

Wie unterstützen oder bedrohen Qualitätsstandards die Behandlungsfreiheit?*

A. Benz

Zusammenfassung

Die psychotherapeutisch orientierte Psychiatrie hat eine Sonderstellung im Kreise der naturwissenschaftlich orientierten Medizin inkl. der biologisch orientierten Psychiatrie. Es braucht deshalb auch spezifische Qualitätsstandards, um die psychotherapeutische Professionalität und Behandlungsfreiheit zu fördern und nicht zu behindern. Ansätze zu spezifischen Qualitätsstandards werden erarbeitet.

Die Qualität in der Mental-Health-Arbeit

Die Frage der Qualität in der Mental-Health-Arbeit betrifft ohne Zweifel auch die Qualität der Fortbildung über Qualitätsfragen. Die Qualität meines Vortrages von mir vorgegebenen 25 Minuten wird sich daran messen müssen, ob ich meine Aussagen so überzeugend formulieren und anregend zu Ihnen hinüberbringen kann, dass sie – bei einem vorausgesetzten Interesse – auch aufgenommen und integriert werden können. Dies wiederum hat ganz wesentlich mit Ihrer momentanen Stimmung zu tun, die immer auch durch die Lebenssituation und ihre allfälligen Sorgen gefärbt ist.

Die Qualität meines Vortrages wird also von beiden Seiten, vom Redner und von den Zuhörern her, mitbestimmt werden sowie von unserer intellektuellen und emotionalen Kommunikation miteinander.

Ich habe jetzt die Dimension der Interaktion von zwei Partnern in einem Fortbildungsprojekt beschrieben. Dieselbe Dimension unterscheidet auch die psychotherapeutisch orientierte Psychiatrie von der biologischen Psychiatrie und von allen übrigen Bereichen der naturwissenschaftlichen Medizin. Diese deutliche Sonderstellung erschwert und behindert die

* Referat gehalten am 1. Schweizerischen Kongress über die Qualität in der Mental-Health-Arbeit vom 17. Mai in 2001 in Landquart.

Kommunikation zwischen Hausärzten, Spezialärzten, Krankenkassen und Psychotherapeuten. Sie hat auch zur Folge, dass die Qualitätsstandards für die psychotherapeutisch orientierte Psychiatrie andere sein müssen als für die übrigen, medizinischen Bereiche.

Ich möchte die Sonderstellung der psychotherapeutisch orientierten Psychiatrie für Sie kurz zusammenfassen:

1. Der medizinisch geschulte, ärztliche Psychotherapeut arbeitet – was die Kompetenz angeht – de facto gleichberechtigt mit dem psychologisch geschulten Psychotherapeuten. Beide erhalten ihre Ausbildung – bis vor kurzem zumindest – an denselben, vor allem privaten, Psychotherapieinstituten ausserhalb der Universitäten.
2. Der Psychotherapeut hält sich nicht an den hippokratischen Eid, alle zu behandeln, die seine Hilfe brauchen. Er kann einen therapeutischen Prozess nur einleiten und aufrechterhalten, wenn der Patient in spezifischer Weise aktiv kooperiert, d.h. im Rahmen einer spezifischen, therapeutischen Beziehung. Im Gegensatz dazu muss sich der Patient in den übrigen medizinischen Disziplinen den ärztlichen Anweisungen vorwiegend gehorsam und passiv unterziehen.
3. Die Bedeutung der Symptome ist eine völlig verschiedene. Die Symptome sind nicht einziger Massstab für «Krankheit» oder «Gesundheit», sondern der Ausdruck von emotionalen Problemen und Konflikten und deren Bearbeitung in der Beziehung mit sich selbst und den Mitmenschen [1]. Die Symptome führen den Patienten zwar meist zum Psychotherapeuten; die zu lösenden, emotionalen Konflikte überdauern aber in der Regel die Symptome. Das Verschwinden der Symptome leitet also nicht automatisch das Therapieende ein wie bei den anderen medizinischen Disziplinen. Bei gewissen kurzpsychotherapeutischen Techniken [2] besteht z.B. der Anspruch, dass die Symptome bereits in der Interviewphase verschwinden.
4. Der Psychotherapeut verwendet in den Psychotherapieschulen, die die Existenz eines Unbewussten anerkennen und psychoanalytisches Gedankengut weiterentwickelt haben, sein eigenes, emotionales Erleben während der Gespräche mit dem Patienten – die sogenannte Gegenübertragung – als potentes, diagnostisches Instrument. Dies setzt eine besondere Schulung und Kenntnis dieses Instrumentes, d.h. der eigenen Emotionalität, voraus, die *nicht* zum ärztlichen Curriculum an den Universitäten gehört.
5. Das Zeitgefühl, das den Psychotherapeuten während seiner Arbeit leitet, ist ein ganz anderes als bei den übrigen Spezialärzten. Der Psychotherapeut hat das natürliche Zeitgefühl von Wachstum und Veränderung; die übrigen Spezialärzte haben mehr das Zeitgefühl eines Bioingenieurs, der den dysfunktionalen hochkomplizierten Bioorganis-

Korrespondenz:
Dr. med. Andreas Benz
Färbstrasse 15
CH-8008 Zürich

mus des leidenden Patienten wieder funktions-tüchtig machen will. Der Psychotherapeut denkt zudem in Kategorien der Lebenszeit. Er weiss z.B., dass die unter Umständen zeitaufwendige Bearbeitung von Adoleszenzkonflikten wesentliche Folgen für das ganze, spätere Leben haben wird, was psychische und somatische Krankheitsanfälligkeit und damit Arztkosten angeht.

6. Einer der grundlegendsten Unterschiede zum Schluss: Bei der symptomorientierten Medizin gibt es keine Trennungsphase zwischen Arzt und Patient nach Abklingen der Symptome. Der Patient ist froh, nicht mehr kommen zu müssen oder wird einfach nicht mehr einbestellt. Der psychotherapeutische Prozess jedoch basiert auf einer spezifischen, emotionalen, therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut, die kunstgerecht aufgelöst werden muss, was immer Zeit braucht. Ärztliche Zwischenberichte an Vertrauensärzte von KK, die gleichzeitig therapeutische Fortschritte, ein Abklingen der Symptome erwähnen und eine Fortsetzung der Therapie begründen, stossen deshalb meist auf Unverständnis.

Ich habe jetzt versucht zu zeigen, wie verschieden die psychotherapeutisch orientierte Psychiatrie von den übrigen medizinischen Disziplinen ist. Sicher werden deshalb auch die Qualitätskriterien für die professionelle, therapeutische Arbeit andere sein müssen.

Eine allgemeine erste Antwort auf die Frage des Vortragstitels kann ich also bereits geben: Qualitätskriterien, die auf viele andere medizinische Spezialgebiete sinnvoll anwendbar sind, können die Behandlungsfreiheit des Psychotherapeuten ernsthaft bedrohen, da er seine Arbeit in einem ganz anderen Koordinatennetz vermisst als die übrige Medizin. Denken Sie hier zum Beispiel an die Unterschiede der Therapiekosten pro Patient bei einem psychopharmakologisch und einem psychotherapeutisch orientierten Psychiater. Der eine misst seinen Erfolg symptomorientiert – z.B. der Patient ist «hier und jetzt» ohne depressive Symptome dank geeigneter Antidepressiva –, der andere misst den Erfolg am veränderten Umgang seines depressiven Patienten mit wiederkehrenden Lebensproblemen, der die Entwicklung depressiver Symptome auf Dauer erübrigt, und an stark erweiterten Konfliktlösungsmöglichkeiten des ehemals depressiven Patienten im privaten und beruflichen Leben.

Ich habe bisher die Unterschiede zwischen der psychotherapeutischen und der übrigen medizinischen Haltung betont, um zu begründen, dass die Qualitätskriterien nicht dieselben sein können. Selbstverständlich gibt es auch übereinstimmende Bereiche. Auch der ärztliche Psychotherapeut verschreibt z.B. Psychopharmaka aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit oder zur Förderung des psychotherapeutischen Prozesses. Seine Indikation ist jedoch selten nur symptomorientiert.

Die Behandlungsfreiheit

Unter Behandlungsfreiheit verstehe ich den professionellen Spielraum des Psychotherapeuten, das zu tun, was zur Bearbeitung der einschränkenden und invalidisierenden, neurotischen oder psychotischen Konfliktlösungsmuster seines Patienten beiträgt, und zwar möglichst unabhängig von innerem und äusserem Druck. Das heisst, ich definiere die Behandlungsfreiheit als «Freiheit zu ...» und als «Freiheit von ...», als Freiheit der Wahl der Mittel zu einem therapeutischen Ziel und als Freiheit von Beeinträchtigung des Vorgehens durch Druckmomente.

Unter äusseren Druckmomenten verstehe ich:

1. einen aus nicht therapeutischen, z.B. finanziellen oder politischen Erwägungen erwachsenden Druck, der eine optimale Patientenbetreuung gefährdet. Ein Beispiel ist der bereits erwähnte Druck von KK, eine Psychotherapie dann abzubauen oder ganz aufzuhören, wenn der Patient symptomfrei geworden ist.
2. Druckmomente, die von den Patienten selbst ausgehen, und den Therapeuten dazu drängen, bestimmte Abweichungen von der professionellen Grundhaltung vorzunehmen. Ein Beispiel ist, einen suizidalen Patienten aus sozialen, gesellschaftlichen Rücksichten nicht psychiatrisch zu hospitalisieren.
3. Druckmomente, die aus der privaten Sphäre des Psychotherapeuten stammen; z.B. hohe Verschuldung oder sonstige wirtschaftliche Schwierigkeiten.

Unter inneren Druckmomenten verstehe ich:

1. mangelnde Durchsetzungsfähigkeit der professionellen Identität des Psychotherapeuten gegenüber Patienten, medizinischen Institutionen und KK.
2. soziale Ängste wie z.B. nicht im Trend zu sein, sogenannt «altmodisch» zu sein, weniger zu verdienen als andere, Statusängste.
3. omnipotente Haltungen den eigenen therapeutischen Möglichkeiten gegenüber, d.h. Überheblichkeit, Selbstüberschätzung.
4. damit verwandt: der Anspruch, alles alleine machen zu müssen oder das «Lonely-hero-Syndrom». Sehr häufig ist der zur Zeit behandelnde Arzt ja nur das aktuelle Glied in einer Behandlungskette. Dass dem so ist, heisst nicht von vorneherein, dass alle vorhergehenden Therapiebemühungen anderer Kollegen von ungenügender Qualität waren. Es verweist eher darauf, dass Wachstumsprozesse, Anpassungsprozesse, Neuorientierungsprozesse schubweise oder stufenweise verlaufen. Der Patient durchläuft Lebensphasen, in denen er alleine zurechtkommt und solche, in denen er psychotherapeutische Steigbügelhalterdienste braucht.

Die inneren Druckmomente stammen also alle von der individuellen Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihrer Einbettung in das soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Umfeld mit seinen aktuellen, z. T. modischen Normen.

Diese Druckmomente gelten für alle medizinischen Disziplinen und es wäre auch aus wirtschaftlichen Gründen sehr wichtig, sie bewusst zu machen.

Fachspezifische Qualitätskriterien bezüglich einer professionellen Arbeit haben zwei Grundfunktionen: Sie sollen die Professionalität der therapeutischen Arbeit sicherstellen und den Fachmann vor inneren und äusseren Druckmomenten schützen. Sie sollen ihm also helfen, seinen professionellen Spielraum oder Freiraum in Übereinstimmung mit der gegenwärtigen gesellschaftlichen Realität zu behaupten.

Eine zweite Antwort auf den Vortragstitel kann deshalb lauten: Angemessene Qualitätskriterien sind der spezifischen professionellen Behandlungsfreiheit des Psychotherapeuten förderlich.

Stellen wir die beiden bisherigen Antworten nebeneinander, überschneiden sie sich im Aspekt der Angemessenheit bzw. Spezifität der Qualitätskriterien für die psychotherapeutische Professionalität, die sich grundsätzlich von einer biologisch-medizinischen Professionalität unterscheidet.

Ein schwerwiegendes Problem liegt hier darin, dass die Krankenkassen meist wie selbstverständlich auf das biologisch-medizinische Krankheits- und Behandlungsmodell eingestellt sind. Nur ganz wenige Vertrauensärzte sind psychotherapeutisch gebildet und kennen das psychotherapeutische Behandlungsmodell. Dies geht z. B. aus der früher häufig gestellten Frage hervor, ob eine Psychotherapie der Symptombehandlung oder der sogenannten «Persönlichkeitserweiterung» diene; letztere gehörte dann nicht in die finanzielle Zuständigkeit der Krankenkassen. Aus psychotherapeutischer Sicht ist aber jeder Wachstumsschritt, jede Flexibilisierung von einst starren, neurotischen Konfliktlösungsmustern, jede verbesserte Realitätswahrnehmung mit entsprechenden Anpassungsschritten ein therapeutischer Fortschritt dank Persönlichkeitserweiterung.

Psychotherapeutische Qualitätskriterien

Ich möchte nun versuchen, einen Katalog von drei Qualitätskriterien aufzustellen, die die Behandlungsfreiheit des Psychotherapeuten fördern. Der Katalog soll am Beispiel der Depression erarbeitet werden.

Die professionelle Paarung

Die professionelle Paarung oder das professionelle Matching, wie die Engländer sagen, zwischen depressivem Patienten und Psychotherapeuten. Während die Wahl des Psychotherapeuten durch den Patienten meist unbewusst, d. h. nach wenig reflektierten Kriterien, erfolgt, darf und muss der Psychotherapeut selbst den Patienten, gemäss der Kenntnis seiner eigenen Persönlichkeit und seinen bisherigen professionellen Erfahrungen auswählen. Nicht jeder

Therapeut kann gleich gut mit Depressiven zusammenarbeiten; jeder Therapeut muss abschätzen, wieviele depressive Patienten er gleichzeitig aushält.

Die Psychohygiene ist eine Domäne, die in der Psychotherapie bewusster gepflegt werden muss, was auch den übrigen medizinischen Spezialarztgebieten guttäte, wo sie oft kaum existiert. Die richtige Paarung spielt ganz am Anfang der Psychotherapie eine Rolle, wenn nach der Interview- oder Abklärungsphase eine gemeinsame Arbeit vereinbart wird. Aber auch in späteren Therapiephasen muss die Paarungsfrage überprüft werden. Die psychoanalytische Psychotherapie geht davon aus, dass der depressive Patient nicht nur den Wunsch hat, von seiner depressiven Konfliktbearbeitung *befreit* zu werden, sondern dass er unbewusst den depressiven *Status quo auch verteidigt* [3]. Er tut dies deshalb – und zwar unbewusst –, da das neurotische Symptom zwar in der Gegenwart offenkundig dysfunktional und Ursache von Leiden ist; aber es entspricht auch dem lebensgeschichtlichen Versuch, sich in einer früheren, belastenden, emotionalen Situation, so gut es eben damals ging, zurechtzufinden. Wir alle wissen aus dem Alltag, wie schwer es fällt, ein altes, unter Energieaufwand erarbeitetes Verhaltensmuster aufzugeben – auch dann, wenn uns klar bewusst ist, dass es uns in der Gegenwart schadet. Der Psychotherapeut kollaboriert mit dem Änderungswunsch des depressiven Patienten, aber er muss auch gegen einen Widerstand im Patienten gegen eben diese Änderung ankämpfen. Kommt er gegen diesen Widerstand trotz längerer Versuche *lege artis* nicht an, darf und muss ein Psychotherapeutenwechsel diskutiert werden. Ein Abbruch einer Psychotherapie mit Überweisung an einen Kollegen ist also nicht von vorneherein negativ als therapeutisches Versagen zu werten. Vorangegangene Psychotherapien sollten bei der Bezahlung einer aktuellen Psychotherapie einer Depression deshalb für den Patienten nicht automatisch negativ zu Buche schlagen, wie dies heute oft geschieht. Ich habe persönlich den Eindruck, dass die KK die Chronizität eines Leidens im psychischen und somatischen Bereich verschieden behandeln.

Zusammengefasst: Der qualitätsbewusste Psychotherapeut achtet auf das Matching und ist auch bereit, Patienten zu überweisen, wenn die gewählte Paarung die Widerstände des Depressiven nicht aufzulösen vermag.

Der professionelle Umgang mit der Zeitdimension auf verschiedenen Ebenen

Der Psychotherapeut scheint der letzte Mohikaner unter den Fachärzten zu sein, zu dessen Professionalität es gehört, dem depressiven Patienten soviel Zeit einzuräumen, wie er eben braucht, um seine emotionale Not auszudrücken, auch dann, wenn er gleichzeitig Antidepressiva bekommt. Unter Antidepressiva verschwinden unter Umständen die depressiven Symptome, nicht aber die reale und psychische Not, die sie produzierte. Kann sich die Not nicht ausdrücken, wird sie früher oder später andere symptomatische Formen suchen, z. B. psychosomatische. Bei

der Psychogenese der Depression spielen ja auch oft frühere Beziehungspersonen eine Rolle, die seinerzeit keine Zeit hatten, auf entwicklungspezifische und unaufschiebbare Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Andererseits lebt der depressive Patient und der Psychotherapeut in derselben Realzeit, die durch die aktuelle Lebens-, Arbeits- und Produktionsweise immer mehr verknappt wird. Der Psychotherapeut wird sich also dauernd bewusst machen müssen, mit welchem Sitzungsaufwand pro Woche er über eine auch von der Lebensrealität des Patienten bestimmte Therapiezeit ein Höchstmass an Professionalität erreichen kann. Zu der Lebensrealität des Patienten gehört auch seine Krankenversicherungsart. Da es der Psychotherapeut aber auch mit psychischen Folgeerscheinungen einer sich beschleunigenden Leistungsmentalität zu tun hat – nach dem Motto: «mehr ist besser»; «Zeit ist Geld», «immer mehr Leistung für immer weniger Lohn» –, kann er nur qualitätsbewusst arbeiten, wenn er nicht die krankmachenden Elemente im therapeutischen Setting wiederholt. Das heisst keineswegs, dass eine Psychotherapie immer sitzungintensiv, immer langdauernd sein muss. Der qualitätsbewusste, psychotherapeutische Umgang mit der Zeit muss rational begründbar sein.

Es gilt, zwei bezüglich der Therapiedauer verschiedene Grundsituationen zu unterscheiden. Psychotherapie beschäftigt sich mit emotionaler Konfliktbewältigung in der Realität. Alle individuellen Instrumente zur Konfliktbewältigung basieren auf dem möglichst bewussten Zugang des Menschen zur ganzen Palette seiner Gefühle und Phantasien. Der Kontakt zu den eigenen Gefühlen und Phantasien ist wie der Kompass, den der Mensch braucht, um die Realität und Konfliktsituationen richtig einschätzen und um realitätsangepasste Konfliktlösungsstrategien entwickeln zu können. Hier gilt es eben, zwischen zwei Gruppen von Patienten zu unterscheiden:

1. Menschen, die einen eigenen Kompass haben und damit umgehen können. Die vorhandene Fähigkeit ist aber aufgrund von psychischen Erschütterungen momentan nicht verfügbar. Eine Psychotherapie kann hier oft in relativ kurzer Zeit die Verfügbarkeit über die Konfliktlösungsinstrumente wieder herstellen.
2. Menschen, die niemals einen funktionierenden, eigenen Kompass entwickeln konnten. Ihnen fehlt etwas, was sie nachträglich neu entwickeln müssen. Diese Psychotherapien brauchen immer viel Zeit.

Der Zeitbedarf für eine Psychotherapie ist rational abschätzbar und begründbar.

Zusammengefasst: Der qualitätsbewusste Psychotherapeut hat ein komplexes, facettenreiches Verhältnis zur Zeit (inklusive der Therapiedauer), das er gegenüber den Gesundheitskostenträgern rational begründen und darstellen kann.

Der professionelle Umgang mit dem Therapieende, mit dem Abschied von Patient und Therapeut

Ohne Zweifel gehören Trennung, Abschied, Verzicht und Tod zu den bedeutendsten, emotionalen Herausforderungen der Condition humaine. Da die meisten Arten von Psychotherapie auf der bewussten, iatrogenen Herstellung und Aufrechterhaltung einer spezifischen, therapeutischen Beziehung beruhen, gehört auch die Auflösung dieser Beziehung, die Bearbeitung der Trennung von Patient und Therapeut zu ihren zentralen Aufgaben. Bei den psychoanalytisch inspirierten Psychotherapien wird die reale Trennung zwischen den Protagonisten zur Therapiebühne der Reinszenierung und Auflösung früherer lebensgeschichtlicher Trennungskonflikte. James Mann, der eine Kurzpsychotherapie von 12 Stunden Dauer entwickelt hat, räumt 4 Stunden der Entfaltung der dominanten Konflikte ein, 4 Stunden der Bearbeitung dieser Konflikte und 4 Stunden, d.h. einen ganzen Drittel der gesamten Therapiedauer, der Bearbeitung der Trennung des Patienten vom Therapeuten [4]. Die kunstgerechte Bearbeitung der Trennungproblematik durch den Psychotherapeuten ist wie der Schlussstein des Therapiegewölbes. Hier entscheidet sich, ob das Therapiegewölbe hält oder nicht hält. Hier intervenieren aber auch viele Vorstellungen, Bilder, Phantasien, die seit jeher mit dem Heiler, dem Heilungsprozess und dem Geheilten zusammenhängen. Ich wähle bewusst diese Begriffe und nicht Arzt, Patient und Therapie, um den schwer fassbaren Charakter der Einflussmomente herauszustreichen.

In der naturwissenschaftlichen Medizin geht es bei Krankheit und Gesundheit um Normen. Werden Werte für den sogenannten normalen BD heruntergesetzt, gibt es auf einen Schlag Tausende von Hypertonikern mehr. Die Qualität der ärztlichen Leistung misst sich auch an der Erfüllung von Normen. Auf die Psychotherapie übertragen ergibt dies die Gefahr, dass Psychotherapeuten Therapien nicht abschliessen, bevor nicht eine «Norm seelischer Gesundheit» erreicht ist. Dies ist aber ein medicozentristischer Irrtum in der Psychotherapie [5]. In der Psychotherapie kann es nur darum gehen, dem Patienten zu helfen, den Zugang zu seinen Gefühlen und verschütteten Konfliktbewältigungsinstrumenten wiederzugewinnen, eine möglichst unverzerrte Wahrnehmung der Realität zu ermöglichen oder bisher nicht vorhandene Konfliktlösungsinstrumente neu zu entwickeln. Dann wird der Patient wieder sinnvoll ausgerüstet sein, um sich in den Dschungel des Lebens zu stürzen mit all seinen Wechselfällen.

Zusammengefasst: Der qualitätsbewusste Psychotherapeut wird der Bearbeitung der rechtzeitigen Auflösung der therapeutischen Beziehung Beachtung schenken. Er misst den Erfolg seiner therapeutischen Bemühungen nicht an der Erfüllung irgendeiner Norm, sondern an der gemeinsamen Erarbeitung realitätsangepasster, individueller Umgangsformen mit Lebenskonflikten. Das Abschreiten eines solchen therapeutischen Parcours ist rational begründbar und darstellbar.

Eine Zukunftsphantasie und eine Anregung

Wie wäre es, wenn wir nicht so sehr betonten, dass die Qualitätskriterien der meisten medizinischen Disziplinen den Behandlungsfreiraum der Psychotherapie einschränken, sondern uns fragten, wie sich die Medizin verändern müsste, damit auch für sie die Qualitätskriterien der Psychotherapie Geltung fänden? Wenn z.B. das Qualitätskriterium nicht mehr darin besteht, ob der Cholesterinspiegel auf Normwerte gesenkt wurde, sondern darin, dass der Patient einen Wachstumsprozess durchläuft, der ihm ermöglicht, sein Leben so umzustellen, dass der Körper das Ausschussprodukt Cholesterin erst gar nicht mehr im Übermass produziert.

Ich glaube, es wäre wesentlich, die Fragebogen der KK für Arztberichte von Psychotherapeuten in

einer gemeinsamen Anstrengung neu zu fassen, damit die qualitätsrelevanten Informationen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern auch wirklich zirkulieren können.

Literatur

- 1 Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Ernst Klett Verlag; 1965.
- 2 Davanloo H. Unlocking the Unconscious. New York: John Wiley & Sons; 1990.
- 3 Malan D. Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. New York: Plenum Press; 1979.
- 4 Mann J. Psychotherapie in 12 Stunden. Olten: Walter Verlag; 1978.
- 5 Parin P. Medicozentrismus. In: Parin P, Parin-Matthey G. Subjekt im Widerspruch. Frankfurt/Main: Athenaeum; 1986.