

„Wenn Goethe noch leben würde, hätte er Zyprexa genommen“

Vom Fluch der Einseitigkeit

Von Nils Greve

Einleitung

Seit rund sechzig Jahren – seit dem produktiven Jahrzehnt von 1949 bis 1960, das uns mehrere neue Wirkprinzipien der Pharmakotherapie mit Markteinführungen ihrer jeweils ersten Vertreter bescherte – leben wir mit der Vorstellung, die psychiatrische Behandlung könne mit spezifischen Medikamenten auf die meisten psychischen Erkrankungen einwirken, teilweise durch Kombination mehrerer Substanzen. Die Ärzte haben sozusagen „für jeden Topf einen (oder mehrere) Deckel“, und nahezu alle Patienten werden einem oder mehreren dieser Töpfe zugewiesen und erhalten Verordnungen von Psychopharmaka. Menschen mit Diagnosen aus dem Kapitel F der ICD-10, denen keinerlei medikamentöse Behandlung empfohlen wird, sind in der Minderheit (vgl. den Beitrag von Bartusch, Brüggemann und Elgeti in diesem Heft S.10ff.).

Das produktive Jahrzehnt

die sozialpsychiatrische Aufbruchstimmung, die zwar auf Medikamente nicht verzichtete bzw. nicht verzichten konnte (vgl. den Beitrag von Asmus Finzen, S.8ff.), aber in ihrer Fokussierung doch dem damaligen Zeitgeist folgte und vor allem den Auf- und Ausbau sozialer Hilfen betrieb. Fortschritte in der Anwendung psychotherapeutischer Methoden folgten. Die Aufmerksamkeit galt einseitig psychosozialen Ursachen psychischer Störungen, bis hin zur Vorstellung, Psychosen seien mehr oder weniger gesunde, aber jedenfalls einfühlbare Reaktionen auf „verrückte Verhältnisse“. Und diese Verhältnisse konnten dann neben familiären Kommunikations- und Beziehungsmustern auch gerne mal die „verrückten“ spät-kapitalistischen Produktionsweisen und die daraus resultierenden verkorksten Privatbeziehungen sein. Wer von genetischer (Mit-) Bedingtheit schwerer psychischer Störungen sprach, war verdächtig, ein Apologet dieser „Verhältnisse“ zu sein.

heitsursachen und der Fortschritte durch neue Medikamente. Beispielsweise konnte man hören, Antidepressiva seien eine „kausale“ Therapie der Depression, oder (medikamentös!) unbehandelte akute Psychosen seien „neurotoxische“ Zustände, also eine Art Selbstvergiftung des Gehirns.

Sowohl in den offiziellen Leitlinien deutscher Fachgesellschaften – exemplarisch sei die Leitlinie „Schizophrenie“ der DGPPN genannt – als auch im Alltag der klinischen und ambulanten Behandlung dominieren medikamentöse Behandlungsstrategien, und wenn von „therapieresistenter“ Psychose oder Depression die Rede ist (etwa in der Indikationsstellung für Elektrokrampfbehandlung), bezieht sich das ausschließlich auf das Scheitern der Pharmakotherapie.

Demgegenüber werden psychotherapeutische Konzepte stiefmütterlich behandelt. Nicht nur, dass sie fast ausschließlich in Gestalt kognitiver Verhaltenstherapie Erwähnung finden, meist reduzieren sie sich bei näherem Hinsehen auf mehr oder weniger ausgebaute Psychoedukation.

Die Überbetonung der Pharmakotherapie

Neben den erwähnten Erfolgen der bildgebenden Verfahren und der Genforschung tragen zu dieser Einseitigkeit aus meiner Sicht einige sachfremde Faktoren bei:

- Ohnehin ist die biologisch-medizinische Achse unseres Faches gegenüber der psychologischen und der sozialwissenschaftlichen durch die Berufsgruppe, die sie vertritt, hierarchisch und sozialrechtlich privilegiert. Ärzte leiten alle Behandlungseinrichtungen, und ärztliche Bescheinigungen und Gutachten sind für den

1949	Lithium (Hypnorex®, Quilonum®)	Phasenprophylaktikum
1952	Chlorpromazin (Megaphen®)	Neuroleptikum (trizyklisch)
1957	Imipramin (Tofranil®)	Antidepressivum
1958	Haloperidol (Haldol®)	Neuroleptikum (Butyrophenon)
1960	Chlordiazepoxid (Librium®)	Tranquilizer (Benzodiazepintyp)
1963	Diazepam (Valium®)	

Das „produktive Jahrzehnt“ der Psychopharmaka-Innovationen

In diesem Zeitraum gab es – ebenso wie in den rund 150 Jahren Psychiatriegeschichte zuvor – Pendelbewegungen zwischen dem psychosozialen und dem biologisch-medizinischen Pol. Der ersten Euphorie über den Zuwachs an medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten folgte in den 1970er und 1980er Jahren

Eine biologische Euphorie

Die erheblichen Fortschritte der neurobiologischen Forschung, insbesondere der bildgebenden Verfahren, löste dann gegen Ende des vorigen Jahrhunderts wiederum eine „biologische Euphorie“ aus, mit erheblicher Überschätzung der Bedeutung genetischer Krank-

Zugang zu allen übrigen Leistungsarten der Sozialversicherung erforderlich.

- Neben den staatlichen und den quasi-staatlichen Institutionen (Ämtern, Sozialversicherern), den meist kleinen gemeinnützigen Hilfeinrichtungen der Gemeindepsychiatrie und den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sind Pharmafirmen „die Hechte im Karpfenteich“. Alle übrigen Akteure können ihnen hinsichtlich der Wirtschaftskraft und der Professionalität ihres Marketing und ihrer Lobbyarbeit nicht das Wasser reichen. Das wirkt sich bei der Einflussnahme auf die wissenschaftliche Erforschung und Publikation von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Medikamente ebenso nachteilig aus wie bei der Abhängigkeit der Praktiker von den glanzbunten Einflüsterungen der „Pharmabera-ter“ genannten Vertreter.
- Einen zusätzlichen Schub sehe ich im heutigen „Viagra-Zeitgeist“, der für jedes Leiden und jeden unerwünschten Zustand eine sofortige Abhilfe verlangt und selbstverständlich auch für möglich hält. Diese überwertige Idee von der universalen Machbarkeit hat zwar zu erheblichen Verbesserungen beispielsweise in der Schmerztherapie beigetragen, verbaut uns aber in unserem Fach jedes Konzept des Aushaltens, des geduldigen Verstehens und des gelassenen Begleitens psychischer Ausnahmezustände.¹
- Die Finanzierungsrichtlinien sowohl der Krankenhausbehandlung als auch der Kassenärzte begünstigen die Kurzatmigkeit. Hier wie dort „rechnen“ sich am besten kurze Kontakte, mit der Folge gehäufter Wiederaufnahmen in den Krankenhäusern und nahezu völligem Verzicht auf längere Gespräche in den Praxen der niedergelassenen Ärzte. In diesen Szenarien zählt nur der schnelle Effekt, auch wenn er nicht nachhaltig ist. Psychotherapie ist nicht mehr Bestandteil aller Hilfen, sondern wird abgedrängt in Spezialstationen und die Praxen der Psychotherapeuten.

All das trägt meines Erachtens zur derzeitigen einseitigen Überbetonung der Pharmakotherapie bei. Sie „passt in die Landschaft“. Aber löst sie die Versprechen ein,

rechtfertigt sie die ständig wachsenden Kosten?

Gegenbewegungen

In den letzten Jahren mehren sich die Anzeichen für eine erneute Gegenbewegung des Pendels, ausgelöst durch Probleme mit enttäuschender Wirksamkeit und erheblichen Nebenwirkungen großer Psychopharmaka-Gruppen.

So stellt sich allmählich heraus, dass die „atypischen“ *Neuroleptika* überwiegend nicht so atypisch sind wie erhofft (und von den Herstellerfirmen angepriesen). Die Studien, mit denen eine wesentlich geringere Rate an Bewegungsstörungen (EPS) „nachgewiesen“ wurde, verglichen in der Regel die neue Substanz mit zu hohen Dosierungen von Haloperidol – keine Überraschung, dass das neue Mittel dann besser abschneidet. Außerdem haben mehrere dieser neuen Antipsychotika Auswirkungen auf Stoffwechselfvorgänge, das so genannte „metabolische Syndrom“, das höchst wahrscheinlich erheblich mit verantwortlich ist für erhöhte Sterblichkeit (bzw. verkürzte Lebenserwartung) bei Langzeiteinnahme (Aderhold 2007). Zumindest ein „typisches“ Neuroleptikum, nämlich Perphenazin, hat in der industrieunabhängigen CATIE-Studie im Auftrag des National Institute for Mental Health (Lieberman et al. 2005) eine mit mehreren Atypika gut vergleichbare Wirkung und Verträglichkeit gezeigt.

Schließlich zeigt sich, dass der breite Einsatz der neuen Neuroleptika nicht zu einer Senkung der Krankenhaushäufigkeit bei Psychosen geführt hat. Alle diese Erkenntnisse der letzten Jahre lassen erwarten, dass der Stern der aggressiv vermarkteten neueren Neuroleptika in der nächsten Zeit sinken wird, ungeachtet aller Rückzugsgefechte der interessierten Firmen und ihrer Auftragnehmer in der ärztlichen Fachwelt.

Bei den *Antidepressiva* wird die Debatte zwar nicht mit der gleichen Hitzigkeit geführt, aber auch hier gibt es zumindest eine Kontroverse, die in Abständen von einigen Jahren nun schon mehr-

mals ausgetragen wurde, zuletzt von Kirsch et al., die in einer groß angelegten Metaanalyse zu dem Schluss kamen, bei leichten und mittelschweren Depressionen seien die Wirkstärken dieser Medikamente relativ gering, so dass die im klinischen Alltag beobachteten Besserungen depressiver Symptome wohl überwiegend als Placeboeffekte erklärt werden müssen. Das herstellerunabhängige Arzneitelegramm bezeichnete diese Wirkschwäche der Antidepressiva bereits 2005 als seit langem bekanntes „dirty little secret“ der Psychopharmakaindustrie.

Der Markt für *Phasenprophylaktika* hat sich in den letzten Jahren stark ausgeweitet. Unter dem schönen Namen „Stimmungsstabilisierer“ (vom englischen *mood stabilizer*) werden sie in der Alltagspraxis inzwischen nicht nur zur Behandlung der Manie und zur Prophylaxe manischer und depressiver Phasen eingesetzt, sondern zur Eindämmung unerwünschter „Stimmungen“ aller Art, zum Beispiel wahnbestimmter aggressiver Verhaltensweisen. Das wird zwar von den Herstellern so nicht offiziell propagiert, aber durch die flotte Namensgebung suggeriert.

Ohnehin beobachten wir ja seit einiger Zeit einen zurückhaltenden Umgang mit den Schizophrenie-Diagnosen und eine Zunahme der Diagnosen im F3-Bereich der affektiven Störungen. Diese Entwicklung ist noch befeuert worden durch die „Erfindung“ der bipolaren Störung Typ II: nicht mehr Depression plus Manie in der Anamnese (das wäre Typ I), sondern Depression und lediglich Hypomanie. Typ III und IV sind noch hinzugekommen – ein Schelm, wer hier Interessen der Hersteller von Phasenprophylaktika vermutet.

Diese viel versprechende Marktentwicklung hat Appetit auch bei den Herstellern einiger neuerer Neuroleptika geweckt: Erst waren sie „nur Antipsychotika, dann plötzlich (mit Nachweis durch herstellerfinanzierte Studien) auch Phasenprophylaktika, nun wollen sie auch noch eine Wirksamkeit in der Depressionsbehandlung nachweisen können – das wäre



Nils Greve
Diplom-Psychologe,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorsitzender des Psychosozialen Trägervereins Solingen und der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland (AGpR), Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatriischer Verbände (BAG GPV).

dann endlich das Universal-Psychopharmakon, die „eierlegende Wollmilchsau“ unter den Medikamenten unseres Fachgebiets.

Wenn man bedenkt, mit welchen Mitteln die Herstellerfirmen Studien zu ihren Gunsten beeinflussen (vgl. den Beitrag von Lehmkuhl, Osterfeld und Aderhold auf S. 31ff.), darf man getrost abwarten, inwieweit diese Marketingstrategie aufgehen wird. Derweil werden Ärzte mit Hochglanzmaterial beworben, das an Verdummung grenzt, etwa mit dem Slogan, den ich diesem Artikel vorangestellt habe. (Hatte Goethe überhaupt bipolare Probleme? Und wäre sein Leben noch glücklicher verlaufen, wenn er Zyprexa® genommen hätte, mit einem hohen Risiko an Diabetes und Übergewicht? Hätte er dann sein gesegnetes Alter erreichen können?).

Vergleichsweise ruhig ist es um die *Tranquilizer und Hypnotika* geworden; über deren Abhängigkeitspotenzial diskutiert die Fachwelt kaum noch. Durch neuere Präparate, die mit den Benzodiazepinen chemisch nicht verwandt sind (die Z-Gruppe: Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon), ist dieses Problem nicht geringer geworden, auch sie können abhängig machen. Die Zahl der Medikamentenabhängigen in Deutschland wird auf immerhin 700.000 bis 1,4 Millionen geschätzt. Die Abhängigkeit von Beruhigungs- und Schlafmitteln aller Art stellt dabei das Hauptkontingent (Reimer u.a. 2007).

Mittel gegen Demenzentwicklung z. B. bei der Alzheimer-Krankheit helfen messbar (d. h. besser als Placebo) nur einer Minderheit der Patienten, und selbst dann besteht ihre Wirkung in einer Verzögerung der Symptome, der Abbauprozess im Gehirn selbst wird nicht beeinflusst. Der Langzeitnutzen der Verordnung der Antidementiva ist umstritten, da Studien gezeigt haben, dass die Dauer der Erkrankung (von der Diagnosestellung bis zur Heimaufnahme bzw. bis zum Tod) durch ihre Einnahme wahrscheinlich nicht verlängert wird.

Schließlich sei noch die Behand-

lung der Aufmerksamkeits-Defizitstörungen *ADS und ADHS* erwähnt, auch dies derzeit eine Diagnose mit „Wachstumspotenzial“, gefolgt von explosionsartigem Wachstum der entsprechenden Medikamentenverordnungen. Klagen seriöser Wissenschaftler über die unkritische Diagnosestellung durch Nicht-Fachärzte sind wirkungslos geblieben, Warnungen vor möglichen Spätschäden durch Methylphenidat verschwanden nach heftigen Protesten spurlos aus der Fachdiskussion, anstatt durch groß angelegte Studien geklärt zu werden.

Ein angemessener Stellenwert von Psychopharmaka

Durch die – sicher nicht vollständige – Aufzählung dieser Schattenseiten gängiger Psychopharmaka soll nicht einem erneuten Extrem-Ausschlag des Pendels das Wort geredet werden. Psychopharmaka „heilen“ zwar samt und sonders nicht im Sinne einer „kausalen“ Therapie, aber sie können bei rationalem Einsatz vielen Menschen helfen, mit psychischen Extremzuständen fertig zu werden, die weder sie noch ihre Mitmenschen ohne Medikamente bewältigen könnten.

Das gilt selbstverständlich auch für uns, die professionellen Helfer aller Berufsgruppen und aller psychiatrischen Einrichtungen. Auch wir wüssten mit vielen psychischen Störungen nicht ohne Psychopharmaka fertig zu werden, bzw. allenfalls unter Anwendung der drastischen „Behandlungskuren“ früherer Zeiten, zu denen sicher niemand zurückkehren will. Wir sollten uns daher vor falschen (weil nicht hilfreichen) Polarisierungen der Psychopharmaka-Debatten hüten: Von wenigen experimentellen Ansätzen abgesehen, verfügen wir bisher nicht über Konzepte zum Umgang mit schweren psychischen Störungen bei völligem Verzicht auf die einschlägigen Medikamente. Das gilt für Neuroleptika ebenso wie für die übrigen oben genannten Gruppen.

Vielmehr sollten wir die absehbare „Pendelbewegung“, die wieder mehr Gewicht auf sozialpsychiatrische und psychothera-

peutische Konzepte legen wird, zwar einerseits stärken, damit sie nicht durch Bremskräfte des Marktes verhindert werden kann. Wir sollten aber andererseits die Debatten um Nutzen und Risiken der Psychopharmaka mit dem Ziel führen, ihnen endlich einen angemessenen Stellenwert als eine Hilfeform im Rahmen des Spektrums aller verfügbaren Hilfen zuzuweisen.

Integration ins Spektrum der verfügbaren Hilfen

Exemplarisch lässt sich eine solche Integration studieren am Beispiel der Bedürfnisangepassten Psychosenbehandlung (Need Adapted Treatment) nach finnischen und schwedischen Vorbildern (Aderhold et al. 2003, Cullberg 2008). Dieser Ansatz dürfte derzeit das weitestgehende Konzept der Psychosenbehandlung darstellen, weil es alle Hilfeformen und alle Settings integriert. Die Behandlung stützt sich vorrangig auf lebensweltorientierte und psychotherapeutische Hilfen. Neuroleptika sind hier nur eines unter vielen Behandlungselementen, sie werden nur dann verordnet, wenn ohne sie kein befriedigendes Ergebnis erzielt werden kann; dies ist – regional unterschiedlich – nur noch bei rund der Hälfte der Patienten der Fall, und die Dosierungen sind deutlich niedriger als sonst üblich (als Richtwert gilt eine Tagesdosis von 2 mg Haloperidol-Äquivalenten).

Die Katamnesen, immerhin über bis zu 5 Jahre, sind zwar mit kleinen Probandenzahlen und unter anderen gesellschaftlichen und sozialrechtlichen Bedingungen durchgeführt worden; sie geben aber zumindest ernsthafte Hinweise darauf, dass ein konsequent gemeindepsychiatrisches und psychotherapeutisches Konzept auch bei uns zu einer drastischen Reduzierung der Neuroleptika bei mindestens gleichwertigen Ergebnissen führen könnte. Alle Schritte in eine solche Richtung sollten darum gezielt gefördert werden, seien es die konsequente Einbeziehung des sozialen Umfelds in die gesamte Behandlung, eine intensive ambulante Behandlung, rund um die Uhr verfügbare Krisendienste mit Krisenbetten

oder eine psychotherapeutische Fundierung der Psychosenbehandlung (Greve und Aderhold 2008).

Daneben gilt es, alle Maßnahmen zu ergreifen, die dazu beitragen können, die einseitige unkritische Ausrichtung psychiatrischer Behandlung auf Pharmakotherapie zu überwinden. Einige Beispiele:

- Depressive Syndrome sollten standardmäßig neben der Medikation mit psychotherapeutischen Gesprächen behandelt werden. Die inzwischen weit verbreiteten regionalen „Bündnisse gegen Depression“ sollten diese Gleichgewichtigkeit gezielt unterstützen.

- Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeits-Defizitsyndromen und ihre Eltern sollten ebenso regelmäßig neben der Verordnung von Methylphenidat oder Atomoxetin eine Beratung und Therapie durch Schulpsychologische Dienste, Erziehungsberatung sowie Einzel- und Familientherapeuten erhalten.

- Selbsthilfegruppen sollten bei weitem mehr Aufmerksamkeit und finanzielle Unterstützung erfahren als derzeit. Ansätze wie Empowerment und Recovery führen bei uns – trotz aller verbalen Bekundungen – ein stiefmütterliches Dasein. Die Ausbildung und der Einsatz von „Genesungsbegleitern“ nach dem EX-IN-Konzept (Lange 2008) sollten überall zur Regel werden.

- Die Orte der Behandlung akuter Psychosen und anderer schwerer akuter Krisen bedürfen einer Neukonzeption – etwa nach den Vorbildern der Soteria-Häuser oder Krisenwohnungen – und einer quantitativen und qualitativen personellen Ausstattung auf dem Niveau somatischer Intensivstationen. In die jetzt beginnende Debatte zur Umstellung der Finanzierung von psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausbehandlung ist eine solche Angleichung der Standards in der Psychiatrie an die somatischen Krankenhäuser einzubringen.

- Ebenfalls in diese Debatte einzuarbeiten ist eine Flexibilisierung der von Krankenhäusern zu erbringenden Behandlungsleistungen: aufsuchende intensive Behandlung im häuslichen Milieu der Patienten mit Einbeziehung der Angehörigen (Home Treatment) und bedürfnisgerechte

Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und aufsuchender Behandlung bei personeller Kontinuität. Wie die Erfahrungen aus dem Kreis Steinburg (Deister et al. 2004, Roick et al. 2005) zeigen, die neuerdings von weiteren Regionen in Schleswig-Holstein übernommen werden, ermöglicht ein regionales Gesamtbudget für Krankenhausbehandlung solche patientengerechten Flexibilisierungen.

- Die anstehende Überarbeitung der bereits erwähnten Behandlungsleitlinie „Schizophrenie“ bietet eine gute Gelegenheit, die einäugige Überbetonung der Pharmakotherapie und die unkritische Befürwortung „atypischer“ Neuroleptika zu relativieren, Psychotherapie aller von Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Schulen angemessen zu berücksichtigen und der Kombination von „Behandlung“ mit lebensweltbezogenen gemeindepsychiatrischen Hilfen erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen.

- Nicht zuletzt brauchen wir dringend eine herstellerunabhängige Anwendungsforschung für die gesamte Pharmakotherapie, die durch Herstellerabgaben finanziert werden könnte, sowie eine Veröffentlichungspflicht für alle durchgeführten Studien und alle Interessenkonflikte der beteiligten Autoren. ●

Literatur

Aderhold V (2007): Mortalität durch Neuroleptika. Soziale Psychiatrie 4/2007: 5-10

Aderhold V, Alanen Y, Hess G, Hohn P (Hg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial-Verlag 2003

arznei-telegramm (2005): Antidepressiva-Kritik: was tun? Antwort der Redaktion auf eine Leser-Korrespondenz. a-t 36: 57

Cullberg J (2008): Therapie der Psychosen. Ein interdisziplinärer Ansatz. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Deister A, Zeichner D, Roick C (2004): Ein Regionales Budget für die Psychiatrie. Erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt. psychoneuro 30 (5): 285-288

Greve N, Aderhold V (2008): Chancen für eine integrative Psychotherapie in Deutschland. In: Cullberg 2008

Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT: Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Medicine (<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050045>)

Lange K (2008): Erfahrene verändern die Psychiatrie. Europäisches Pilotprojekt EX-IN schafft Modelle der Nutzerbeteiligung. Psychosoziale Umschau 1/2008: 4-5

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK

(2005): Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med. 353(12): 1209-23.

Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (2007): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer 3. Aufl.

Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König HH, Angermeyer MC (2005): Das Regionale Psychriatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. Psychiatrische Praxis 32 (4) 177-184.

Anmerkungen

1 Ein drastisches Beispiel für das Nicht-Aushalten-Können liefert der millionenfache Missbrauch des Antidepressivums Prozac® in den USA.

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Die Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

Themen 2009 / 2010:

4 / 2009
Qualitätsmanagement

1 / 2010
Persönlichkeitsstörungen

2 / 2010
Sozialraumorientierung

3 / 2010
Im Kontext verstehen.
Familienorientierung in der Gemeindepsychiatrie

4 / 2010
Schuldfähigkeit und Verantwortung

Herausgeber: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin. www.kerbe.info

Bestellanschrift: Verlag der Evang. Gesellschaft Stuttgart;
Tel: 0711 / 60 100 - 40;
vertrieb@evanggemeindeblatt.de