

V-3 Verbesserte Therapie, Versorgungslage und Prävention von psychischen Krankheiten

Gremium: GRÜNE JUGEND Niedersachsen
Beschlussdatum: 03.10.2020
Tagesordnungspunkt: V Verschiedene Anträge

Antragstext

1 Etwa ein Drittel der Menschen in Deutschland gibt in Befragungen an, an
2 psychischen Krankheiten zu leiden und etwa ein Viertel zeigt beispielsweise
3 Symptome einer depressiven Episode. Laut den Berichten von Krankenkassen steigt
4 auch die Krankschreibung von Arbeitnehmer*innen aufgrund von psychischen
5 Diagnosen extrem an. Nur etwas mehr als die Hälfte der Deutschen würde aber laut
6 Statistik dazu bereit sein, wegen psychischer Probleme in Behandlung zu gehen.
7 Das zeigt, wie groß die Angst vor Stigmatisierung bis heute ist.

8 Am erschreckendsten ist die Tatsache, dass die Zahl der Tode, die auf psychische
9 Störungen zurückzuführen sind, dramatisch ansteigt und 2018 alleine in
10 Deutschland bei circa 60.000 Menschen lag.

11 Vielen dieser Menschen kann durch eine bessere therapeutische Versorgung
12 geholfen werden. Der Zweck einer Psychotherapie ist die Verringerung von
13 individuellem Leidensempfinden. Daher fordern wir als Grüne Jugend einen
14 Paradigmenwechsel in den Bereichen der Versorgung, der Niedrigschwelligkeit, dem
15 Übergang zwischen stationärer und ambulanter Therapie, der Diagnostik und der
16 Bedürfnisorientierung der Psychotherapie!

Verbesserung der Versorgung

18 Im Durchschnitt dauert es 20 Wochen um einen Therapieplatz zu erhalten. Dabei
19 gibt es ein starkes Gefälle zwischen dem ländlichen Raum und den großen Städten.
20 In den wenigen Städten, in denen Psychotherapeut*innen ausgebildet werden, sind
21 mehr psychotherapeutische Praxen, doch selbst da ist kaum eine ausreichende
22 Versorgung gewährleistet.

23 Durch die schlechte Versorgungslage müssen Menschen mit psychischen Problemen
24 mehrere Personen anrufen, um auf eine Warteliste zu kommen. In psychischen
25 Notfällen sind sowohl Telefonate als auch Wartezeiten unerträglich und die

26 Psychiatrie ein stigmatisierter Ort, wodurch Menschen sich teilweise gar keine
27 Hilfe suchen. Durch eine drastische Verkürzung dieser Zeit und einen leichteren
28 Zugang wäre ein schwerer Verlauf psychischer Krankheiten meistens verhinderbar.

29 Für Menschen für die der Zugang im heutigen System erschwert ist - aufgrund
30 fehlender Deutschkenntnisse, fehlender Barrierefreiheit für Menschen mit
31 körperlichen und neurologischen Einschränkungen und Behinderungen, ihrer
32 Religion, ihres sozialen Status und Alters - müssen geeignete Therapieplätze
33 wohnortnah oder durch mobile Therapeut*innen zur Verfügung stehen.

34 Durch die wenigen verschiedenen von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten
35 Therapiemethoden gibt es kaum Spezialisierungen auf einzelne Krankheitsgebiete.
36 Durch spezialisiertere Versorgung ließen sich Krankheits- und Therapiezeiten
37 verkürzen.

38 Der neu eingeführte Studiengang zur Psychotherapie, der den bisherigen Weg über
39 einen Psychologie-Master und eine darauffolgende Ausbildung ablösen soll, kann
40 nur eine tatsächliche Verbesserung bewirken, wenn genügend Studienplätze
41 flächendeckend angeboten werden. Durch viele Praxismodule erhält der menschliche
42 Aspekt eine stärkere Berücksichtigung im Studium und der Berufseinstieg wird
43 erleichtert.

44 Bereits derzeit reichen die von den Krankenkassen zugelassenen
45 Psychotherapeut*innen nicht aus. Durch einen leichteren und schnelleren Zugang
46 würden sich die Zahlen der zu behandelnden Patient*innen deutlich erhöhen.
47 Dementsprechend muss gerade in der Anfangszeit einer Umstellung eine häufigere
48 Berechnung des Bedarfs erfolgen. Diese darf sich nicht nur auf die aktuellen
49 Zahlen der behandelten Personen stützen, sondern muss Faktoren berücksichtigen,
50 die die Suche nach einem Behandlungsplatz bisher verhindert haben. Ziel sollte
51 es sein, erschwerende Faktoren zu reduzieren und die Verfügbarkeit daran
52 anzupassen, statt durch Verknappung der Verfügbarkeit die Hilfesuche zu
53 erschweren.

54 Daher fordern wir:

55 - ein zentrales Anmelde- und Vermittlungsregister für Psychotherapeut*innen mit
56 leichtem online Zugang

57 - eine durchschnittliche Wartezeit von 4 Wochen für einen allgemeinen
58 Therapieplatz

59 - Geeignete Therapieangebote für alle Bevölkerungsgruppen

60 - das Agieren auf Basis angemessener, regelmäßig durchgeführter Bedarfsanalysen

61 - flächendeckende Studienplätze, ausreichend zur Deckung des erwartbaren Bedarfs

62 - einen hohen Praxisanteil während des Studiums

63 **Niedrigschwelliger, leichter, schneller!**

64 Wesentlich für eine Vermeidung lang andauernder psychischer Erkrankungen sind
65 eine rechtzeitige Behandlung und Präventionsmaßnahmen. Im Laufe eines Lebens
66 weist ein Großteil der Menschen zeitweilig Symptome einer psychischen Erkrankung
67 auf. Entscheidend für die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist daher nicht
68 nur die Behandlung gefestigter psychischer Erkrankungen, sondern auch die
69 Prävention sowie die Vermeidung einer Verstärkung beginnender psychischer
70 Erkrankungen. Dafür ist es wesentlich, dass der Zugang zu Hilfsangeboten für
71 Betroffene so ausgestaltet ist, dass ein Beratungstermin bei Bedarf zeitnah
72 zustande kommt. Das erfordert die Verfügbarkeit eines unverbindlichen
73 Beratungsgesprächs ohne Hürden. Bereits das Wissen um den leichten Zugang zu
74 Hilfe im Bedarfsfall kann für Betroffene eine Erleichterung darstellen.

75 Um ein niedrigschwelliges und zugleich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse
76 Einzelner zugeschnittenes Angebot herzustellen, sollten Hilfsräume für Beratung,
77 vorläufige Diagnose und Anschlussbehandlung geschaffen werden. Diese können
78 zugleich dem Austausch für Betroffene und Angehörige dienen, dem*der Einzelnen
79 das Gefühl zu nehmen, mit der eigenen Erkrankung oder der eines Menschen im
80 näheren sozialen Umfeld allein zu sein.

81 Zudem sind insbesondere erste Beratungs- und Therapieangebote in verschiedenen
82 Formaten verfügbar zu machen, z.B. telefonisch oder online, damit eine
83 Kontaktaufnahme für alle Hilfesuchenden ortsunabhängig und in der für ihn*sie
84 passenden Form möglich ist.

85 Da psychische Probleme keine Besonderheit sind, sollten darüber hinaus breit
86 angelegte präventive Maßnahmen wie Resilienztrainings verstärkt werden. Solche
87 Angebote sind insbesondere an Schulen gezielt bekanntzumachen und durchzuführen.
88 Hierdurch kann nicht nur eine Kenntnis über Hilfsangebote erreicht werden,
89 sondern auch die Sensibilisierung für psychische Erkrankungen und die
90 Selbstverständlichkeit ihrer Thematisierung gefördert werden. Außerdem werden
91 die psychischen Ressourcen gestärkt und der Umgang mit Stresssituationen und
92 alltäglichen Belastungen oder Gefühlen wie bspw. Aggressionen wird erleichtert.

93 Durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der
94 Akutbehandlung ist die Verfügbarkeit kurzfristiger Hilfsangebote in den letzten
95 Jahren stark verbessert worden. Dennoch ist es erforderlich, dass die Dauer bis
96 zum Beginn einer solchen Erstbehandlung weiter sinkt. Eine Wartezeit von
97 durchschnittlich über 5 Wochen bis zum Erstgespräch ist noch immer zu lang.

98 Wenn psychische Erkrankungen in einem frühen Stadium behandelt oder durch
99 präventive Maßnahmen von vornherein vermieden werden, nützt dies nicht nur den
100 unmittelbar Betroffenen, sondern schafft auch freie Behandlungskapazitäten.

101 Daher fordern wir:

102 - eine Verkürzung der Wartezeiten bis zum Ersttermin

103 - den Ausbau von Beratungsstellen, die als Anlaufpunkt für eine erste
104 Kontaktaufnahme, den Austausch Betroffener untereinander, die Durchführung
105 präventiver Maßnahmen und die Vermittlung individuell passender weiterführender
106 Angebote dienen

107 - den Ausbau niedrigschwelliger Angebote die ortsungebunden und kurzfristig
108 stattfinden können

109 - mehr präventive Maßnahmen, um psychische Erkrankungen ganz zu vermeiden,
110 insbesondere in Schulen

111 - Schnelle, leicht zugängliche und effektive Notversorgung für akute Fälle
112 außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen

113 **Übergang zwischen stationären Aufenthalten und Alltag**

114 In vielen Fällen reicht ambulante Therapie nicht aus - besonders in akuten
115 Krisen, bei schwierig zu behandelnden Krankheitsbildern oder dringend benötigtem
116 Abstand von der bisherigen Umgebung ist ein stationärer Aufenthalt in
117 psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen von Nöten. Hierbei gelangen
118 die Patient*innen in einen abgegrenzte Raum, in dem sie von Menschen umgeben
119 sind, die ebenso psychische Probleme haben, und in der sie sich (bestenfalls)
120 voll und ganz auf die Therapie konzentrieren können, da sie nicht arbeiten oder
121 sonstige alltägliche Dinge erledigen müssen. Der anschließende Übergang zurück
122 in den Alltag kann daher sehr kritisch sein und eine Unterstützung bei der
123 Anwendung des Gelernten auf das eigene alltägliche Leben ist nötig. Durch die
124 mangelnde Zeit in der stationären Therapie wird eine Vorbereitung auf das Leben
125 nach der Klinik jedoch kaum ermöglicht. Da sie sich häufig mitten im
126 Therapieprozess befinden, steht die Zeit nach dem Aufenthalt nicht im Fokus.
127 Falls die Patient*innen sich nicht bereits zuvor in ambulanter Therapie befunden
128 haben, kommt hinzu, dass keine anschließende Versorgung garantiert ist. Die
129 behandelten Personen haben weder Energie noch Zeit dafür sich während des
130 stationären Aufenthalts um einen ambulanten Platz zu kümmern. Auch die
131 Therapeut*innen besprechen häufig nicht mit den Patient*innen, welche
132 Anschlusstherapie sie empfehlen würden - obwohl persönliche Empfehlungen die
133 Therapieakzeptanz steigern. Außerdem sind die Wartezeiten so lange, dass eine

134 Therapie direkt im Anschluss kaum möglich ist.

135 Indem jede Person in stationären psychiatrischen Einrichtungen durchgängig
136 eine*n Ansprechpartner*in bekommt, der*die für die Erarbeitung langfristiger
137 Perspektiven und das Mitdenken von Anschluss therapie etc. zuständig ist, kann
138 verhindert werden, dass diese Aufgabe während der regulären Therapie erfolgen
139 muss. Um eine gute Fortführung der Therapie im ambulanten Bereich zu
140 ermöglichen, ist eine gute Kommunikation zwischen stationären und ambulanten
141 Therapeut*innen sinnvoll. Somit könnte die Therapie an dem Punkt weiter geführt
142 werden, an dem sie durch das Ende des stationären Aufenthalts beendet werden
143 musste. Eine ambulante Weiterbehandlung ist wegen der schlechten Versorgung
144 bisher nicht sichergestellt. Hier kann geholfen werden, indem beispielsweise
145 Plätze für stationär behandelte Patient*innen reserviert werden. Zur
146 Überbrückung eventueller Wartezeiten können (teil-)digitale Angebote, wie
147 beispielsweise Chats mit Therapeut*innen oder app-basierte Programme,
148 weiterhelfen und eine Struktur mitaufbauen sowie Halt geben.

149 Der Übergang in die Arbeitstätigkeit oder das schulische Umfeld muss sanfter
150 gestaltet werden, beispielsweise durch den Ausbau von teilstationären
151 Alternativen zur Tagesklinik. Zwar bieten Tageskliniken teilstationäre
152 Behandlungen an, jedoch ist durch die Behandlungszeiten vor- und nachmittags
153 währenddessen kein Wiedereinstieg in Beruf und Schule möglich. Durch andere
154 Angebote könnte unter therapeutischer Begleitung behutsam in den Alltag
155 eingestiegen werden.

156 Daher fordern wir:

- 157 - ein lückenloses Case Management durch den*die Ansprechpartner*in
- 158 - klare Therapieformempfehlungen oder persönliche Therapeut*innenempfehlungen
159 durch stationäre Therapeut*innen
- 160 - eine verbesserte Kommunikation zwischen stationärer*m und ambulanter*m
161 Therapeut*in
- 162 - das Sicherstellen von ambulanter Weiterbehandlung
- 163 - (teil-)digitale Anschlussangebote
- 164 - die Etablierung teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten, die besser auf den
165 Arbeitsalltag abgestimmt sind

166 **Umdenken von Diagnosen**

167 Psychische Krankheiten werden in Deutschland Mithilfe des ICD 10, ab 2022 mit
168 dem ICD 11 diagnostiziert. Dort sind verschiedene Symptome aufgelistet, von
169 denen eine bestimmte Anzahl vorliegen muss, damit eine Diagnose gestellt werden
170 kann.

171 Diagnosen sind in erster Linie dafür da, dass eine ordnungsgemäße Abrechnung bei
172 der Krankenkasse und eine kurze Weitergabe von Informationen an Mitbehandelnde
173 erfolgen kann. Eine vorläufige Diagnose muss jedoch bereits von der*
174 Hausärztin*arzt gestellt werden, um überhaupt eine*n Psychiater*in aufsuchen zu
175 können. Diese Praxis schadet jedoch den Patient*innen, da dadurch einerseits die
176 zukünftig behandelnden Personen geprägt werden und möglicherweise nicht mehr
177 ausreichend in andere Richtungen schauen, andererseits eine gestellte Diagnose
178 Ängste verursacht, da nicht ausreichend Wissen vorhanden ist, um die Bedeutung
179 dieser Diagnose zu bewerten.

180 Für das Stellen einer passenden Diagnose ist eine fachlich geeignete Person
181 notwendig. Eine geeignete Diagnostik erfordert eine körperliche Untersuchung
182 einschließlich Labortests, um andere Ursachen, wie eine Minderfunktion der
183 Schilddrüse bei depressiven Symptomen auszuschließen, es müssen Fragebögen zur
184 Symptomatik ausgefüllt und ein ausführliches Untersuchungsgespräch geführt
185 werden, teilweise wird auch ein Gespräch mit Bekannten bzw. der Familie
186 benötigt. Hausärzte*innen können diese Fachkenntnisse ohne das entsprechende
187 Fachstudium kaum haben. Zwar ist bei unbekanntem Problem häufig der*die
188 Hausärztin*arzt erste*r Ansprechpartner*in, jedoch kann es durch den Zwang, sich
189 erst dort zu öffnen, um überhaupt die Möglichkeit für einen fachärztlichen
190 Termin zu erhalten dazu kommen, dass einige Personen mit psychischen
191 Schwierigkeiten sich stattdessen gar keine Hilfe suchen. Der Sinn einer
192 Überweisungspflicht erschließt sich nicht, weil Personen, die keine Hilfe
193 benötigen auch nicht zu einer*m Psychiater*in gehen würden.

194 Daher fordern wir:

195 - dass psychiatrische Diagnosen ausschließlich nach einer geeigneten Diagnostik
196 gestellt werden dürfen und bis dahin eine Behandlung über eine allgemeine
197 Angabe, dass eine psychische Krankheit vorliegen könnte, erfolgt

198 - dass die Abrechnung auch ohne eine vorliegende Überweisung erfolgen kann

199 **Bedürfnisorientierung**

200 Hilfe bei psychischen Problemen sollte genauso individuell sein, wie die
201 Menschen, die sie benötigen.

202 Bei der somatischen (körperlichen) Medizin würde niemand für eine Person mit

203 Beinbruch dieselbe Behandlung vorschlagen, wie für jemanden mit Krebs, in
204 Psychiatrie und Psychotherapie ist das jedoch Alltag. Es gibt nur vier von der
205 Krankenkasse bezahlte Therapiemethoden, die jedoch nicht für alle Personen
206 geeignet sind. Ebenfalls wissenschaftlich erforschte und individuell wirksame
207 Therapie, wie etwa die Hypnose, wird von der gesetzlichen Krankenkasse nicht
208 übernommen. Zwar sind die gängigen Therapieformen und -formate für die meisten
209 Personen wirksam, doch ist es unverantwortlich, die Menschen, bei denen dies
210 nicht ausreichend ist, genauso in diese Muster zu pressen. Manchmal reichen die
211 bewilligten Stunden nicht aus oder es wird bestimmte Hilfe benötigt, die nicht
212 dem Üblichen entspricht.

213 Besonders betroffen von einer Anpassung der Patient*innen an das Therapiesetting
214 ist der stationäre Bereich. Dort gibt es kaum Spielräume, um die
215 Therapieangebote anzupassen und wenn Patient*innen nicht den Anforderungen
216 entsprechen, werden diese möglicherweise entlassen, ohne die dringend benötigte
217 Hilfe zu erhalten. Das kann dazu führen, dass diese in Zukunft keine Hilfe mehr
218 suchen. Die Pflege und Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten
219 erfolgt teilweise ohne fachspezifische Weiterbildungen und ohne konkretes Wissen
220 über Krankheitsbilder, wodurch die Behandlung häufig mangelhaft, manchmal sogar
221 schädlich ist.

222 Im therapeutischen Umfeld wird leider teilweise noch immer nicht zwischen
223 Symptomen der Krankheit und der "normalen" Persönlichkeit unterschieden. Durch
224 den Kontakt mit vielen Personen mit psychischen Krankheiten wird das Verhalten
225 und die Individualität von Behandelnden häufiger als krank angesehen. Die
226 Behandlung jedoch sollte nicht dazu dienen, einen "normalen" Menschen zu
227 erschaffen, sondern ausschließlich den individuellen Leidensdruck zu mindern.

228 Medikamente gegen psychische Krankheiten (Psychopharmaka) können gemeinsam mit
229 anderer Therapie (als Pharmakotherapie) einen entscheidenden Beitrag bei der
230 Behandlung darstellen, da teilweise ohne medikamentöse Unterstützung eine
231 Therapie nicht möglich wäre, deswegen ist die Verwendung dieser zu befürworten.
232 Die Zahlen der verschriebenen Dosen von Psychopharmaka haben in den letzten 10
233 Jahren gravierend zugenommen. Einerseits ist das auf eine beginnende
234 Entstigmatisierung von Medikamenten und eine bessere Akzeptanz in der
235 Bevölkerung zurückzuführen, andererseits jedoch auch auf teilweise leichtfertige
236 Einnahme ohne vorliegende Notwendigkeit. Eine Aufklärung über tatsächlichen
237 Nutzen und die Nebenwirkungen sowie Langzeitfolgen erfolgt selten. Das gilt
238 insbesondere in der Hausärzt*innenpraxis und der geschlossenen Psychiatrie.
239 Patient*innenrechte sind wichtig und Betroffene können durch die Verschreibung
240 und Gabe von Medikamenten ohne ausführliche Suche nach alternativen und der
241 individuellen Abwägung von Vor- und Nachteilen nach dem Absetzen negative
242 Auswirkungen haben, ohne sich selbst für das Risiko entschieden zu haben.

243 Bei Menschen mit mehreren psychischen Krankheiten müssen die behandelnden

244 Personen entsprechend geschult und die Umgebung angepasst sein, um eine
245 effektive und wirksame Therapie zu gewährleisten. Wenn mehrere psychische
246 Krankheiten vorliegen, dürfen diese nicht als Einzelsymptome behandelt werden.
247 Eine Behandlung der einen Krankheit ohne gleichzeitig die andere zu
248 berücksichtigen, ist nicht nur für den*die Patient*in sehr anstrengend, sondern
249 kann zu einer Problemverlagerung oder -verschlimmerung führen. Gleiches gilt bei
250 zusätzlichem Vorliegen einer körperlichen Krankheit. Diese können Ursache,
251 Auswirkung oder auch gleichzeitig mit einer psychischen Krankheit aufgetreten
252 sein. Körperliche Gesundheit sorgt für psychisches Wohlbefinden, weshalb auch
253 Sport bei leichten Depressionen helfen kann, psychisches Wohlbefinden begünstigt
254 wiederum auch körperliches. In jedem Fall wird anstelle einer Fokussierung auf
255 einzelne Symptome eine umfassende Therapie benötigt.

256 Daher fordern wir:

257 - eine Anpassung der Therapieformen im stationären Bereich an die Möglichkeiten
258 und Bedürfnisse der Betroffenen und bei Bedarf mehr Einzeltherapiezeiten und
259 Rückzugsräume wie Einzelzimmer

260 - die Professionalisierung und Spezialisierung der Therapieangebote auf einzelne
261 Störungsbereiche und Altersgruppen

262 - das Eingehen auf die eigene Persönlichkeit und das individuelle
263 Problemempfinden im therapeutischen Umfeld (Psychotherapie, Psychiatrie)

264 - die Verschreibung von Psychopharmaka nur in Akutfällen oder als
265 Pharmakotherapie nach ausführlicher Aufklärung über Nebenwirkungen und
266 Absetzsymptome und gemeinsame Abwägung der Vor- und Nachteile durch eine
267 fachlich geeignete Person (Psychiater*in) und Betroffene, auch im geschlossenen
268 Bereich

269 - eine bessere Einstellung der Therapieangebote auf gleichzeitiges Auftreten
270 körperlicher oder weiterer psychischer Krankheiten

271 **Entstigmatisierung**

272 Häufig werden Menschen, die eine psychische Krankheit haben als nicht "normal"
273 bezeichnet und stigmatisiert. Beispielsweise neigen Arbeitgeber*innen bis heute
274 dazu, vorrangig Personen ohne eine psychische Erkrankung einzustellen oder zu
275 befördern. Zwar ist die Angabe der eigenen psychischen Probleme nicht
276 verpflichtend, jedoch kann diese Form der Stigmatisierung und das Wissen darum
277 dafür sorgen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen sich weniger häufig in
278 Behandlung begeben oder aber sich zusätzlich bei der Arbeit und in der Schule
279 belasten, um "normal" zu wirken oder bestehende Vorurteile nicht zu bestätigen.

280 Die bereits zuvor beschriebenen Sensibilisierungsmaßnahmen, wie etwa
281 Resilienztrainings in Bildungseinrichtungen, können zu einer Entstigmatisierung
282 beitragen. Darüber hinaus sollten aber auch Arbeitgeber*innen und
283 Mitarbeiter*innen von Bildungseinrichtungen geschult werden um bei psychischen
284 Problemen und Krankheiten Hilfsmöglichkeiten anbieten zu können.

285 Auch das Bild von stationären Einrichtungen muss gewandelt werden. Bis heute
286 sehen viele Menschen darin die "Klapse" für verrückte Menschen. Dieses Bild wird
287 unter anderem durch eine verzerrte Darstellung in unterschiedlichen Medien
288 geprägt. Durch Aufklärung über psychische Krankheiten kann dieses Stigma
289 abgebaut werden. Eine Entstigmatisierung bedeutet auch das gesellschaftliche
290 Verständnis dafür, dass niemand "normal" werden muss.

291 Daher fordern wir:

292 - dass Arbeitgeber*innen und Mitarbeiter*innen in Bildungseinrichtungen zu den
293 häufigsten psychischen Krankheiten, den Hilfsmöglichkeiten und Problemen
294 geschult werden

295 - dass aufgrund einer psychischen Krankheit keine Nachteile bei Beruf oder dem
296 individuellen Bildungsweg entstehen dürfen

297 - eine ehrliche und wahrheitsnahe Darstellung von psychischen Problemen sowie
298 Therapien und therapeutischen Einrichtungen in den öffentlich-rechtlichen Medien

299 - eine gesellschaftliche Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen
300 Problemen

Begründung

Ein Teil der Begründung ist im Antragstext enthalten. Die Begründung erfolgt mündlich.

Wir haben Informationen u.a. von den folgenden Seiten entnommen und dort findet ihr auch weiteres.

Abschnitt 1:

- <https://de.statista.com/themen/1318/psychische-erkrankungen/>

Abschnitt 2:

-
<https://www.bertelsmann->

stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psyc--h_final.pdf

-

<https://faktencheck-gesundheit.de/nc/de/faktenchecks/faktencheck-psychotherapeuten/interaktive-karte/psychotherapeutendichte/index.html>

Abschnitt 3:

-

https://www.google.com/url?q=https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/abrec--hnung/faq/faq_psychotherapie-rili_und_vereinbarung.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwit74DdyvrrAhUEMewKHUOAC-oQFjALegQIBRAB&usg=AOvVaw3pQu9cgAKT8jGcY3915fu-

- https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-75736-8_19

- <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00278-011-0868-6.pdf>

-

https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=3sXfRuwS0P4C&oi=fnd&pg=PA5&dq=Klinisc--he+Psychologie+%E2%80%93+Intervention+und+Beratung&ots=0d5G20QMri&sig=F8xjdiXvA-y-mtCc296pUDB2Cts_A#v=onepage&q=Klinische%20Psychologie%20%E2%80%93%20Intervention--%20und%20Beratung&f=false

Abschnitt 4:

- (<http://mediatum.ub.tum.de/doc/651923/651923.pdf>)

- <https://www.karger.com/Article/PDF/354814>

-

https://www.researchgate.net/profile/Elisa_Haller2/publication/318265510_Zugang_--und_Nachsorge_bei_Psychotherapie_Herausforderungen_im_Behandlungspfad_von_Mensch-h-en_mit_psychischen_Erkrankungen/link/s/5e7c7f7f299bf1a91b7aaa9a/Zugang-und-Nachsorge-bei-Psychotherapie-Herausforderungen-im-Behandlungspfad-von-Menschen-mit-psychischen-Erkrankungen.pdf

Abschnitt 5 & 6:

-

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101373/Krankenkasse-Immer-mehr-Menschen-erhalten-Antidepressiva>

- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/207288/Absetz-und-Rebound-Phaenomene-bei-Antidepressiva>

-

<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/vortrage/nubling-ptversorgungsforschung-heidelberg-20012016-final.pdf>