

Krisen meistern

Endometriose und Depression S. 26

Mehr Sicherheit nach
dem Führerschein S. 30



»Ohne Sie hätte ich es vermutlich nicht geschafft«

Die Bedeutung von Krisendiensten für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland

Marie Perle - perle.com

Mittwoch, 20.30 Uhr: Mobiler Einsatz auf einer Polizeiwache. Dort befindet sich ein junger Mann, der sich weigert, die Räumlichkeiten wieder zu verlassen. Er wirkt angespannt und gedanklich zerfahren, berichtet von Drogenkonsum und seiner Angst, von der Mafia verfolgt zu sein – deshalb seine Flucht zur Polizei. Den Gedanken, verfolgt zu werden, kann der Betroffene nicht hinterfragen. Nach längerem Gespräch erklärt er sich jedoch bereit, sich stationär zur Behandlung aufnehmen zu lassen.

Warum gibt es ambulante Krisendienste?

Dienstag, 0.30 Uhr: Eine Anruferin berichtet, dass sie seit vielen Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung ist. Sie habe mehrere Suizidversuche unternommen, sei aber seit Längerem verhältnismäßig stabil. Am Wochenende habe sie einen Bekannten, mit dem sie verabredet war, tot in dessen Wohnung aufgefunden. Sie habe nun Angst, dass ihre Suizidalität zurückkommen könnte, und misstraue ihrer Fähigkeit zur Impulskontrolle. Wir besprechen, wie sie sich selbst stabil halten kann, welche Rolle das soziale Umfeld und professionelle Hilfe spielen und woran sie erkennt, dass die Gefahr zu groß wird, um sich dann in der zuständigen Klinik vorzustellen.

Der Bericht der Psychiatrie-Enquete aus dem Jahr 1975 (Deutscher Bundestag, 1975) wird noch heute und zu Recht als Meilenstein der Psychiatriegeschichte in Deutschland angesehen. Neben einer schonungslosen Bestandsaufnahme des Ist-Zustands der Versorgung enthält er eine Vielzahl von Forderungen für eine Umgestaltung des Gesundheitssystems: gemeindenähe, vernetzte, multidisziplinäre Angebote, die zusam-

men bedarfsgerechte, regionale Versorgungsstrukturen schaffen sollten. Stationäre Behandlungsangebote sollten entlastet werden, u. a. durch vorgeschaltete Dienste für Menschen in Krisen und ihr Umfeld, die bei Bedarf aufsuchend tätig werden können und in Behandlungsstrukturen vermitteln.

Gut 50 Jahre später sind die damals gesteckten Ziele in Teilen erreicht. Im Hinblick auf die ambulante, niedrigschwellige, gemeindenähe Krisenversorgung sehen wir in Deutschland allerdings einen Flickenteppich. In zwei Bundesländern (Berlin und Bayern) ist es gelungen, flächendeckende ambulante Krisendienste zu etablieren – in Berlin bereits 1999, in Bayern 2021. In anderen Bundesländern, wie etwa Niedersachsen, gibt es regionale und weitgehend unabhängig voneinander arbeitende Krisendienste, die sich hinsichtlich ihres Angebotes, ihrer Erreichbarkeit und ihrer Finanzierungsgrundlage zum Teil deutlich unterscheiden (Zielasek, Orschler, Pott, Schröder & Gouzoulis-Mayfrank, 2025). In Hamburg z. B. steht gar kein derartiges Angebot zur Verfügung.

Dass es schwierig ist, in Deutschland überall gleiche Versorgungsstrukturen zu etablieren, hat mehrere Gründe: die jeweiligen (über-)regionalen Zuständigkeiten und Planungsgebiete, Unterschiede zwischen Stadt und Land sowie die Art der Finanzierung. Dort, wo ambulante Krisendienste tätig sind, müssen sie immer wieder ihre Notwendigkeit und Kosten-Nutzen-Relation unter Beweis stellen; ihre finanzielle Absicherung ist oft wenig verbindlich und zeitlich befristet (Clausen & Eichenbrenner, 2016). In Berlin dauerte es bis 2016, bis der zu die-

sem Zeitpunkt bereits seit 17 Jahren arbeitende Berliner Krisendienst als Teil der regionalen Pflichtversorgung in das Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) aufgenommen wurde. Obwohl er damit gesetzlich verankert ist, muss seine Finanzierung jedes Jahr neu beantragt werden.

In den Teilen Deutschlands, in denen ambulante psychosoziale oder psychiatrische Krisendienste nicht existieren, wird die professionelle Krisenversorgung von den tagsüber an Werktagen tätigen Versorgungssystemen geleistet: in den sozialpsychiatrischen Diensten, von Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen, in Kontakt- und Beratungsstellen, in komplementärpsychiatrischen Angeboten wie dem betreuten Wohnen oder Tagesstätten, in den Angeboten der Jugendhilfe etc. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) schreibt in ihrer Leitlinie »Notfallpsychiatrie« allerdings: »Der überwiegende Anteil psychiatrischer Notfälle und Krisen entwickelt sich außerhalb psychiatrischer Einrichtungen und wird primär von Hausärzten, Rettungsdienst, Notärzten und in Notaufnahmen versorgt« (DGPPN, 2019, S. 11).

Psychosoziale Krisen im Verlauf des Lebens sind normal und können alle Menschen betreffen, nicht nur die, die psychiatrische Einrichtungen nutzen. Deshalb werden Krisen auch nicht als Krankheiten verstanden. Gleichwohl bergen psychosoziale Krisen neben Entwicklungschancen auch Gefahren – für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und manchmal auch unbeteiligte Dritte. Psychosoziale Krisen überfordern, lösen Ängste aus und lassen Unterstützungsbedarf entstehen.

Wenden sich Menschen in Krisen nun tatsächlich an ihre Hausärzt*innen, den Rettungsdienst oder Notaufnahmen, machen sie schnell die Erfahrung, dass diese Stellen in aller Regel am Rande ihrer Belastungsgrenze arbeiten. Gerade Rettungsdienste und Notaufnahmen sind keine geeigneten Anlaufstellen für Menschen in Krisen, es sei denn, es liegt ein wirklicher Notfall vor oder es muss eine stationäre Aufnahme erfolgen. Dass sich Menschen zu bestimmten Zeiten an Rettungsdienste und Krankenhäuser wenden, ist vielmehr ein Zeichen dafür, dass es in ihrer Region keinen geeigneten und erreichbaren Fachdienst gibt. Was Betroffene und ihr soziales Umfeld brauchen, sind Fachdienste, die schnell, niedrigschwellig und unkompliziert erreichbar sind und damit von möglichst vielen Menschen genutzt werden können – ,unabhängig beispielsweise auch von Krankenversicherungs- oder Aufenthaltsstatus.

Ambulante Krisendienste entlasten die bestehenden Versorgungssysteme. Niedrigschwellig und ohne lange Wartezeiten ansprechbar, können sie in der Regel sofort mit der Krisenintervention beginnen und Krisen gut ambulant begleiten und auffangen. Sie arbeiten zu meist gerade in den sogenannten »Randzeiten«, also am Abend, in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen, und können durch ihre Vernetzung in den regionalen Hilfesystemen fachgerecht und passend weiterführende Hilfen vermitteln.

Psychosoziale Krisen und psychiatrische Notfälle halten sich nicht an Büroöffnungszeiten; daher ist der Berliner Krisendienst an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr erreichbar. Der Schwerpunkt der Arbeit beginnt, wenn andere Einrichtungen schließen bzw. nur noch sehr kleine Teile des Hilfesystems erreichbar sind. Im Jahr 2025 wurde der Berliner Krisendienst fast 90.000 Mal in Anspruch genommen, wobei knapp 80.000 dieser Kriseninterventionen werktags nach 16 Uhr, nachts oder an Wochenenden und Feiertagen stattfanden. Mehr als 8.000 Mal begaben sich Menschen zu diesen Zeiten persönlich in einen der neun Standorte, häufig in sehr verzweifelten Situationen mit hohem Leidensdruck. In Regionen ohne Krisendienst bleiben Menschen zu diesen Zeiten mit ihren Krisen allein oder müssen auf Polizei, Rettungsdienst und Krankenhäuser zurückgreifen.

Die meisten Hilfsangebote sind werktags für acht Stunden zu erreichen. Bei z. B. 251 Arbeitstagen wie im Jahr 2025 deckt das gerade mal 25 % der Zeit ab. Allein daran wird ersichtlich, wie wichtig Versorgungsstrukturen sind, die auch in den übrigen 75 % der Zeit ansprechbar sind. Gegenüber höherschweligen ambulanten, teilstationären und vor allem stationären Versorgungsangeboten sind Krisendienste zudem deutlich kostengünstiger, leichter zugänglich und flexibler. Sie können schnell auf sich ändernde Bedarfe reagieren, und das nicht nur während einer Pandemie (Krisendienste haben sehr viel aufgefangen, als höherschwellige Hilfsangebote zumindest temporär nicht oder nur eingeschränkt arbeiteten). In Berlin konnte so in mehreren Großschadenslagen die Bevölkerung schnell und effektiv unterstützt werden: nach dem Anschlag am Breitscheidplatz 2016, der Amokfahrt auf der Tauentzienstraße 2022 und zuletzt dem großflächigen Stromausfall 2026.

Donnerstag, 22.05 Uhr: Ein junger Mann kommt unangemeldet zum Gespräch und berichtet, zunächst zögerlich, von seinem Verdacht, psychotisch zu werden. Er beschreibt wahnhaftes Erleben, kann zu diesem Zeitpunkt aber noch teilweise Distanz dazu einnehmen. Er hat bereits den Entschluss gefasst, sich stationär aufnehmen zu lassen, nicht mehr heute, aber nach Möglichkeit morgen früh. Der Kontakt zur Klinik wird hergestellt, der junge Mann kann sich am Morgen vorstellen.

Krisendienste als zentrales Element in der Suizidprävention

Freitag, 21.15 Uhr: Die Klientin kommt nach kurzer telefonischer Ankündigung zum persönlichen Gespräch. Sie vermeidet den Blickkontakt, wirkt angespannt und verschlossen. Nach etwa zehn Minuten beginnt sie zu erzählen: von Konflikten im Beruf, dem gerade schwierigen Verhältnis zu ihren Eltern, einer befürchteten Trennung vom Lebensgefährten und von Suizidgedanken seit geraumer Zeit, die sich seit dem letzten Wochenende deutlich verstärkt haben.

Das Angebot der Krisendienste richtet sich explizit auch an Menschen mit Suizidgedanken und deren Umfeld. Die Krisendienste bilden, zusammen mit den Telefon-

seelsorgen, damit eine wesentliche Säule der Suizidprävention in Deutschland und sind häufig Teil von Notfallplänen und Suizidpräventionsnetzwerken. Wo Krisendienste bestehen, werden suizidale Menschen, z. B. von ihren Psychotherapeut*innen, in Beratungsstellen, im öffentlichen Gesundheitswesen etc. auf das Angebot hingewiesen.

Suizidale Menschen, die professionelle Hilfe suchen, stehen vor mehreren Herausforderungen. Sie müssen wissen, wie ihr regionales Hilfesystem aussieht und welche Zugangswege es gibt. Sie haben möglicherweise negative Vorerfahrungen, wurden vielleicht nicht ernst genommen, als psychisch krank stigmatisiert, oder sie befürchten dies. Ein Teil der Betroffenen hat Angst vor dem Verlust der Autonomie durch Zwangsunterbringung. Dies betrifft durchaus auch suizidale Menschen, die bereits in Behandlung sind. Diese berichten gegenüber Krisendiensten zum Teil von Sorgen, sich ihren Psychotherapeut*innen oder Psychiater*innen anzuvertrauen.

Ein Gespräch mit einem Krisendienst ist für Betroffene oft weniger bedrohlich. Sie können anonym bleiben, ihre Autonomie schützen und daher auch Gedanken äußern, die sie an anderer Stelle verschweigen würden. Betroffene machen die Erfahrung, dass professionelle Fachkräfte sie, ihr Leiden und ihre Suizidalität ernst nehmen und nicht verurteilen. Das allein kann entlasten und suizidalen Druck abbauen, damit gemeinsam Alternativen gesucht und weiterführende Hilfsangebote vermittelt werden können.

Wenn sich suizidale Menschen dafür entscheiden, sich anonym an einen Krisendienst zu wenden, entscheiden sie sich – zumindest erst einmal – auch gegen die Sicherheit einer stationären Aufnahme. Hier gemeinsam die Balance zu finden zwischen Autonomie auf der einen und ausreichend Schutz auf der anderen Seite, ist eine tägliche Leistung von Krisendiensten (Schneider, Witte & Gräbener, 2016).

Nicht zuletzt aus diesen Gründen fordert das Nationale Suizidpräventionsprogramm in seinem aktuellen Bericht zum Stand der Suizidprävention in Deutschland die Förderung ambulanter, niedrigschwelliger Krisendienste (Schneider et al., 2021). Deren Stellenwert wird auch im Entwurf der vorletzten Bundesregierung für ein Suizidpräventionsgesetz betont – bei gleichzeitiger Feststellung, dass es an diesen Diensten in weiten Teilen Deutschlands mangelt (Deutscher Bundestag, 2025). Die im Gesetzentwurf geplante bundeseinheitliche Rufnummer für Menschen in (suizidalen) Krisen wurde sinnvollerweise so konzipiert, dass eine Weiterleitung zu regionalen Krisendiensten erfolgen kann – sofern solche verfügbar sind.

Freitag, 22.30 Uhr: Ein Anrufer berichtet von einem Sportunfall vor einigen Monaten, in dessen Folge es zu einer Entzündung im Kniegelenk kam, die bisher auf Behandlung nicht anspricht. Er darf keinerlei Sport treiben, seine Arbeitsfähigkeit ist eingeschränkt, und er verbringt viel Zeit zu Hause. Deutlich wird, dass Sport für ihn eine emo-

tionsregulierende Funktion hatte, die jetzt fehlt. Der Anrufer bemerkt eine deutliche Stimmungseintrübung, einen Rückgang des Antriebs und den Wunsch, sich sozial zurückzuziehen. Suizidgedanken werden verneint, allerdings berichtet der Anrufer von passiven Todeswünschen und der Angst davor, dass sich sein Zustand verschlechtert.

Heraus-Forderungen

Sonntag, 17.34 Uhr: Die Anruferin berichtet von einer Freundin, um die sie sich sorgt. Diese habe am Freitag bei der Arbeit miterlebt, wie ein Kollege zusammenbrach, und habe sich als Ersthelferin um den Betroffenen gekümmert. Die Rettungskräfte hätten erfolglos versucht, ihn zu reanimieren. Seitdem leide die Freundin unter Intrusionen, sie schlafe schlecht und grüble, ob sie Fehler gemacht habe. Wir vereinbaren, dass die Anruferin sie zu einem persönlichen Gespräch begleitet.

Krisendienste erfüllen in Deutschland eine wichtige Funktion. Sie wären weitgehend überflüssig, wenn entweder die psychosoziale Belastung in der Bevölkerung deutlich zurückgeht oder wenn andere Versorgungsangebote (Psychotherapie, ambulante, teilstationäre und stationäre Psychiatrie, Beratungsstellen, Selbsthilfe etc.) deutlich ausgebaut würden – im Sinne von mehr Versorgungskapazitäten, einer ausgeweiteten Erreichbarkeit der Angebote und hinsichtlich wirksamer Prävention.

Aktuelle Daten lassen leider wenig Hoffnung aufkommen, dass sich die psychosoziale Belastung der Bevölkerung in absehbarer Zeit spürbar verbessert. Im Gegenteil beobachten wir seit einigen Jahren in Deutschland wieder steigende Suizidzahlen (Statistisches Bundesamt, 2026) und eine steigende Nachfrage nach psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung. Das Robert-Koch-Institut (RKI) untersucht regelmäßig die administrative Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland, wie groß also der Teil gesetzlich Versicherter über 18 Jahren ist, der im Laufe eines Jahres im Rahmen ärztlicher oder psychotherapeutischer Versorgung eine Diagnose einer psychischen Störung erhält. Zwischen 2012 (35 %) und 2024 (40,7 %) ist diese Zahl deutlich angestiegen (RKI, 2025). Im Ländervergleich teilen sich die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt den ersten Platz, gefolgt von Berlin. Bei Frauen belegt Berlin den traurigen Spitzenplatz, bei Männern Sachsen-Anhalt.

Auch die DGPPN (2025) kommt in ihren »Basisdaten psychische Erkrankungen« zu der Bewertung, dass sich die psychische Gesundheit in Deutschland seit Jahren verschlechtert, vor allem hinsichtlich Depressionen und Angststörungen, und insbesondere bei Frauen, jüngeren Menschen und Menschen mit niedrigerer Bildung. Diese Ergebnisse werden gestützt durch Befragungen des RKI (Walther et al., 2024). Und Deutschland steht nicht allein da: Weltweit ist derzeit eine Zunahme psychischer Störungen zu beobachten (Santomauro et al., 2026).

Diese Entwicklungen kommen nicht von ungefähr. Wir befinden uns in einer Zeit großer globaler Umwälzungen.

Krisen, aus denen später psychische Störungen entstehen können, haben mit der Notwendigkeit der Anpassung an Veränderungen zu tun. Der Druck, der aktuell auf weiten Teilen der Bevölkerung lastet, ist immens. Die Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin Vera Kattermann beschreibt dies so: »Aktuell scheint unsere Gesellschaft wie auch die globale Welt von einem massiven Spannungszustand bestimmt, der sich zwischen den Polen von Veränderungsdruck und apokalyptisch anmutenden Bedrohungen und Ängsten aufbaut« (Kattermann, 2025, S. 7). Pandemie, Kriege, politische Spaltungen teilweise durch Familien und Freundeskreise hindurch, Ungleichheit, Diskriminierung, der Klimawandel – wir leben in unsicheren Zeiten, und diese Unsicherheit hat Konsequenzen für uns. Die Klimaveränderungen haben bereits jetzt direkte und indirekte negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (Heinz & Meyer-Lindenberg, 2023), und es ist anzunehmen, dass diese Effekte weiter zunehmen werden.

Diese Zahlen verdeutlichen eines: In naher Zukunft ist nicht mit einem Rückgang von Krisen, psychosozialer Belastung und daraus resultierenden psychischen Störungen zu rechnen. Daraus ergeben sich schon jetzt erkennbar gestiegene Bedarfe, die allzu oft nicht zeitnah aufgefangen werden können; Patient*innen warten – eine hohe Motivation und Frustrationstoleranz vorausgesetzt – lange auf einen Psychotherapieplatz. Die noch immer nicht ausreichend geregelten Rahmenbedingungen der neuen Ausbildung führen dazu, dass viele angehende Psychotherapeut*innen keinen Weiterbildungsplatz finden. In Kombination mit dem Ausscheiden von niedergelassenen Psychotherapeut*innen aus Altersgründen muss hier für die Zukunft zumindest temporär mit einem Rückgang von Behandlungskapazitäten gerechnet werden – bei gleichzeitig steigender Nachfrage nach Psychotherapie.

Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung stellt die DGPPN (2025) fest, dass 71 % der in Deutschland tätigen Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde älter als 50 Jahre sind, hier also ebenfalls der Wegfall von Behandlungskapazitäten aus Altersgründen droht. Die DGPPN kommt insgesamt zu einem erschreckenden Fazit: »Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen erhalten keine adäquate Behandlung. Nur 26 % der Menschen mit einer schweren Depression bekommen eine leitliniengerechte Behandlung, nur etwa 10 % eine Richtlinien-Psychotherapie« (S. 2). Dies geschieht in einer Zeit leerer Kassen, verbunden mit Kostensenkungsdruck im Gesundheitswesen; Psychotherapeut*innen sind aktuell durch Vergütungskürzungen davon betroffen. Hinzu kommen ebenfalls leere Kassen der öffentlichen Hand in Städten und Gemeinden, mit der Folge, dass Angebote für Betroffene außerhalb des Sozialgesetzbuchs V gekürzt oder ganz gestrichen werden. Für die nahe Zukunft heißt das: immer weniger Behandlungs- und Beratungsangebote bei immer weiter steigender psychosozialer Belastung. Dort, wo es Krisendienste gibt, können Menschen mit psychosozialen Belastungen bereits unbürokratisch Hilfe

in Anspruch nehmen, bevor sie eine behandlungsbedürftige Störung entwickeln. Sie erhalten ambulante Angebote auch dann, wenn Kliniken, Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen nicht erreichbar sind. Krisendienste entlasten damit deutlich die Hilfesysteme und beugen sekundärpräventiv psychischen Störungen vor. Sie helfen mit, Suizide zu verhindern, und retten Leben.

Aber: Auch Krisendienste sind auf ein funktionierendes Hilfesystem angewiesen, auf das sie für weiterführende Unterstützung verweisen können; in der Pandemie mit ihren Einschränkungen der Hilfesysteme haben wir dies deutlich sehen können. So wie Krisendienste in Deutschland aktuell ausgestattet sind, können sie maximal kurzfristig Lücken kompensieren, niemals aber langfristig Behandlung ersetzen. In Zeiten leerer Kassen ist es bisweilen verführerisch, Projekte zu kürzen unter Hinweis darauf, dass es ja einen Krisendienst gebe. In der Regel geschieht dies, ohne dass dieser gefragt wird und ohne dass seine Ressourcen erhöht werden.

Krisendienste sind wichtig und sollten auch in Regionen eingeführt werden, in denen es sie bisher nicht gibt – aber nicht zulasten anderer relevanter Versorgungsbau- steine. Sie müssen mit ausreichend personellen Ressourcen ausgestattet werden und bedürfen einer stabilen, verlässlichen Finanzierung. Die 2025 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisendienste in Deutschland hat u. a. diesbezüglich Best-Practise-Kriterien entwickelt, an denen sich neu entstehende Krisendienste bereits in der Planungsphase orientieren können. Gelingt uns irgendwann eine flächendeckende Einführung von Krisendiensten, dann wären wir in Deutschland trotz aller Probleme einen großen Schritt weiter – und hätten eine 50 Jahre alte Forderung aus der Psychiatrie-Enquete umgesetzt.

Donnerstag, 17:30 Uhr: Abschlussgespräch. Die Klientin ist weiterhin stabil, geht arbeiten, depressive Symptome sind remittiert. Sie hat sich seit mehreren Wochen nicht mehr selbst verletzt, Suizidgedanken bestehen nicht mehr. Sie hat eine neue Wohnung in Aussicht, freut sich auf den Umzug und den Umfeldwechsel. Wir besprechen, wie sie durch die schwierige Zeit gekommen ist und was sie alles dafür getan hat, um heute an diesem Punkt zu sein. Sie nimmt dies an, verweist aber auch auf die Bedeutung der Gespräche: »Ohne Sie hätte ich es vermutlich nicht geschafft.«

Jens Gräbener

Der Berliner Krisendienst als Zusammenschluss von sechs freien Trägern ist rund um die Uhr für alle Menschen in Berlin telefonisch erreichbar. Persönliche Gespräche sind täglich ab 16 Uhr in neun Standorten in der Stadt möglich, ebenso in den Nächten, an Wochenende und Feiertagen. In zugespitzten Situationen kommen die Fachkräfte an den Ort der Krise, ggf. unterstützt vom ärztlichen Hintergrunddienst. Video- und E-Mail-Beratung ergänzen das Angebot. Der Berliner Krisendienst berät Betroffene, ihre An- und Zugehörigen sowie professionell Tätige. Weitere Informationen unter: www.berliner-krisendienst.de



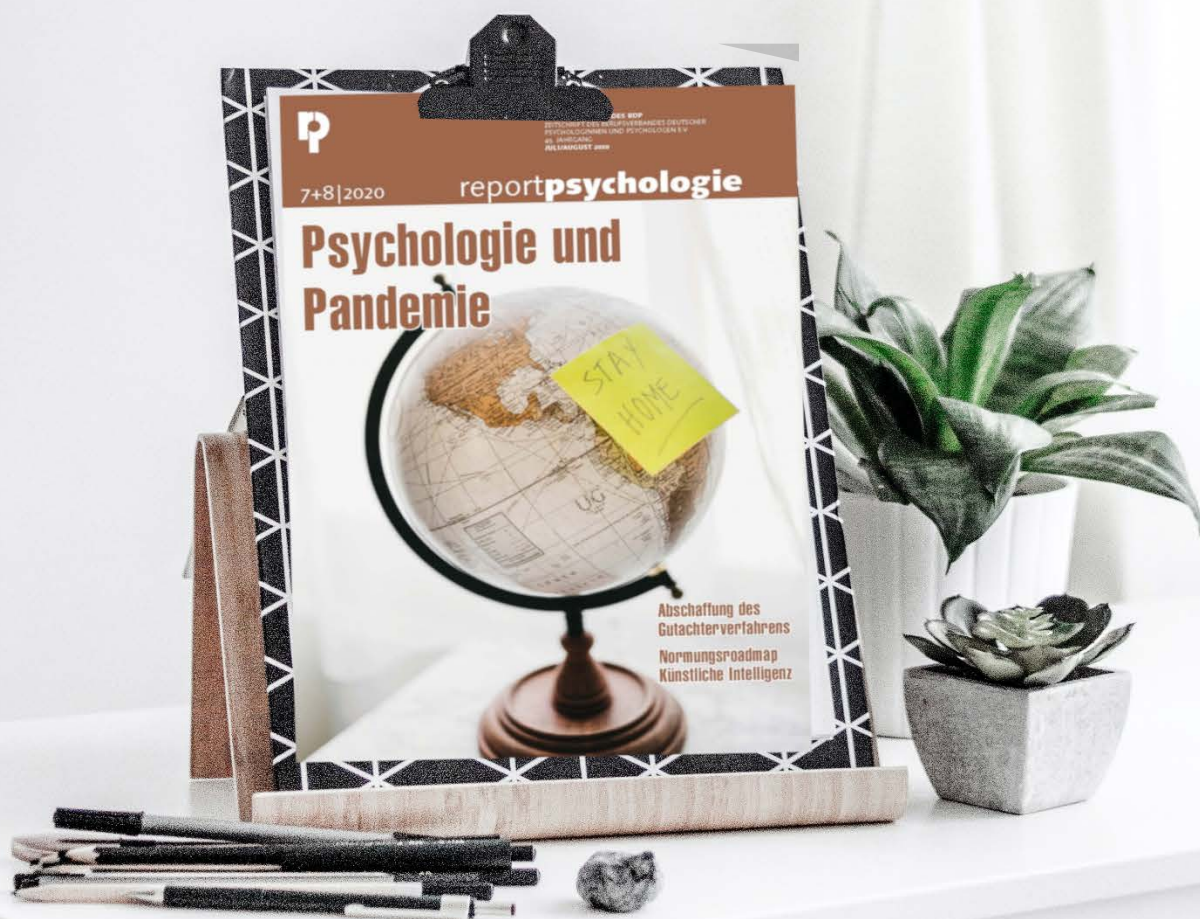
Foto: privat

Jens Gräbener, ist Psychologischer Psychotherapeut und systemischer Therapeut. Er arbeitet seit gut 25 Jahren beim Berliner Krisendienst und ist Leiter der Region West. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Krisenintervention, Suizidprävention und Akuttrauma. Er ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, Autor, Dozent und Supervisor.

Literatur:
Die Literaturliste kann per E-Mail beim Verlag angefordert werden: s.koch@psychologenverlag.de

reportpsychologie

[Bestellen Sie hier Ihr Probeabonnement](#)



Deutscher
Psychologen
Verlag GmbH

Am Kölnischen Park 2 • 10179 Berlin

verlag@psychologenverlag.de

www.psychologenverlag.de