihre Erfahrung, ihre Kompetenz und ihr Engagement deutlich. Mit Geschick wird für Positionen argumentiert, die vor 30 Jahren in Deutschland als reformerisch galten und von denen einige inzwischen zur allgemein akzeptierten Mehrheitsmeinung geworden sind. Allerdings wirkt das Papier dabei in Teilen eher rückwärtsgerichtet und mehr aufrechnend als zukunftsweisend. Die Vertretung eigener Interessen und die Besitzstandswahrung sind – auch für Chefarzte von psychiatrischen Abteilungen – zweifelsohne verständliche und legitime Motive für ein Positionspapier. Wenn sie dem Leser deutlich werden, können sie aber auch Widerspruch bei denjenigen wecken, die nicht im gleichen Boot sitzen.

Einige konkrete Punkte: Beim Resümee der Psychiatrie-Enquete wird m. E. übersehen, dass die gesamte Reforminitiative neben all ihren unbestreitbaren Verdiensten in einem Punkt gar nichts erreicht hat, nämlich in der Überwindung der vollkommen fragmentierten Versorgungsstruktur in Deutschland [1]. Die Lobbyinteressen der Träger, der Industrie und der Berufsverbände haben unter Ausnutzung des mangelnden politischen Reformwillens gemeinsam sichergestellt, dass die Strukturen und Finanzierungswege mehr oder minder so blieben wie sie waren. Darunter leidet auch jeder Versuch, eine patientenorientierte Perspektive für eine „Krankenhauspsychiatrie“ zu formulieren. Bereits das Wort „Krankenhauspsychiatrie“ spiegelt die Fragmentierung wider: Im Grunde sollte es nur eine Psychiatrie im Sinne einer Gesamtversorgung geben. Stationäre Einrichtungen sind ein Baustein davon neben anderen Bausteinen und sicherlich nicht der wichtigste, wenn auch vielleicht der teuerste. Ansonsten hätten wir eine „Tagesstättenpsychiatrie“, eine „Beratungsstellenpsychiatrie“, eine „Ambulanzpsychiatrie“ etc., alle mit separaten Positionspapieren zu ihren jeweiligen Perspektiven. Genau dies, dass nämlich die Krankenhauspsychiatrie in einen gemeindepsychiatrischen Gesamtplan einzubetten ist, wird im zweiten Punkt des Ausblicks auch im Papier selbst behauptet. Diese Behauptung wirkt aber wie eine hohle Formel, wenn nicht gleichzeitig ein Konzept vorgelegt wird, wie die Integration stationärer Einrichtungen in einen gemeindepsychiatrischen Verbund denn bewerkstelligt werden soll. Ein Beispiel: Die Chefarzte psychiatrischer Abteilungen haben in vielen Regionen eine dominierende Rolle. Diese Rolle haben einige genutzt, um Reformen voranzutreiben, andere eher nicht. In jedem Fall müsste diese dominierende Position konsequenterweise in die Gemeinde verlagert werden, oder der Chefarzt selbst müsste in der Gemeinde arbeiten, anstatt sein Arbeitszimmer im Krankenhaus zu haben und Chefarztvisiten zu machen. Wo ist das Konzept dafür, und welche strukturellen Veränderungen erscheinen den Autoren des Papiers erforderlich, um den angedachten Perspektivenwechsel im Sinne einer konsequenten Gemeindeorientierung tatsächlich zu erreichen? Ich habe dazu im ganzen Papier kein Wort gefunden, obwohl man sich sicher viele Modell hierfür denken könnte.

Die Grenzen einer „evidence-based-medicine“ sind vielen Wissenschaftlern und Praktikern deutlich und werden auch in der Literatur zunehmend diskutiert. Das – so finde ich –

rechtfertigt aber nicht, auf Hinweise zur empirischen Evidenz in einem solchen Papier weitgehend zu verzichten und nicht klar zu sagen, dass es für einige der Behauptungen Belege gibt, für die meisten aber nicht. Apodiktische Feststellungen, wie etwas zu sein (z. B. „In größeren Städten sind mehrere Versorgungsregionen mit ca. 150 000 Einwohnern vorzusehen.“), wirken ohne jede Begründung wenig hilfreich. Warum 150 000 (weil es so gut zu den Bedürfnissen der Abteilungspsychiatrie passt?) und nicht 15 000, 50 000 oder 500 000?

Die Einrichtung von Institutsambulanzen ist sicher eine positive Errungenschaft, aber vielleicht doch nicht unbedingt der Weisheit letzter Schluss. Warum sollen Institutsambulanzen nicht eher mit sozialpsychiatrischen Diensten und/oder mit komplementären Einrichtungen institutionell verbunden werden als an einer Klinik angesiedelt zu sein? Warum soll ärztliche Kompetenz für psychisch Kranke aus der Klinik in die Gemeinde reichen und nicht z. B. umgekehrt primär im komplementären und ambulanten Bereich liegen (wodurch sich im Übrigen auch für die Berufsrolle von Psychiatern neue Perspektiven eröffnen würden) und von dort aus in die Klinik reichen? Wiederholt wird die Verbindung zur somatischen Medizin als Vorteil der Abteilungspsychiatrie gelobt. Schön und gut. Sollte man aber nicht auch die möglichen Schattenseiten dieser Verbindung bedenken? Sie fördert doch sicher, dass medizinisches Denken und ärztliche Hierarchievorstellungen das Arbeiten mit dem Patienten stark bestimmen, obwohl man über den Sinn solcher Dominanz unterschiedlicher Meinung sein kann. International gibt es verschiedene Arten von sehr kleinen quasistationären oder konventionell stationären Einrichtungen (z. B. in Form von Krisenbetten oder so genannten community beds), die mitten in der Gemeinde liegen. Sie haben also räumlich weder etwas mit altertümlichen Anstalten noch mit Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu tun. Soll man diese Form der Akutversorgung, die nach meinem persönlichen Eindruck zumindest in einigen Gebieten hervorragend funktioniert, nur deshalb ablehnen, weil sie keine internistische oder chirurgische Abteilung im gleichen Haus befindet? Das Satellitenmodell wird mit der Bemerkung abgetan, es handele sich um 2-Klassen-Medizin. Diese Trumpfkarte würde moralisch stechen, wenn nicht zahlreiche Abteilungen eine andere Form von 2-Klassen-Medizin, nämlich die gesonderte Behandlung von Privatpatienten ausgesprochen akzeptabel fänden. Die Frage scheint mir nicht vorrangig, wie viele Klassen es gibt, sondern wie sichergestellt werden kann, dass mit den vorhandenen Mitteln die richtigen Prioritäten gesetzt werden und dass jeder Patient – soweit es realisierbar ist – die bestmögliche Versorgung erfährt. Als Nebenbemerkung: Die „Betroffenheit“, dass jemand „eigene wirtschaftliche Interessen über diejenigen der von ihnen betreuten Patienten“ stellt, wirkt auf mich angesichts der Realitäten des deutschen Versorgungssystems stets etwas pharisäerhaft. Zur Forschung kann man viel offensivere und weitergehendere Vorstellungen entwickeln als sie im Positionspapier angedeutet werden. Viele Versorgungseinrichtungen haben in mancher Hinsicht bessere Voraussetzungen, gezielte und effektive Forschung zu betreiben, als konventionelle Universitätseinrichtungen. Ohne die Bürde aufwendiger akademischer Bürokratie und ohne die zusätzliche Aufgabe der Studentenausbildung, die in Universitäten ständig mit Forschungsaktivitäten kollidiert, ließe sich Forschung mit Hilfe von wenigen Eigen- und vorrangigen Drittmitteln ausgezeichnet betreiben, wenn professionelle Kerneinheiten mit hinreichender kritischer Masse an den Versor-

gungseinrichtungen etabliert bzw. zusammengeführt werden können. Ich glaube, dass sich ein solches Modell, das z.T. angloamerikanischen Pfaden folgen würde, auch in Deutschland finanzieren ließe und u.a. wegen der im Vergleich zu Universitätskliniken klareren Mittelverteilung und dadurch höheren Effizienz von vielen Seiten begrüßt würde.

Abschließend nun mein wesentlicher Kritikpunkt: Wo ist die Vision für die Versorgung der Zukunft? Der Leser versteht, dass Sonderkrankenhäusern verschwinden sollen. Heißt das, dass die psychiatrischen Abteilungen – als vermeintlich einzige Alternative – nun ein gesichertes Dasein haben und weiter gefördert werden sollen? Ohne eine mittel- oder langfristige Konzeption für die Gesamtversorgung lässt sich kaum eine Perspektive für eine vernünftige stationäre Versorgung erarbeiten. Was ist z.B. mit Ideen von „mobilen Betten“ oder des „home treatment“, der Akutversorgung in der Wohnung des Patienten – eine auch unter deutschen Bedingungen realisierbare und wahrscheinlich kostengünstige Variante? Was ist mit der Akutbehandlung in „family homes“ nach Vorbild einiger amerikanischer Regionen? Würde dadurch ein Teil der derzeitigen Aufgaben einer psychiatrischen Abteilung in die Gemeinde verlagert, und wie sollte dies strukturell mit anderen Einrichtungen verbunden werden?

Darüber hinaus findet sich in dem Papier zwar die o.g. Bemerkung über die anzustrebende Größe eines Versorgungsgebietes, aber keine über die hierfür zur Verfügung zu stellende Bettenzahl. Nehmen wir als Beispiel die erwähnten 150 000 Einwohner als Größe für ein Versorgungsgebiet (aus einer Nicht-Krankenhausperspektive käme man wahrscheinlich ohnehin zu viel kleineren Zahlen für die Grundversorgung ohne ambulante Spezialeinrichtungen). Jeder kann ja für diese Einwohnerzahl so viele Betten aufstellen und belegen, wie er bezahlen möchte. Einige aus meiner Sicht exzellenten Versorgungseinrichtungen haben für solche Einwohnerzahlen nicht mehr als 20 Betten. Was ist die kritische untere Grenze für eine eigene Abteilung, und wie sollten solch kleine Einrichtungen organisiert sein? Zudem haben Einheiten so geringer Größe bekanntermaßen das Problem, dass sie mal zu wenig und mal zu viel Andrang haben und dies ohne enge Kooperation mit anderen Einrichtungen schlecht kompensieren können. Kommen wir dadurch vielleicht zu einer neuen Art von Satellitenmodell? Ich persönlich habe zu all diesen Fragen eine Meinung, die von der Literatur sowie von meinen früheren Erfahrungen in Berlin und den jetzigen in London geprägt ist und die man teilen kann oder auch nicht. Ein Positionspapier zur Perspektive stationärer psychiatrischer Einrichtungen sollte einige dieser Fragen aber m. E. zumindest ansprechen, auch wenn die tagespolitischen Erwägungen Zukunftsmodelle möglicherweise unwichtig erscheinen lassen. Die Autoren des Papiers machen ihre Position, deutlich, Perspektiven lassen sie kaum erkennen.

Literatur

- ¹ Schmiedebach P, Beddies T, Schulz J, Priebe S. Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie-Enquete: drei Reforminitiativen im Vergleich. Psychiatr Prax 2000; 27: 138 – 143

Prof. Dr. Stefan Priebe, MD

Chair of Social & Community Psychiatry
Academic Unit, East Ham Memorial Hospital
Shrewsbury Road
London E7 8QR, United Kingdom

Stress-, Katastrophen- und Regulationsmedizin als Aufgabe für die Psychiatrie

Der vorliegende Sammelband bietet die Textfassung einer Anzahl von Beiträgen, die im Rahmen der 1. Berliner Stress-Forschungs-Tage 1999 entstanden. Die bis dahin im deutschen wissenschaftlichen Sprach- und Literaturraum leider ungewöhnlich selten bearbeitete Themensetzung repräsentiert zugleich auch einen Arbeitsschwerpunkt des Berliner Instituts für Stressforschung, welches den Kongress ausrichtete. In gut 30 Einzelbeiträgen wird versucht, wichtige Gesichtspunkte der traditionellen Stresskonzepte und Stressmanagementansätze in ihrer Anwendung darzustellen. Der Themenkreis umfasst das weite Feld zwischen Katastrophen- und Notfallmedizin einerseits sowie den psychischen Reaktionen des Individuums auf außergewöhnliche Belastungssituationen und die physiologischen Grundlagen von körperlichen und physischen Belastungsreaktionen. Die Fächer Psychiatrie und Nervenheilkunde werden nicht im engeren Sinne einbezogen, wohl aber wird auf psychiatrisch-psychotherapeutische Störungsbilder Bezug genommen. Hierher gehören etwa das im Band so genannte „funktionelle Syndrom“, ebenso „somatoforme Störungen“ sowie insbesondere die Störungsbilder der sich neu konstituierenden (psychiatrischen) Psychotraumatologie.

Leider findet sich unter den Autoren – soweit erkennbar – weder ein Nervenarzt noch ein Psychiater/Psychotherapeut oder psychotherapeutischer Mediziner. Die Mehrzahl der Autoren kommen aus der psychophysiologischen Stressforschung, der Inneren Medizin/Kardiologie, der Psychologie und insbesondere aus denjenigen Institutionen, die professionell mit Katastrophen- und Rettungsfragen befasst sind (wie Polizei, Feuerwehr, Rotes Kreuz, Auswärtiges Amt und Bundeswehr). So erfreulich die Tatsache ist, dass damit ein zunehmend festerer Brückenschlag unter den genannten Berufsgruppen unter dem Leitmotto „Stressmanagement“ gelungen ist, so dringlich erscheint das Desiderat, dass Forschungsergebnisse aus Psychiatrie und Psychotherapie sowie der hier integrierten Psychotraumatologie von „fachfremden“ Stellen stärker berücksichtigt werden – eine Aufforderung zugleich auch an die Psychiater und Psychotherapeuten, sich stärker im Bereich des Stressmanagements und der Psychotraumatologie zu engagieren. Der Werkstattcharakter des Tagungsbandes ist den Herausgebern bewusst. Streckenweise bringen die Texte sogar „widersprüchliche Auffassungen zum Ausdruck“, wie es im Vorwort heißt. Auf eine grundsätzlich denkbare textlich-inhaltliche oder redaktionelle Straffung haben die Herausgeber entsprechend bewusst verzichtet. Dies entspricht dem frühen Entwicklungsstand des behandelten Fachgebietes. Obwohl für manche vielleicht etwas am Rande des großen Faches Psychiatrie und Psychotherapie stehend, sollten die Notfallreaktionen von Körper und Psyche – und insbesondere deren nicht selten längerfristige Auswirkungen – gerade hier große Beachtung beanspruchen dürfen. Psychiater sind gut beraten, die im Buch reflektierten Aspekte sorgfältig zur Kenntnis zu nehmen.

Franz Kohl, Freiburg

Hecht K, Balzer H-U (Hrsg). **Stressmanagement, Katastrophenmedizin, Regulationsmedizin, Prävention.** 2000, 217 S. (Papst Publishers, Lengerich.) Paperback, DM 30,-

Neue Bücher

CRC Press

M. E. Furman, F. P. Gallo

The Neurophysics of Human Behavior.
384 S., £ 49,99.

Fromann-holzboog

B. Gordijn, H. ten Have (Hrsg.)

Medizinethik und Kultur.

Grenzen medizinischen Handelns in
Deutschland und den Niederlanden.
507 S., DM 98,-.

M. Klein

Gesammelte Schriften, Band III.

Schriften 1946 – 1963.

542 S., DM 98,-.

C. Wiesemann

Die heimliche Krankheit.

Eine Geschichte des Suchtbegriffs.

218 S., DM 58,-.

Klett-Cotta

Trauma, Gewalt und kollektives

Gedächtnis.

Psyche 9/10 – Zeitschrift für Psychoanalyse
und ihre Anwendung.

240 S., DM 38,-.

E. M. Maccoby

Psychologie der Geschlechter.

Sexuelle Identität in den verschiedenen
Lebensphasen.

420 S., DM 88,-.

Psychiatrie-Verlag

B. Alder, U. Hoffmann-Richter,

D. Sollberger, C. Töngi (Hrsg.)

Gewissheit.

Psychiatrie in der Geschichte und Kultur.

Die Psychotherapeutin 13.

120 S., DM 25,-.

H. Beitler, H. Beitler

Psychose und Partnerschaft.

180 S., DM 24,80.

A. Finzen

Psychose und Stigma.

Stigmabewältigung – zum Umgang mit
Vorurteilen und Schuldzuweisungen.

200 S., DM 24,80.

T. Hegemann, R. Salmann (Hrsg.)

Transkulturelle Psychiatrie.

Konzepte für die Arbeit mit Menschen
aus anderen Kulturen.
Handbuch.

380 S., DM 39,80.

U. Hoffmann-Richter

Psychiatrie in der Zeitung.

Urteile und Vorurteile.

320 S., DM 44,-.

D. Sollberger

Psychotische Eltern – verletzte

Kinder.

Kinder psychisch Kranker und ihre

Probleme.

120 S., DM 29,80.

Psychosozial-Verlag

S. Zepf

Allgemeine psychoanalytische Neuro-

senlehre, Psychosomatik und Sozialpsy-

chologie.

Ein kritisches Lehrbuch.

776 S., DM 99,-.

Schattauer

G. Allert, H. Kächele

Medizinische Servonen.

Psychosoziale, anthropologische und ethi-

sche Aspekte prothetischer Medien in der

Medizin.

120 S., DM 49,-.

F. Hässler, J. M. Fegert

Moderne Behandlungskonzepte für

Menschen mit geistiger Behinderung.

Therapiekompendium für Ärzte, Psycho-

logen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte.

128 S., DM 39,-.

O. F. Kernberg, P. Buchheim, B. Dulz,

J. Eckert, S. O. Hoffmann, U. Sachsse,

H. Sass, M. Zaudig

PTT Persönlichkeitsstörungen.

Theorie und Therapie.

Vol. 4/2000, No. 2: Über Therapeuten

48 S., DM 40,-.

Thieme

C. Bader-Johansson

Motorik und Interaktion.

Wie wir uns bewegen – was uns bewegt.

190 S., DM 49,90.

O. Bernardi u. a.

Psychiatrie mit offenen Türen.

Offene stationäre Psychiatrie in der

Pflichtversorgung.

160 S., DM 49,90.

Psychiatrische Praxis

2000

Jetzt 8x jährlich


FACH ZEITSCHRIFTEN

Heilen statt reparieren

- Neue Behandlungsmethoden, neue Medikamente, neue Therapieformen
- Praktische Hilfestellung im Behandlungsalltag
- Wissenschaftliche Entwicklungen in der klinischen und sozialen Psychiatrie
- Kontinuierliche Weiterbildung

Erscheint 8mal im Jahr.
Jahresbezugspreis 2000: DM 278,-
inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten.

Interessiert an einem Abo?
Fax: 07 11 / 89 31-133
Tel.: 07 11 / 89 31-333
e-mail: Kunden.Service@thieme.de

 **Thieme**