

Gute psychotherapeutische Versorgung – gesundheitspolitische Herausforderung für Schwarz-Rot

TIMO HARFST,
CHRISTINA TOPHOVEN*

Timo Harfst ist Referent in der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin

Dr. Christina Tophoven ist Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin

Psychotherapie gehört zur leitliniengerechten Versorgung psychisch kranker Menschen. Die langen Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten sind ein Beleg dafür, dass die ambulanten Behandlungskapazitäten nicht ausreichen, um dem Versorgungsbedarf gerecht zu werden. Es geht aber nicht nur um zusätzliche Kapazitäten, sondern auch um die qualitative Frage, innerhalb welcher Strukturen und mit welchem Angebot die Versorgung der Zukunft organisiert wird. Eine bedarfsgerechte Antwort wird nicht möglich sein, ohne dass die Psychotherapie über die Richtlinien-Psychotherapie hinaus wächst.

1. Die psychotherapeutische Versorgung im Koalitionsvertrag

CDU, CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu verringern. Damit benennt der Vertrag einen zentralen Engpass für psychisch kranke Menschen. Die Koalitionäre kündigen an, ein zeitnahe Angebot für eine Kurzzeittherapie schaffen, die Gruppentherapie fördern und das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren zu wollen. Ferner soll in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapie-Richtlinie überarbeitet werden. Eine gute psychotherapeutische Versorgung wird aber davon abhängen, inwieweit in diesem Kontext die Versorgungsstrukturen und das Versorgungsangebot wirklich weiterentwickelt werden. Dafür notwendige Maßnahmen werden im Folgenden skizziert.

2. Das unterschätzte Versorgungsproblem

2.1 Wartezeiten

Psychisch kranke Menschen warten im bundesweiten Durchschnitt circa drei Monate auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. In ländlichen Regionen ist die Wartezeit noch einmal beträchtlich länger. Ein Spezialfall ist der verstädterte Raum des Ruhrgebiets, wo 17 Wochen die Regel sind (BPtK, 2011). Nach der Reform der Bedarfsplanung in der letzten Legislaturperiode wird sich die Situation in ländlichen Regionen entspannen. Allerdings war die psychotherapeutische Versorgung auf dem Land bisher auch besonders katastrophal. In fast allen anderen Regionen gilt dagegen weiterhin, dass die Wartezeiten auf eine psychothera-

* Der Beitrag gibt die persönliche Meinung der Verfasser wieder.

apeutische Behandlung unzumutbar lang sind. Nach dem ersten diagnostischen Gespräch wartet ein psychisch kranker Mensch nochmals durchschnittlich drei Monate auf den eigentlichen Beginn der Therapie.

2.2 Behandlungsrate

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Nach den Ergebnissen des DEGS (Jacobi et al., in press) leidet mehr als jeder vierte Erwachsene in Deutschland (26,9 Prozent, 18 bis 79 Jahre) in einem zwölf Monatszeitraum an klinisch bedeutsamen psychischen Störungen. Die gleiche Studie kommt zum Ergebnis, dass ein sehr großer Teil dieser Patienten keine Behandlung erhält (vgl. Abbildung 1). Wesentliche Gründe hierfür sind unzureichende Erkennerraten in der Primärversorgung, fehlende Behandlungskapazitäten bei Psychotherapeuten und Psychiatern sowie spezifische Barrieren der Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsangebote, u. a. eine nach wie vor starke Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen.

Es ist davon auszugehen, dass weit mehr Menschen eine psychotherapeutische Behandlung benötigen, als Patienten sie derzeit in Anspruch nehmen. Bislang nutzen vor allem jüngere Generationen Psychotherapie bei psychischen Beschwerden und Leiden, während ältere Generationen deutlich seltener eine leitliniengerechte Versorgung erhalten. Um diesem weiter steigenden Versorgungsbedarf gerecht zu werden, wird es notwendig sein, die psychotherapeutischen

Beratungs- und Behandlungskapazitäten auszubauen. Damit eng verbunden ist die Frage, welche Praxisstrukturen und welches Leistungsspektrum die psychotherapeutische Versorgung der Zukunft haben soll.

2.3 Kurzzeitbehandlungen bereits heute Standard

Bereits heute dauern mehr als die Hälfte der ambulanten Psychotherapien nicht länger als 25 Stunden und sind damit Kurzzeiteinzeltherapie. Außerdem behandeln niedergelassene Psychotherapeuten heute rund ein Drittel mehr Patienten als noch im Jahr 2000 (KVB, 2009). Ein weiterer Ausbau dieser Form der Kurzzeitbehandlung bietet also kaum Potential, hierdurch mehr psychisch kranke Menschen adäquat zu versorgen.

Der GKV-Spitzenverband will dem steigenden Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung nach seinem aktuellen Positionspapier mit einer Stückelung der Kurzzeitbehandlung von 25 in 15 und zehn weitere Stunden begegnen. Die Strategie ist offensichtlich: Möglichst viele Patienten sollen mit immer kürzeren Behandlungen versorgt und der Zugang zu einer Langzeitpsychotherapie soll deutlich erschwert werden. Um die Hürden noch weiter zu erhöhen, schlägt der GKV-Spitzenverband zwischen dem ersten und zweiten Block der Kurzzeittherapie eine obligatorische Wartezeit von sechs Wochen vor, die nur in besonders begründeten Ausnahmefällen

umgangen werden kann. Damit würden die Krankenkassen in Kauf nehmen, dass Heilungsprozesse unterbrochen werden und Patienten Schaden erleiden. Eine qualitätsgesicherte Versorgung psychisch kranker Menschen dürfte mit dieser Rationierung psychotherapeutischer Leistungen kaum noch möglich sein.

3. Offene Sprechstunde für einen besseren Zugang

3.1 Leistungsprofil

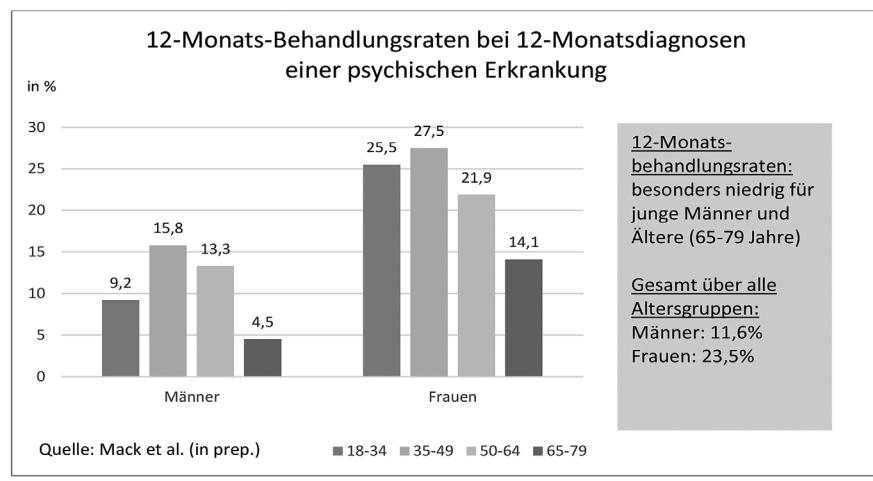
Ein schnelle psychotherapeutische Erstuntersuchung und Indikationsstellung ist für Patienten mit akuten psychischen Beschwerden und Erkrankungen

Weit mehr Menschen brauchen eine psychotherapeutische Versorgung: die Beratungs- und Behandlungskapazitäten müssen deshalb ausgebaut werden.

von großer Bedeutung. Es ist nicht hinnehmbar, dass Patienten, die z. B. zur differenzial-diagnostischen Abklärung oder zur psychotherapeutischen Mitbehandlung auf Überweisung durch einen Haus- oder Facharzt einen Psychotherapeuten suchen, monatelang auf einen Termin warten müssen.

Die bestehenden Kapazitäten ließen sich effizienter nutzen, wenn Psychotherapeuten Zeitkontingente für die Erstdiagnostik von Patienten freihielten und diese Sprechzeiten erstens angekündigt würden und zweitens einen zeitnahen Zugang insbesondere für Patienten mit Überweisungen von Haus- und Fachärzten oder nach einer stationären Behandlung bieten würden. Maßgeblich für eine Verbesserung des Zugangs wird in diesem Zusammenhang sein, dass Psychotherapeuten mehr als einen Patienten je Stunde zur psychotherapeutischen Erstuntersuchung und Indikationsstellung sehen können. Erst dann könnten substantiell mehr Patienten kurzfristig eine erste diagnostische Abklärung erhalten. Dies setzt jedoch ein spezielles Konzept einer offenen Sprechstunde voraus. Der Psychotherapeut müsste auf Praxispersonal zurückgreifen können, dass bereits vor der diagnostischen Erstuntersuchung

Abbildung 1: Behandlungsquoten psychischer Störungen nach Alter und Geschlecht bei 12-Monats-Fällen im DEGS 2008-2011



eine Basisdokumentation erstellt und eine orientierende Testdiagnostik durchführt und aufbereitet. Die Delegation dieser Leistungen vorausgesetzt, könnte der Psychotherapeut zwei bis drei Patienten pro Stunde für eine orientierende Erstdiagnostik sprechen. Die Kernleistung der offenen Sprechstunden wäre eine erste Indikation zur weiteren Versorgung, z. B. zu einer vertiefenden Diagnostik, Überweisung zu niederschwelligen Interventionen, zur Gruppen- oder Einzelpsychotherapie, zur fachärztlichen Mit- und Weiterbehandlung oder auch die Weiterverweisung zu Angeboten von Beratungsstellen. Das Leistungsprofil der offenen Sprechstunde erfordert die Delegation psychotherapeutischer Leistungen und deshalb eine Anpassung von „§ 28 SGB V Ärztliche und Zahnärztliche Behandlung“. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wären dabei spezifische Anpassungen bei der Gestaltung der offenen Sprechstunde erforderlich, um den Besonderheiten des Einbezugs der Sorgeberechtigten und beim Beziehungsaufbau gerecht zu werden.

Für das Angebot einer offenen Sprechstunde ist wegen der größeren Patientenzahl außerdem ein geeigneter Wartribreich notwendig, der unmittelbar für Patienten zugänglich ist oder vom Praxispersonal zugänglich gemacht wird. Das Praxispersonal müsste ausreichend qualifiziert sein, um eine vorstrukturierte Erhebung durchzuführen und die diagnostischen Informationen adäquat aufzubereiten. Erforderlich ist auch eine enge und verbindliche Vernetzung der Praxis mit anderen Leistungserbringern. Patienten werden zurecht erwarten, dass der Psychotherapeut mit Unterstützung seines Praxispersonals ihnen hilft, den weiteren Weg durch das Versorgungssystem zu finden. Zum Leistungsprofil einer solchen Praxis mit offener Sprechstunde gehört also auch das Angebot des Case-Managements.

3.2 Psychotherapeutisches Versorgungszentrum

Eine Praxis, die in der Lage ist, offene Sprechstunden anzubieten, eine qualitätsgesicherte Erstdiagnostik mit Unterstützung eines qualifizierten Praxispersonals zu gewährleisten, differenzierte, auch gruppenpsychotherapeutische Versorgungsangebote vorzuhalten und durch ein praxisinternes Case-Man-

ment Versorgungsprozesse für Patienten zu organisieren, geht deutlich über das heutige Leistungsspektrum einer psychotherapeutischen Einzelpraxis hinaus. Diese Form der psychotherapeutischen Versorgung wird sich am ehesten in psychotherapeutischen Versorgungszentren oder in großen Gemeinschaftspraxen realisieren lassen und betriebswirtschaftlich rechnen. Vor diesem Hintergrund ist die im Koalitionsvertrag geplante Zulassung von arztgleichen medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V) also u.a. auch von psychotherapeutischen Versorgungszentren zu begrüßen.

3.3 Psychotherapeutische Befugnisse

Zur Koordinationsfunktion eines Psychotherapeuten müssten zukünftig auch die Befugnisse gehören, Patienten zu einer fachärztlichen Abklärung zu überweisen oder im akuten Fall ins Krankenhaus einzulegen. Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Aufhebung der Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten (§ 73 SGB V) zu prüfen. Damit wäre eine zentrale Voraussetzung für die Übernahme notwendiger Koordinationsfunktionen durch Psychotherapeuten geschaffen. Dazu gehören neben den oben genannten auch die Befugnisse, bestimmte Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Heilmittel und Soziotherapie zu verordnen sowie eine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen.

3.4 Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die Ergänzung der psychotherapeutischen Versorgung um diese Form der offenen Sprechstunde erfordert eine angemessene Vergütung der diagnostischen und koordinativen Aufgaben sowie der personellen und räumlichen Infrastruktur. Als eine Vergütungskomponente ist eine Quartalspauschale denkbar. Diese könnte nach einer Anlaufzeit an eine Mindestzahl von Versicherten geknüpft werden, die innerhalb eines Quartals über die offene Sprechstunde versorgt werden. Klar zu umschreibende, qualitätsgesicherte Einzelleistungen innerhalb der offenen Sprechstunde sollten zusätzlich vergütet werden.

4. Differenzierung des Leistungsangebots für eine bedarfsgerechte Versorgung

4.1 Ergänzende niedrigschwellige Leistungen

Ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot erfordert zukünftig ein differenziertes Leistungsangebot, zusätzlich zu einer flexibler ausgestalteten Richtlinien-Psychotherapie. Dabei geht es z. B. um qualitätsgesicherte Selbsthilfe – auch mediengestützte Selbsthilfe – Bibliotherapie, Beratung und psychoedukative Gruppen. Diese breitere Palette möglicher Interventionen bzw. Behandlungsmethoden ist bislang höchst unzureichend verfügbar bzw. nicht in die Versorgung integriert.

Diese Leistungsangebote sollten daher qualitätsgesichert und flächendeckend

Eine Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung erfordert neue Angebotsstrukturen und eine stärkere Differenzierung der Leistungen.

verfügbar werden. Außerdem sollte eine ausreichende Transparenz darüber bestehen, wie Patienten oder Menschen mit subklinischen Symptomen Zugang zu solchen, die Psychotherapie ergänzenden Angeboten finden können. Die Patienten sollten Kontakt zu den die Indikation stellenden Psychotherapeuten behalten können, damit je nach Problemlage bzw. Verlauf Rückkopplungen zwischen Patient und Psychotherapeut möglich sind und entsprechende Anpassungen in der Versorgung veranlasst werden können.

Krankenkassen und Leistungserbringer stehen damit vor drei Aufgaben: Die Entwicklung qualitätsgesicherter Angebote, die Sicherstellung einer flächendeckenden Verfügbarkeit sowie ausreichende Transparenz und Vernetzung, um Patienten den Zugang zu solchen niedrigschwelligen Leistungen zu ermöglichen.

4.2 Förderung der Gruppenpsychotherapie

Die eng begrenzten psychotherapeutischen Versorgungskapazitäten lassen sich vor allem durch einen Ausbau der

gruppenpsychotherapeutischen Angebote effizienter nutzen. Auch wenn nur bei einem Teil der Patienten mit psychischen Erkrankungen eine Gruppenpsychotherapie indiziert ist bzw. Akzeptanz findet, wird das Versorgungspotential gruppenpsychotherapeutische Angebot gegenwärtig nicht annähernd ausgeschöpft. Aktuell machen gruppenpsychotherapeutische Leistungen nur ein bis zwei Prozent der psychotherapeutischen Leistungen insgesamt aus – trotz zwischenzeitlicher Verbesserungen der Vergütung. Aufgrund der guten Evidenz für den Nutzen gruppenpsychotherapeutischer Intervention bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen muss deshalb weiter nachgebessert werden. Nach ersten Auswertungen zum PNP-Vertrag in Baden-Württemberg lässt sich der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen an sämtlichen psychotherapeutischen Leistungen allein durch eine Entbürokratisierung der Rahmenbedingungen bereits innerhalb kurzer Zeit auf über 7 Prozent steigern (Schütz, 2013).

Die bisherigen Modifikationen der Psychotherapie-Richtlinie, wie z. B. die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene modifizierte Gruppengröße in der tiefenpsychologischen und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die noch ausstehenden Erleichterungen im Gutachterverfahren (Verzicht auf Berichte bei Kurzzeitgruppentherapie), werden hierbei nicht ausreichen. Entscheidend ist, dass die Rahmenbedingungen für themen- oder indikationsspezifische Gruppenpsychotherapie verbessert werden. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gilt dies u. a. für die Elterntrainings in der Gruppe, die die Therapie des Kindes ergänzen. Eine Schlüsselfunktion kann dabei den Anbietern der oben skizzierten offenen Sprechstunden zu kommen. Sie sollten über die jeweils aktuellen Informationen verfügen, welche Psychotherapeuten zu welchen Themen oder Erkrankungen Gruppenpsychotherapie anbieten, um Patienten gezielt weiterzuvermitteln. So wird es möglich, innerhalb einer angemessenen Zeit, erheblich mehr Patienten mit einem breiteren Spektrum psychotherapeutischer Leistungen zu versorgen, das von Gruppen mit psychoedukativen Schwerpunkt über Kurzinterventionen im Gruppensetting bis zur Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie reicht.

4.3 Psychotherapeutische Leistungen für schwer Kranke

Zur Differenzierung des psychotherapeutischen Leistungsangebotes gehören auch Versorgungsangebote für chronisch kranke Menschen, für Menschen mit erneuteten Episoden einer psychischen Erkrankung und auch für Patienten, die aufgrund einer erheblichen Beeinträchtigung durch ihre psychischen Erkrankung einen besonderen Behandlungsbedarf haben und eine Versorgung durch ein multiprofessionelles Team brauchen. Ein ambulantes Angebot insbesondere für schwer psychisch kranke Menschen ist längst überfällig und sollte in der jetzigen Legislaturperiode endlich flächendeckend realisiert werden (Tophoven, Wessels 2013).

5. Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens

Psychotherapeutische Leistungen sind derzeit grundsätzlich antrags-, genehmigungs- und gutachterpflichtig. Psychotherapeuten können sich jedoch ab einem definierten Zeitpunkt von der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie befreien lassen. Nach der Gutachterstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden 2011 dennoch immer noch rund 320.000 Berichte und Gutachten erstellt. Sie kosteten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) circa 28 Millionen Euro. Nur drei bis vier Prozent der Anträge wurden nicht befürwortet. Deshalb wird diskutiert, wie das Antrags- und Gutachterverfahren zu reformieren ist. Das Gutachterverfahren dient sowohl als Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung als auch als Instrument der Qualitätssicherung. Beide Aspekte sind bei einer Weiterentwicklung zu berücksichtigen.

5.1 Basis der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Für die Einzelpsychotherapie werden Vorschläge diskutiert, die für ein initiales Behandlungskontingent von zehn bzw. von bis zu 50 Stunden einen Verzicht auf das Gutachterverfahren vorsehen. Bereits erwähnt wurde die Forderung, beim Antrag auf Kurzzeitgruppenpsychotherapie grundsätzlich auf die Notwendigkeit eines Berichts an den Gutachter zu verzichten, denn das aktuelle Genehmigungsverfahren

mit einem gesonderten Bericht für jeden einzelnen Patienten stellt insbesondere für die Kurzzeitgruppentherapie ein wesentliches Hemmnis für ein breiteres gruppenpsychotherapeutisches Angebot in der ambulanten Versorgung dar.

Dafür dass Psychotherapie auch bei Einschränkung der Berichtspflicht eine antrags- und genehmigungspflichtige Leistung bleibt spricht, dass die damit verbundene Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung Psychotherapeuten und Patienten einen geschützten Therapieraum bietet, in dem eine Behandlung zu Ende geführt werden kann, ohne dass Regresse durch eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung zu befürchten sind. Als Basis der Genehmigung einer Psychotherapie durch die Krankenkassen würde es ausreichen, dass das Gutachterverfahren erst ab einer bestimmten Behandlungsdauer und nur noch im Rahmen einer Stichprobenprüfung eingesetzt wird. Es könnte darüber hinaus durch den Einsatz psychometrischer Instrumente ergänzt werden und die Berichte an den Gutachter könnten verschlankt werden.

5.2 Instrument der Qualitätssicherung

Das Gutachterverfahren ist auch ein Instrument der Qualitätssicherung. Die Akzeptanz dieses Instruments bei den niedergelassenen Psychotherapeuten erhält damit eine besondere Relevanz. Ein zentraler Punkt dürfte sein, dass die Berichte an den Gutachter und vor allem auch die Antworten des Gutachters im Versorgungsalltag als hilfreich und nützlich empfunden werden. Es gibt jedoch Zweifel an der Qualität der Gutachten. „Bei der Begutachtung von Psychotherapieanträgen handelt es sich nach den vorliegenden Daten nur um ein begrenzt objektives und reales Verfahren. Die prozentuale Übereinstimmung der Gutachterstellungnahmen liegt zwischen 46 und 70 Prozent“ (Vogel & Meng 2007).

Es geht also nicht nur um eine Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens, sondern auch um eine verbesserte Funktionalität für die Unterstützung der Behandlungsplanung und –konzeption sowie um eine effizientere Nutzung psychotherapeutischer Ressourcen. Daher sollte als Alternative auch die Nutzung von stärker internistisch motivierten

und auf den gesamten Behandlungsverlauf ausgerichteten Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie regelmäßige Fallkonferenzen und Qualitätszirkel, geprüft werden.

6. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Für eine Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in diesem Sinne sind mehrere gesetzliche Anpassungen notwendig. Im „§ 73 SGB V Kassenärztliche Versorgung“ sind eine Reihe von Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufzuheben. Um die Delegation psychotherapeutischer Leistungen wie z. B. die Erhebung der Basisdokumentation und Testdiagnostik an qualifizierte Mitarbeiter zu ermöglichen, ist eine entsprechende Überarbeitung des § 28 Absatz 3 „Ärztliche und zahnärztliche Behandlung“ notwendig. Die sich hieraus ergebenden Modifikationen in der Psychotherapie-Richtlinie müssen dem G-BA durch eine Anpassung des § 92 Absatz 6a SGB V aufgetragen werden, eventuell mit Fristsetzung. In „§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“ sind Regelungen für arztgleiche medizinische Versorgungszentren aufzunehmen. Sollen neben den arztgleichen medizinischen Versorgungszentren auch interdisziplinäre medizinische Versorgungs-

zentren gefördert werden, in denen Psychotherapeuten und z. B. Fachärzte der Psychiatrie und Psychosomatik zusammenarbeiten, dann ist im § 95 Absatz 1 SGB V sicherzustellen, dass diese medizinischen Versorgungszentren auch unter psychotherapeutischer Leitung stehen können. Die Abbildung des differenzierteren Leistungsangebots inklusive der offenen Sprechstunden

im Einheitlichen Bewertungsmaßstab muss der gemeinsamen Selbstverwaltung in § 87 SGB V vorgegeben werden. Eine angemessene Vergütung dieses Leistungsspektrums, insbesondere die Berücksichtigung einer angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit, sind in den Regelungen des § 87a und b SGB V – auch hier am besten mit Fristvorgabe – vorzugeben. ■

Literatur

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Hapke, U., Maske, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.U. (in press). 12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2009). Psychotherapeutische Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern. Aktuelle Informationen und Prognosen zur ambulanten psychotherapeutischen Patientenversorgung. Abrufbar unter: <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-Broschuere-Psychotherapie.pdf>

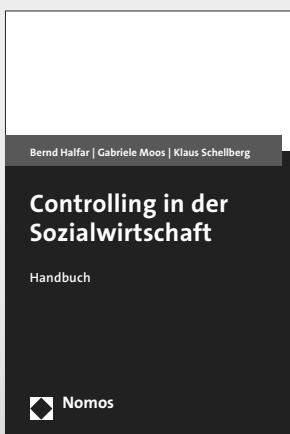
Vogel, H. & Meng, K. (2007). Beurteilerübereinstimmung von Psychotherapie-Gutachtern bei Anträgen auf ambulante analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Therapiemaßnahmen. *Psychotherapeut*, 52 (1), 35-40.

Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., et al. (in prep.). Mental health service use among people with mental disorders in Germany. Epidemiological data from the German Health Interview and Examination Survey for Adults, Module Mental Health (DEGS1-MH).

Schütz, A. (2013). Mehr Gruppentherapie. MEDITIMES (3) 15

Tophoven, C.; Wessels, T. (2013). Lets get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* (2-3), 93 – 97.

BPTK (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Abrufbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf



Controlling in der Sozialwirtschaft

Handbuch

Von Bernd Halfar, Gabriele Moos und Klaus Schellberg

2014, ca. 300 S., brosch., ca. 34,- €

ISBN 978-3-8329-6327-9

Erscheint ca. März 2014

Das Handbuch setzt an den Besonderheiten sozialer Dienstleistungsunternehmen an und entwickelt Vorschläge für ein praxistaugliches Controlling, das über das übliche Finanz-controlling hinausreicht.

Der Leser findet thematisch geordnete Kennzahlenlisten und Anregungen, wie das Controlling die Produktivität sozialwirtschaftlicher Unternehmen analysieren kann.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de/13315



Nomos