

## Positionspapier zur Situation Betroffener und Angehöriger

**Depression ist eine ernste und schwerwiegende Erkrankung**, von der deutschlandweit ca. 4 Millionen Menschen betroffen sind. Fast jeder fünfte Deutsche erkrankt zumindest einmal im Verlauf seines Lebens. Umgerechnet auf die Einwohnerzahl Bochums bedeutet dies eine Behandlungsbedürftigkeit von ca. 73.000 Bürgern aller Altersgruppen.

**Volkswirtschaftlich** wirkt sich die Depression in mittlerweile zunehmendem Maße in Krankschreibungen und Frühverrentungen aus. Arbeitsausfälle wegen psychischer Probleme betragen rund 40 Tage pro Jahr. Die direkten und indirekten Kosten der Erkrankung rangieren noch vor Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen.

**Wesen und Spüren der Depression sind kaum ertragbar.** Rund 10.000 Mal pro Jahr enden psychische Erkrankungen als Folge suizidaler Handlungen mit dem Tod des Betroffenen. In Abhängigkeit von der gewählten Umsetzung der Selbsttötung werden u. U. Unbeteiligte mit in den Tod gerissen, traumatisiert oder einem Schockerlebnis ausgesetzt.

**Der Versorgungsdruck ist groß.** Obwohl es sich um eine Volkskrankheit handelt, ist **die Situation** Betroffener und mitleidender Angehöriger jedoch noch immer **unbefriedigend**. Dies betrifft vor allem die Behandlungssituation, aber auch die öffentliche Akzeptanz der Depression als einer unverschuldeten Krankheit. Beide Aspekte wirken sich wiederum noch zusätzlich belastend auf die psychische Verfassung sowohl der Betroffenen, als auch deren Angehöriger aus.

### Die Realität der Behandlungssituation

⇒ Depression kennzeichnet sich durch Antriebslosigkeit, tiefe geistig-seelische und körperliche Erschöpfung, durch mangelndes Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Selbstentwertung. In dieser Phase tiefsten Unvermögens im Umgang mit sich selbst und der eigenen Lebenssituation müssen Erkrankte auf sich allein gestellt nach einem psychotherapeutischen Behandlungsplatz suchen. Eine Aufgabe, die gerade aufgrund dieser behandlungsbedürftigen Symptome nicht oder nur schwer bewältigt werden kann.

⇒ Wegen der Besonderheiten der Praxisorganisation erteilen niedergelassene PsychotherapeutInnen nur in einer Telefonsprechstunde Auskunft über eigene freie Kapazitäten. Für Suchende sind sie i.d.R. nur 1 x pro Woche für eine halbe Stunde erreichbar. Diese Zeiten persönlicher Ansprechbarkeit verteilen sich individuell verschieden auf alle Arbeitsstunden der Tage einer Arbeitswoche.

Diese völlig unterschiedlichen Sprechzeiten zu überblicken und zu verwalten, um den jeweils in Frage kommenden Therapeuten zum richtigen Zeitpunkt anrufen zu können, ist depressiv Erkrankten wegen des Verlustes von Kraft, Konzentration und Organisationsfähigkeit kaum möglich.

⇒ Eine alternativ auf Anrufbeantworter gesprochene Bitte um Rückruf bzgl. eines Behandlungsplatzes wird selten erfüllt. Das Warten und die Erkenntnis eigener Wertlosigkeit angesichts ausbleibender Reaktionen sind quälend und forcieren das Auftreten von Suizidalität. Häufig wird bereits per Bandansage mitgeteilt, dass einer Rückrufbitte nicht entsprochen wird. Diese deutliche Absage an den Hilfesuchenden und an dessen vorliegend dringende Behandlungsbedürftigkeit frustriert zutiefst und kann sprichwörtlich tödlich sein.

⇒ Ein persönliches Erreichen des Therapeuten oder der Therapeutin während der Sprechzeit bedeutet nicht automatisch auch eine Terminvergabe. Da Psychotherapien minimal 25 Therapiestunden von 1 x wöchentlich je 50 Behandlungsminuten zuzüglich 5 probatorischer Orientierungsstunden erfordern, ist ein Anruf zur richtigen Zeit am richtigen Ort bezüglich erhofften Gesprächstermins ein Glücksspiel. Je nach Schwere der zu behandelnden Fälle geraten Behandelnde bei wöchentlich 25-30 Patienten an die Grenzen der eigenen Konstitution.

⇒ Im Gegensatz zur Behandlung somatischer Erkrankungen ist Psychotherapie Arbeit auf Beziehungsbasis. Ein erhaltener Termin ist deshalb immer nur zunächst eine Vereinbarung zum Erstgespräch. Er bedeutet nicht die Aufnahme der therapeutischen Behandlung, da die Passung von TherapeutIn und PatientIn sowie die jeweilige Behandlungsproblematik die entscheidende Voraussetzung für Beginn oder Ablehnung einer Therapie bei dem betreffenden Behandelnden darstellen.

⇒ Die dem depressiv erkrankten Menschen völlig selbstverständlich auferlegte Eigenverantwortlichkeit bei der Suche nach Behandlung ist unzumutbar und verantwortungslos. Sie überfordert und zerreibt ihn zwischen der Zentnerlast schmerzhaft inneren Erlebens, dringenden Bedarfs nach Hilfe, gespürter Todessehnsucht und erlebter Ohnmacht im Wissen um unzureichende Strukturen.

⇒ Die Wartezeit auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz liegt im Minimum bei durchschnittlich drei Monaten. Folge der aus den Umständen resultierenden, monatelangen Hängepartie kann eine Chronifizierung der Erkrankung bei weitaus langwierigerer Behandlung und schlechteren Heilungschancen sowie eintretende Suizidalität und vollendete Selbsttötung sein.

⇒ Der Einstieg in die Suche nach Behandlungsmöglichkeiten setzt voraus, dass Erkrankte selbst erkennen, dass sie an einer Depression erkrankt sind.

Das diffuse Krankheitsbild mit nicht selten täglich wechselnden Symptomen erschwert jedoch sowohl die eigene Erkenntnis, als auch den Gang zum Hausarzt als erster Anlaufstelle einer Diagnose- und Weichenstellung hinsichtlich Behandlung.

Mangels fachspezifischer Aus- und Weiterbildungen im Bereich psychischer Störungsbilder sind gerade Hausärzte aber mit der Diagnose „Depression“ häufig überfordert.

⇒ Eine ambulante Psychotherapie bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen ist unauffällig in den Arbeitsalltag integrierbar. Ist diese ambulante Hilfe zeitnah nicht erhältlich, bleibt Erkrankten nur der Weg in die Psychiatrie. Die mehrwöchigen Klinikaufenthalte bedingen wochenlange Ausfallzeiten am Arbeitsplatz bei gleichzeitig höheren Behandlungskosten für die Kostenträger. Auch die Erkrankten werden durch die Notwendigkeit der Zuzahlung finanziell noch zusätzlich belastet.

⇒ Die verbreitete Angst vor der noch weitaus stärker Stigma-behafteten stationären psychiatrischen Klinikbehandlung, die Scheu vor Akuteinweisung zwecks rascher stationärer Aufnahme und die Angst vor unbekanntem, nicht einschätzbarem Störungsbildern anderer PatientInnen lassen angesichts unkalkulierbarer Folgen für die familiäre und berufliche Situation vor der Behandlungsform zurückschrecken.

Solange 10.000 Menschen pro Jahr durch Suizid sterben, weil psychiatrische Hilfe nicht verfügbar ist oder keinen akzeptablen Weg der Wahl darstellt, läuft im System etwas verkehrt.

⇒ Mit Ausnahme der Akuteinweisung bedeuten stationäre oder tagesklinische Behandlungen gleichermaßen lange Wartezeiten und eine mindestens sechswöchige Ausfallzeit am Arbeitsplatz, die bei Arbeitgebern und Kollegen Fragen nach den Gründen nach sich zieht.

Die Sorge um den Arbeitsplatz und die Beschämung über die mit dem negativen Bild persönlichen Versagens behaftete Erkrankung bedingt Vermeidung von Behandlung bis hin zum psychischen Zusammenbruch.

⇒ Klinikbehandlungen dienen der Stabilisierung der PatientInnen. Im Anschluss bleibt die ambulante Psychotherapie notwendig oder mindestens empfehlenswert. Die Problematik überfordernd eigenverantwortlicher Suche nach ambulant weiterführender Behandlung bleibt bestehen und bedingt Rückfälle. Während vor einigen Jahren nach einem Klinikaufenthalt noch die Möglichkeit des Anschließens einiger ambulanter Termine zur Überbrückung möglich war, wurde diese Regelung beschnitten.

## **Forderungen nach Verbesserung**

- ✓ **Die durchschnittlichen Wartezeiten von 3 Monaten bis zum Antritt einer Psychotherapie sind dringend zu verkürzen.** Dies ist über die Absicht der GKV, das Genehmigungsverfahren für Therapien zu vereinfachen und die Zahl der Gutachten zu senken, alleine nicht erreichbar. Forderungen der Krankenkassen nach Verkürzung der Therapiedauer verschleiern das ursächliche Problem.
- ✓ **“Wartezeit“ ist mehr als nur der Zeitraum zwischen Terminvergabe und Erstgespräch!** Sie umfasst vor allem den Zeitraum des Sichtens unüberschaubar vieler Adressen bzgl. räumlicher Erreichbarkeit, des Wartens auf die wöchentliche Telefonsprechzeit und die damit verbundenen unzähligen Versuche persönlicher Erreichbarkeit in der nur halben Telefonstunde zwecks Abklärung freier Behandlungskapazitäten.
- ✓ **Entlastende Hilfe und Verkürzung von Wartezeit bedeutet deshalb, dem Kranken die Suche nach Behandlung abzunehmen.** Erforderlich sind im Sinne einer Vorauswahl Vermittlungsstellen freier Plätze im persönlichen Kontakt, Unterstützung bei der Abschätzung der Therapeut-Patienten-Passung und Terminvereinbarungen für Erstgespräche.
- ✓ **Professionelle Hilfe muss problemlos jederzeit erreichbar sein. Auch psychisch Kranke haben Anspruch auf rechtzeitige und kurzfristige Behandlung.** Ernsthafte Unterstützung bedeutet persönliche Ansprechbarkeit für Erkrankte, wann immer sie sie aufsuchend nötig haben.
- ✓ **Notwendig sind hier dezentrale ambulante Anlaufstellen zur Entlastung und Reduzierung akuter Symptomatik auch jenseits von Kliniken.** Die Schwelle, zu einem Krisengespräch gleich eine Klinik aufzusuchen, ist zu hoch. Dahinter steht die Angst vor einer Zwangsaufnahme und deren Folgen für die berufliche, soziale und familiäre Situation.
- ✓ **Entlastende Hilfe und Verkürzung von Wartezeit bedeutet deshalb, Angebote kurzfristig nutzbarer psychotherapeutischer Sprechstunden einzurichten bzw. auszubauen.** Krankheitsverlauf und Dauer einer Depression sind im Vergleich zu somatischen Erkrankungen nicht abschätzbar. Sie zeichnet sich durch täglich wechselnde und hinsichtlich der Intensität stark schwankende körperliche und seelische Verfassungen aus, weshalb der Betroffene sie als bodenlos und seine Situation als hoffnungslos erfährt. Gerade diese extrem belastende Besonderheit der Krankheitsform macht Anlaufstellen für Bedarfsgespräche dringend notwendig. Praxen müssen deshalb auch Akutsprechstunden zur Verfügung stellen und abrechnen können, um beobachtendes Abwarten zu ermöglichen und auf kurzem Weg unterstützte Selbsthilfe zu bieten.
- ✓ **Professionelle Hilfe bedeutet auch Beratung pro und contra Psychotherapie, Aufklärung über Behandlung und Information bzgl. Therapieform-Orientierung.** Deshalb ist die Einrichtung ambulanter Anlaufstellen auch jenseits einer Psychotherapie zu fördern.
- ✓ **Wartezeiten zu verkürzen bedeutet nicht, wie derzeit überlegt, die Betreuung „leichter Krankheitsfälle“ in die Hände der Hausärzte zu legen.** Die Behandlung psychischer Erkrankungen gehört Spezialisten überlassen, um Fehldiagnosen und Fehlbehandlung zu vermeiden.
- ✓ **Wartezeiten zu verkürzen bedeutet nicht, wie derzeit überlegt, die Dauer einer Kurzzeittherapie von 25 auf nur 15 Stunden zu reduzieren.** Eine Verkürzung der Therapiedauer wird dem Behandlungsbedarf und dem Wesen der Erkrankung nicht gerecht. Sie zeugt von Unverständnis bzgl. individuell verschiedener, nicht zu beschleunigender Heilungsprozesse.

✓ **Wartezeiten zu verkürzen bedeutet nicht, Erkrankten vermehrt Gruppentherapien zu verordnen. Die im April 2013 vom G-BA beschlossene Möglichkeit der Durchführung von Verhaltenstherapie als durchgängiger Gruppenbehandlung ist keine Lösung der Misere.**

Gruppentherapie ist Massenabfertigung zu Lasten der individuellen Problematik und zu Lasten vertraulichen Gesprächsbedarfs bei gleichzeitiger „Ansteckungsgefahr“ mit psychischen Belastungen anderer. Nicht jeder Kranke vermag sensibelste Themen vor einer Gruppe auszubreiten, nicht jedes Störungsbild eignet sich für die Behandlung in der Gruppe.

Die gezielte und ungeteilte Zuwendung des Therapeuten zu einem Patienten bleibt angesichts individuellen Bedarfs nach intensiver Behandlung extrem belastender seelischer Zustände in Einzelsitzungen erforderlich und vordringlich.

✓ **Wartezeiten zu verkürzen bedeutet nicht, TherapeutInnen finanzielle Extra-Anreize für die Senkung der Therapiedauer und für die vermehrte Durchführung von Gruppentherapie zu bieten.**

✓ **Wartezeiten zu verkürzen bedeutet vorrangig, die Anzahl zur Verfügung stehender Behandlungsplätze zu erhöhen.** Diese ist angesichts stetig wachsenden Bedarfs nach psychotherapeutischer Behandlung eindeutig zu niedrig angesetzt und verschärft das Problem auftretender Suizidalität und daraus resultierender Folgekosten.

✓ **Wartezeiten zu verkürzen bedeutet auch, das Angebot von Psychoedukation auszuweiten. Diese wird als hilfreicher Vorlauf und sinnvolle Ergänzung von Psychotherapie angesehen. Sie muss stärker in die Versorgungslandschaft eingebunden werden.** Psychoedukation vermittelt Wissen über die Erkrankung und erste Behandlungsansätze i. S. von Selbsthilfe im Umgang mit depressiven Denkweisen. Sie führt zu Stabilisierung und gibt ein erstes und wichtiges Gefühl von Autonomie in der Handhabung der Krankheit.

✓ **Wartezeiten zu verkürzen bedeutet die Bereitstellung von Überbrückungsangeboten aus dem künstlerisch-kreativen Bereich,** da sich die Mobilisierung eigener Ressourcen und verschütteter Fähigkeiten positiv auf die psychische Verfassung und den Selbstwert auswirkt.

✓ **Parallel zur psychotherapeutischen Behandlung sind verstärkt alternative Therapieformen wie Mal- und Musiktherapie oder Schauspiel einzubinden.** Je nach Schweregrad der Erkrankung und persönlicher Konstitution Erkrankter sind solche Alternativen zur rein verbalen Psychotherapie wichtig, bei Einschränkung der Ausdrucksfähigkeit sogar notwendig, um Zugang zu Betroffenen herstellen zu können.

✓ **Den Behandlungs- und Versorgungsauftrag ernst zu nehmen bedeutet auch, Angehörige psychisch Kranker im täglich fürsorgenden Umgang mit Betroffenen nicht sich selbst zu überlassen.** Während in Bochum mittlerweile erste Bestrebungen zur Schulung Angehöriger im pflegenden Umgang mit körperlich Erkrankten zu verzeichnen sind, fühlen sich die Angehörigen depressiv Erkrankter bezüglich Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und den Umgang mit dem Kranken vollständig allein gelassen.

Angebote professioneller Gespräche und Trainings durch erfahrene Pflegekräfte, wie sie z. B. das St. Josef-Hospital schon während des Klinikaufenthaltes körperlich Erkrankter zur Verfügung stellt, sind auch auf Angehörige psychisch kranker Menschen auszudehnen.

✓ **Psychische Krisen brauchen zwischenmenschlichen Austausch auf kurzem Weg.** Kurzfristige Entlastung Betroffener und Angehöriger kann auch durch gezielte Einrichtung und Förderung durchgängig professionell begleiteter Selbsthilfegruppen erreicht werden, wie sie derzeit ausschließlich durch eine Angehörigengruppe an der LWL-Klinik Bochum angeboten wird.

✓ **Auch Angehörige um Suizid brauchen Aufmerksamkeit und Zuwendung** im Rahmen niedrigschwelliger Angebote und Anlaufstellen im Umgang mit mehrfach erfahrener Beschämung und Betroffenheit. Hier ist die professionell geschulte Betreuung in speziellen Selbsthilfegruppen sicherzustellen.