

Befragung von niedergelassenen psychologischen PsychotherapeutInnen im Land Bremen zur ambulanten Versorgung von depressiv Erkrankten

Bremen, März 2008

Projektleitung: Prof. Dr. Petra Kolip

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Barbara Baumgärtner, Oda von Rahden

1	Fragestellung und Konzeption.....	2
2	Untersuchungsablauf.....	6
3	Ergebnisse	7
3.1	Stichprobe	7
3.2	Entwicklung der Prävalenzraten.....	8
3.3	Zugang zur Psychotherapie	10
3.4	Kriterien der Platzvergabe.....	14
3.5	Unterversorgte Bevölkerungsgruppen.....	16
3.6	Kooperation.....	18
3.7	Handlungsbedarf.....	21
3.7.1	Aufklärung.....	21
3.7.2	Struktur der Versorgung.....	22
3.7.3	Kooperation.....	23
4	Fazit.....	24
5	Anhang.....	27
5.1	Interviewleitfaden	28
5.2	Kurzfragebogen.....	32

1 Fragestellung und Konzeption

Die verfügbaren Routinestatistiken ermöglichen kaum Aussagen zur regionalen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung depressiver Patienten und Patientinnen in Bremen. Daher wurde im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Bremen eine Befragung der in Bremen-Stadt und Bremerhaven niedergelassenen PsychotherapeutInnen durchgeführt. Die Befragung hatte das Ziel, detaillierte Kenntnisse zum Umfang und den Möglichkeiten der ambulanten Behandlung depressiver PatientInnen zu gewinnen. Ferner sollten die vorhandenen Kooperationsstrukturen zwischen den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen und Institutionen ermittelt werden. Die niedergelassenen psychologischen PsychotherapeutInnen wurden als Zielgruppe dieser Untersuchung gewählt, da sie maßgeblich an der ambulanten Psychotherapie von depressiv Erkrankten beteiligt sind und als ExpertInnen für diesen Problembereich betrachtet werden können. Die Beurteilungen und Einschätzungen der psychologischen PsychotherapeutInnen liefern somit einen guten Einblick in die ambulante Versorgungslage depressiv Erkrankter.

Die Studie hat explorativen Charakter. Durchgeführt wurden Interviews mit neun im Land Bremen niedergelassenen psychologischen PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Fachrichtungen. Diese wurden zum einen nach ihren persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen zur ambulanten Versorgung Depressiver befragt, zum anderen gaben sie eine Einschätzung der Arbeitssituation ihrer KollegInnen und der Situation insgesamt. Um trotz der relativ kleinen Stichprobe eine möglichst breite Palette an Einschätzungen und Meinungen erfassen zu können, sollte bei der

Auswahl der InterviewpartnerInnen auf eine möglichst vielfältige Zusammensetzung der Stichprobe geachtet werden. Berücksichtigte Auswahlkriterien waren hierbei:

- Geschlecht des Therapeuten/ der Therapeutin
- Praxisstandort: Bremen und Bremerhaven
- Therapeutische Ausrichtung: Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Tiefenpsychologie

Zur Durchführung der Interviews wurde von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des IPP und Mitarbeiterinnen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und

Soziales ein Interviewleitfaden¹ entwickelt, der folgende Themenbereiche mit jeweils mehreren offen formulierten Fragen umfasste:

- Entwicklung der Erkrankung Depression in der Bevölkerung
 - Zugang zur Psychotherapie aus Sicht der Leistungserbringer
 - Kooperation in der Versorgung
 - Praktischer Handlungsbedarf
-

¹ Der Interviewleitfaden ist im Anhang abgedruckt.

Des Weiteren wurde ein Kurzfragebogen² entwickelt, der zur Erfassung soziodemographischer Angaben sowie von Angaben zu Therapieausrichtung, Ausbildung, Zusatzqualifikationen und Dauer der Praxistätigkeit diente.

Die Auswertung der erhobenen Daten sollte durch eine inhaltliche Zusammenfassung der Aussagen anhand der aufgezeichneten Interviews erfolgen. Aus Gründen limitierter Ressourcen wurde auf eine Transkription verzichtet.

² Der Kurzfragebogen ist im Anhang abgedruckt.

2 Untersuchungsablauf

Die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen erfolgte über eine von der Psychotherapeutenkammer Bremen zusammengestellte Liste von PsychotherapeutInnen, die sich auf Anfrage des Kammervorsitzenden zu einem Interview bereit erklärt hatten.

Mitte Januar 2008 wurden unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien mehrere PsychotherapeutInnen telefonisch kontaktiert, eine kurze mündliche Information zum Thema der Befragung gegeben und ein Interviewtermin vereinbart.

Auf diese Weise wurden neun PsychotherapeutInnen rekrutiert, mit denen zwischen dem 17.01.08 und dem 08.02.08 jeweils ein Interview durchgeführt wurde.

Die Interviews wurden, je nach Wunsch der Befragten, an der Universität Bremen, in den Praxen oder Privaträumen der TherapeutInnen durchgeführt. Die Interviewerinnen waren zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des IPP, die die Gespräche einzeln führten. Vor Beginn des Interviews wurden die Befragten über die Fragestellung informiert und es wurde das Einverständnis zur Aufzeichnung des Gesprächs eingeholt. Hierbei wurden den Befragten die Anonymisierung sämtlicher Daten zugesichert. Die Interviews dauerten zwischen 42 und 90 Minuten.

Zur Auswertung der Daten wurden die Aufzeichnungen abgehört, inhaltlich ausgewertet und in einer Matrix zusammengefasst. Dabei werteten die Interviewerinnen jeweils die von der Kollegin geführten Interviews aus. Die Auswertung erfolgte in enger Anlehnung an die Kategorien des Interviewleitfadens.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Es wurden zwei Psychotherapeuten und sieben Psychotherapeutinnen befragt. Das Alter der befragten TherapeutInnen lag zwischen 51 und 59 Jahren. Es wurden je Therapieausrichtung drei TherapeutInnen befragt, davon sechs aus Bremen und drei aus Bremerhaven (siehe Tabelle 1: Stichprobe).

Tabelle 1: Stichprobe

Geschlecht		Alter	Praxisstandort		Therapieausrichtung		
männlich	weiblich	von-bis	Bremen	Bremerhaven	VT	AP	TP
2	7	51-59	6	3	3	3	3

Erläuterungen zur Tabelle 1: Stichprobe: VT = Verhaltenstherapie
AT = analytische Psychotherapie
TP = Tiefenpsychologie

Die Praxen der im Bremer Stadtgebiet tätigen PsychotherapeutInnen verteilen sich auf folgende Regionen:

- Ostertor/Steintor: 2x
- Schwachhausen: 2x
- Bremer Westen: 1x
- Bremen Nord: 1x

Alle befragten PsychotherapeutInnen waren DiplompsychologInnen mit Zusatzqualifikationen in den Therapieausrichtungen Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie und/oder Tiefenpsychologie. Weiterhin besaßen die PsychotherapeutInnen verschiedene Zusatzqualifikationen. Hier wurden genannt:

- Traumatherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Gestalttherapie
- Systemische Familientherapie und -Supervision
- Paar- und Familientherapie
- Psychodramagruppentherapie

Die befragten TherapeutInnen waren zwischen 8 bis 19 Jahren in eigener Praxis tätig.

3.2 Entwicklung der Prävalenzraten

Einige PsychotherapeutInnen nahmen an, dass die Depression heute ebenso häufig wie in früheren Jahren auftritt, andere gingen davon aus, dass es zu einer Zunahme der Erkrankung in den letzten Jahren gekommen sei. Kein Therapeut/keine Therapeutin beobachtete einen Rückgang der Depression.

Ein Teil der PsychotherapeutInnen konnte nur schwer einschätzen, ob sich die Häufigkeit der Erkrankung Depression in der Bevölkerung verändert hat. Gründe hierfür waren, dass die eigene Praxis zu wenige Klientinnen hat oder die Klientel

nicht mit der Gesamtbevölkerung vergleichbar ist, so dass eine Einschätzung der Krankheitshäufigkeit schwer möglich war.

Einige TherapeutInnen formulierten, dass der Umstand, dass heute mehr PatientInnen wegen einer Depression behandelt würden, nicht zwangsläufig bedeute, dass die Erkrankung zunehme. Die Zunahme an Psychotherapien wegen Depression lasse sich auch dadurch erklären, dass ÄrztInnen mittlerweile psychischen Erkrankungen gegenüber aufgeschlossener sind, Depressionen besser erkennen und in der Folge mehr PatientInnen an PsychotherapeutInnen überweisen.

Ebenso scheint sich in der Bevölkerung eine größere Akzeptanz psychischer Erkrankungen entwickelt zu haben und eine höhere Bereitschaft zum Aufsuchen therapeutischer Hilfe vorhanden zu sein.

Die Diagnosestellung durch die PsychotherapeutInnen hat sich nach Einschätzung der befragten PsychotherapeutInnen nicht verändert und wird weder strenger noch großzügiger gehandhabt. Somit wird kein Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Prävalenzraten und der Diagnosestellung gesehen.

Eine deutliche Verschlechterung nehmen die PsychotherapeutInnen bei den Lebensumständen ihrer Klienten und Klientinnen wahr. Diese führt zu einer Veränderung der Anlässe, zu denen eine Depression auftritt und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird. Beispielhaft wurden hier die hohe Arbeitslosigkeit, prekäre finanzielle Lagen (bedingt durch Harz IV), sowie psychische Belastungen am Arbeitsplatz genannt. Diese Faktoren werden in besonders hohem Maß in Bremerhaven beobachtet.

3.3 Zugang zur Psychotherapie

Von den befragten PsychotherapeutInnen wurden verschiedene Wege beschrieben, über die PatientInnen mit einer Depression zu ihnen in die Praxis kommen. Ein großer Teil der Klientel kommt mit einer Überweisung vom Hausarzt/Hausärztin und wenige werden von einem Psychiater/einer Psychiaterin geschickt. Andere PatientInnen melden sich, nachdem sie in einer Beratungsstelle informiert wurden oder kurz vor der Entlassung von einem Klinikaufenthalt stehen.

Andere PsychotherapeutInnen beschrieben, dass ein großer Teil ihrer Klientel selbstständig, also ohne vorherige Rücksprache mit dem Hausarzt/der Hausärztin, den Kontakt zum Therapeuten/zur Therapeutin aufnimmt. Häufig haben diese PatientInnen sich längere Zeit erfolglos wegen körperlicher Beschwerden behandeln lassen und ziehen erst nach einer langen Krankheitsgeschichte eine psychische Erkrankung als Ursache für die somatischen Beschwerden in Betracht. Nur wenige der PatientInnen, die selbstständig den Kontakt zu einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin suchen, tun dies ohne vorherige Empfehlungen aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis. Mitunter haben die PatientInnen eine Liste mit PsychotherapeutInnen von ihrer Krankenkasse bekommen, die sie "abtelefonieren". Nur sehr selten werden PsychotherapeutInnen einfach aus dem Telefonbuch ausgewählt.

Ein Großteil der PatientInnen ist bei der ersten Kontaktaufnahme nicht über die unterschiedlichen therapeutischen Ausrichtungen informiert und es kommt nur selten vor, dass sich PatientInnen gezielt bei PsychotherapeutInnen einer bestimmten Therapieausrichtung melden. Ausnahmen sind PatientInnen, die sich bei der Suche nach einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin gezielt an das Psychoanalytische Institut in Bremen gewandt haben und von dort eine Liste mit

psychoanalytisch arbeitenden TherapeutInnen erhalten haben. Weiter wurde berichtet, dass verhaltenstherapeutisch arbeitende PsychotherapeutInnen mehr Zuweisungen durch PsychiaterInnen erhalten als die anderen Therapierichtungen. Ferner werden PatientInnen, die gezielt einen bestimmten Psychotherapeuten/Psychotherapeutin kontaktieren, häufig von einem Psychiater/einer Psychiaterin geschickt.

Einige TherapeutInnen berichteten, dass sie im Laufe der Jahre gute Kontakte zu anderen PsychotherapeutInnen, zu bestimmten HausärztInnen, PsychiaterInnen und KlinikärztInnen aufgebaut haben, so dass über diese Stellen einige PatientInnen vermittelt werden. Ebenso werden Anfragen von PatientInnen, die man selbst nicht annehmen kann, an andere PsychotherapeutInnen, mit denen man in Kontakt steht, verwiesen, oder bekommt auf diesem Wege PatientInnen vermittelt.

Die befragten PsychotherapeutInnen gingen davon aus, dass die Zugangswege zu ihrer Praxis sich nicht sonderlich von denen der KollegInnen unterscheiden.

Alle befragten PsychotherapeutInnen berichteten, dass sie deutlich weniger PatientInnen annehmen können, als sich in der Praxis melden. Dies betrifft PatientInnen mit einer Depression in gleichem Maß wie PatientInnen mit anderen psychischen Störungen. Die Anzahl der Therapieplätze in Bremen und Bremerhaven scheint nach Einschätzung der befragten PsychotherapeutInnen nicht annähernd den Bedarf abzudecken. Die PsychotherapeutInnen berichteten zum Teil, dass sie pro Woche mehreren PatientInnen, die sich wegen einer Depression melden, ablehnen müssten. Es wurden Wartezeiten auf einen Therapieplatz zwischen einigen Wochen bis zu 1,5 Jahren von den TherapeutInnen für ihre eigene Praxis angegeben.

Das Vorgehen bei Abweisung von PatientInnen und die Verteilung frei werdender Therapieplätze werden von den TherapeutInnen sehr unterschiedlich gehandhabt.

Einige PsychotherapeutInnen führen eine Warteliste. Auf diese Liste werden bei manchen TherapeutInnen nur PatientInnen gesetzt, mit denen bereits ein Vorgespräch stattgefunden hat. Andere führen Vorgespräche nur, wenn in absehbarer Zeit (welche mit 3-4 Monaten angegeben wurde) ein Therapieplatz frei wird. Es wurde vereinzelt berichtet, dass im Vorgespräch mitunter auch abgeklärt wird, ob in Anbetracht der langen Wartezeit auf einen Therapieplatz eine Behandlung mit Psychopharmaka in Betracht kommt. In diesen Fällen wurden die Klientinnen und Klienten mit einer Depression an einen Psychiater bzw. eine Psychiaterin verwiesen. Erstgespräche werden außerdem angeboten, wenn der/die anfragende Patient/Patientin deutlich macht, dass er/sie unbedingt zu diesem Therapeut/Therapeutin möchte.

PatientInnen der Warteliste werden angerufen, wenn ein Therapieplatz frei wird. Hierbei wird nicht unbedingt streng nach Reihenfolge vorgegangen, sondern es werden das Krankheitsbild und die Dringlichkeit berücksichtigt. Eine Psychotherapeutin gab an, dass PatientInnen auf der Warteliste durch einen monatlichen Anruf bestätigen müssen, weiterhin Therapiebedarf zu haben.

Andere PsychotherapeutInnen führen keine Warteliste. Gründe hierfür waren, dass dies als sinnlos erachtet wird, wenn man den PatientInnen nicht innerhalb der nächsten Zeit einen Platz anbieten kann. Weiterhin wurde geäußert, dass es speziell Personen mit einer Depression nicht zuzumuten sei, monate- oder gar jahrelang auf einen Therapieplatz zu warten. Stattdessen wird versucht, PatientInnen mit einer akuten Depression an KollegInnen zu verweisen. Gelingt dies nicht, kommt es vor, dass diese Personen in einer Akutphase an ein Krankenhaus verwiesen werden,

obwohl eine ambulante Therapie möglich gewesen wäre. Außerdem wurde beschrieben, dass PatientInnen mit einer Depression bis zum Freiwerden eines Therapieplatzes in Selbsthilfegruppen „geparkt“ würden, um die Wartezeit zu überbrücken. Es wurde vermutet, dass einige Depressionserkrankte während dieser Wartezeit verschiedene zweifelhafte Hilfsangebote der "Esoterikszene" in Anspruch nähmen.

Einige PsychotherapeutInnen stellten fest, dass besonders in psychoanalytisch arbeitenden Praxen die Wartezeit auf einen Therapieplatz extrem lang sei und diese Praxen daher weniger PatientInnen versorgen könnten. Weiter wurde angemerkt, dass nicht alle PsychotherapeutInnen in Vollzeit arbeiten und daher einige Praxen deutlich weniger PatientInnen versorgen als andere.

Um diesem Missverhältnis zwischen Nachfrage und freien Therapieplätzen bei Depression zu begegnen, führen manche PsychotherapeutInnen probatorische Sitzungen durch, obwohl sie keine freien Plätze haben, um den PatientInnen auf diese Weise wenigstens eine kurze Krisenintervention anzubieten. Probatorische Sitzungen ermöglichen es dem Therapeuten/der Therapeutin darüber hinaus, die Dringlichkeit einer Therapie besser einschätzen zu können und frei werdende Plätze dementsprechend zu vergeben.

Außerdem wird manchmal eine Kurzzeittherapie angeboten, um dem Patienten oder der Patientin die Möglichkeit zu geben herauszufinden, ob er/sie bereit ist, sich auf einen längeren therapeutischen Prozess einzulassen.

Von mehreren PsychotherapeutInnen wurde kritisiert, dass weder Beratung noch Vermittlung von PatientInnen abrechnungsfähig sind, und sie vermuten, dass einige TherapeutInnen aus diesem Grund diese Aufgabe nicht mehr übernehmen. Ebenso wurde angemerkt, dass die Erstgespräche so gering vergütet werden, dass es für

einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin kaum Anreiz gibt, mehr Erstgespräche als unbedingt nötig durchzuführen.

3.4 Kriterien der Platzvergabe

Die Befragung zeigte, dass die Kriterien, nach denen PsychotherapeutInnen frei werdende Plätze vergeben, individuell sehr verschieden sind und meist relativ variabel gehandhabt werden.

Zum Teil wird bereits beim telefonischen Erstkontakt eine gewisse Vorauswahl getroffen und entschieden, ob ein Erstgespräch vereinbart wird. So werden zum Beispiel keine PatientInnen angenommen, von denen bereits Freunde oder Verwandte bei dem Therapeuten/der Therapeutin in Therapie sind. Außerdem gaben ein paar TherapeutInnen an, bei bestimmten Erkrankungen, wie zum Beispiel Drogensucht, an spezialisierte KollegInnen weiter zu leiten. Alle befragten TherapeutInnen therapieren Depressionserkrankte, so dass dieses Krankheitsbild kein Ausschlusskriterium war. Es wurde jedoch angegeben, dass aus Gründen der eigenen Psychohygiene darauf geachtet wird, eine möglichst große Symptomvielfalt in der Praxis zu haben, und dadurch möglicherweise Depressionserkrankte zugunsten eines Patienten/einer Patientin mit einem anderen Krankheitsbild zurück gestellt würden.

Alle PsychotherapeutInnen betonten, dass sie nur PatientInnen annehmen, bei denen ein persönlicher Kontakt herstellbar ist und gegenseitige Sympathie vorliegt. Dies wird als eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie angesehen. Meist zeigt sich dies bereits im Vorgespräch.

Ein weiteres Platzvergabekriterium ist die Frage, ob das Therapieverfahren für angemessen erachtet wird. Nur wenige PsychotherapeutInnen berichteten, dass sie sich zu dieser Frage mitunter mit bekannten KollegInnen anderer Therapieformen austauschten.

Außerdem wurde angegeben, dass es keine Vorzugsbehandlung für privat versicherte Depressionserkrankte gibt.

TherapeutInnen, die eine Warteliste führen, nehmen die PatientInnen vornehmlich nach Reihenfolge der Liste auf, wobei das Bedürfnis nach Symptomvielfalt zu Ausnahmen führen kann. Bei PsychotherapeutInnen, die keine Warteliste führen, werden freie Therapieplätze an die PatientInnen vergeben, die sich zu diesem Zeitpunkt gerade melden. Außerdem wurde angegeben, dass alle PatientInnen angenommen werden, wenn die Nachfrage gerade gering ist und dass besonders gerne PatientInnen angenommen werden, die fachlich besonders interessant seien.

Auf die Frage, ob es PatientInnen gibt, die nicht so gerne angenommen werden, wurden verschiedene Aspekte genannt. Es wurde angegeben, dass schwer gestörte PatientInnen oder PatientInnen, die als besonders anstrengend eingeschätzt werden, nur in begrenztem Umfang angenommen werden. Dies sind eher PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen als Depressionserkrankte. DepressionspatientInnen, die innerhalb der letzten zwei Jahre bereits eine Therapie gemacht haben, werden ungern angenommen. Bei diesen Fällen ist das Antragsverfahren sehr aufwändig und steht nach Meinung einiger PsychotherapeutInnen in keinem Verhältnis zur Vergütung. Es wurde angegeben, dass die Betreuungsintensität von PatientInnen durchaus ein Auswahlkriterium sei. Es wurde vermutet, dass dies für die KollegInnen ebenso zutrifft.

3.5 Unterversorgte Bevölkerungsgruppen

Manche TherapeutInnen konnten nur Vermutungen dazu anstellen, ob es Bevölkerungsgruppen gibt, die bei der ambulanten Depressionsbehandlung unterversorgt sind, bzw. welche Gruppen dies betreffen könnte. Konkret benannt wurden Arbeitslose, Alleinerziehende, Arme, alte, allein lebende Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund.

Es wurde angenommen, dass Personen aus der Mittelschicht einen leichteren Zugang zur Psychotherapie haben, weil es dabei „ums Reden“ ginge, was Personen mit niedrigem Bildungsniveau schwerer falle. Weiter wurde vermutet, dass bei bildungsfernen Schichten weniger Wissen über psychotherapeutische Möglichkeiten vorläge. Es wurde angenommen, dass bei diesen Gruppen eine Psychotherapie stark mit Vorurteilen belastet sei und die Inanspruchnahme mit einem Gesichtsverlust einherginge. Die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Psychotherapie sei daher sehr hoch und aus Scham würde daher versucht, so lange wie möglich alleine zurechtzukommen. Ein weiteres Problem sei der Umstand, dass es in sozial schlechter gestellten Stadtteilen wenig psychotherapeutische Praxen gäbe.

Bei allein lebenden Menschen wurde festgestellt, dass diese mitunter nicht in ambulante Psychotherapie kämen, weil durch das Fehlen eines sozialen Netzes niemand die Depression bemerke. Depressive benötigen jedoch Hilfe von außen und können sich meist nicht mehr selbst um Unterstützung bemühen.

Ein weiterer Aspekt, der benannt wurde, war, dass Personen aus sozial schwachen Milieus nicht ausreichend in der Lage seien, Regeln einzuhalten und dadurch nur schlecht eine ambulante Psychotherapie durchlaufen könnten. Ähnliches wurde für Alleinerziehende formuliert, die aufgrund ihrer Lebenssituation nur schwer

regelmäßige Termine wahrnehmen könnten. Die Vermutung, von diesen PatientInnengruppen bei nicht wahrgenommenen Terminen keine Ausfallhonorare zu erhalten, führt dazu, dass diese ungern zur Therapie angenommen werden.

Des Weiteren wurde geäußert, dass sozial schlechter gestellte Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund in hausärztlichen Praxen eventuell gar nicht als behandlungsbedürftig erkannt würden und dass es darüber hinaus vorkomme, dass Hausärzte/Hausärztinnen die betroffenen PatientInnen nicht an PsychotherapeutInnen weiter leiten, weil sie davon ausgehen, dass sie dort ohnehin nicht angenommen werden würden.

Für Menschen mit Migrationshintergrund wurden mehrere Problembereiche genannt, die den Zugang zur Psychotherapie erschweren. Für sie gelten, neben sprachlichen Barrieren, die oben angeführten Hemmnisse gleichermaßen. Ferner scheinen für diese Bevölkerungsgruppe kulturelle Gründe die Inanspruchnahme von Psychotherapie zu behindern oder ganz zu verhindern. Es wurde beschrieben, dass Frauen mit Migrationshintergrund, beispielsweise aus der Türkei oder Weißrussland, in Vorgesprächen als schwer depressiv eingestuft wurden, dennoch aber keine Psychotherapie in Anspruch genommen hätten. Es wurde vermutet, dass die Lebensumstände ursächlich für die Depression seien. Eine Therapie der Depression würde zu innerfamiliären Konflikten führen, da die Autonomie der Patientin gestärkt würde. Dies könnte ein Grund für das geringe Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund sein.

3.6 Kooperation

In den Interviews wird deutlich, dass die Ausgestaltung, die Anlässe und die Häufigkeit der Kooperation mit KollegInnen als auch mit anderen Berufsgruppen heterogen sind.

Die Aufnahme der Behandlung wird häufig durch einen Hausarzt/eine Hausärztin oder FachärztInnen (z.B. PsychiaterInnen, FrauenärztInnen, HautärztInnen) angeregt, jedoch auch durch sozialpsychiatrische Dienste oder SozialarbeiterInnen. Es zeigt sich in den Interviews, dass sich bei einigen TherapeutInnen eine feste Zusammenarbeit mit bestimmten ÄrztInnen (niedergelassene oder stationär Tätige) etabliert hat, die als eine Art Netzwerk in der Versorgung der PatientInnen fungiert, sowohl was die Überweisung für eine Psychotherapie als auch Kontaktierung eines Facharztes/ einer Fachärztin zwecks Pharmakotherapie oder stationärer Behandlung angeht.

Während der laufenden Therapie wird von vielen TherapeutInnen der Hausarzt/ die Hausärztin regelmäßig in Form eines schriftlichen Berichts über den Behandlungsverlauf informiert. Es wurde teilweise Kritik daran geäußert, dass selten eine Rückmeldung von Seiten der ÄrztInnen erfolgt. Eine Zusammenarbeit mit HausärztInnen kann jedoch auch durch die Tatsache erschwert werden, dass manche PatientInnen einen Austausch von Professionellen über ihren Krankheitsverlauf als bedrohlich interpretieren und sie die TherapeutInnen nicht von der Schweigepflicht entbinden.

Um die Mündigkeit des Patienten/der Patientin so lange wie möglich zu erhalten, wird die Aufnahme bzw. Beendigung einer Pharmakotherapie, falls sie nicht bereits durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgt ist, in der Regel durch den Betroffenen/die Betroffene selbst eingeleitet. Nur in Ausnahmefällen findet ein telefonischer Austausch zwischen

TherapeutIn und Facharzt/Fachärztin statt. Als Grund wurde auch genannt, die PatientInnen nicht zu einem Objekt der Kommunikation unter Fachleuten machen zu wollen.

Für das Verhalten in Krisensituationen besteht häufig ein „Notfallvertrag“ zwischen PatientIn und TherapeutIn, sodass eine persönliche telefonische Kontaktierung des Hausarztes/der Hausärztin, des Psychiaters/der Psychiaterin, des sozialpsychiatrischen Dienstes oder der Klinik durch den betreuenden Therapeuten/ die betreuende Therapeutin eher selten erforderlich ist. Ob direkt ein Klinikarzt/eine Klinikärztin vor einer Einweisung angesprochen wird, ist jedoch auch von dem persönlichen Netzwerk der TherapeutInnen abhängig. Es wurde angemerkt, dass eine möglichst klare Trennung der therapeutischen Instanz der PsychotherapeutInnen von der einweisenden Instanz der ÄrztInnen auch deswegen angestrebt wird, um die Beziehung des Therapeuten/ der Therapeutin zum Patienten/zur Patientin nicht zu gefährden und um Disharmonien zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu vermeiden.

Ähnlich wie bei der Aufnahme einer Pharmakotherapie wird es im Fall eines geplanten Klinikaufenthaltes in der Regel dem Patienten/der Patientin überlassen, zum weiteren Vorgehen den Kontakt zu dem Arzt/der Ärztin herzustellen, der die Einweisung veranlasst. Hier wurde in den Interviews deutlich, dass die Zusammenarbeit mit den HausärztInnen bei der Erstellung eines Antrags für einen geplanten Klinikaufenthalt teilweise als unbefriedigend erlebt wird.

Erscheint nach der Entlassung aus der Klinik eine Nachsorge notwendig, so wird diese meistens durch den Patienten/die Patientin selber angefragt. Die telefonische Kontaktaufnahme durch KlinikärztInnen stellt bei den meisten der interviewten TherapeutInnen eine Ausnahme dar.

Der Nutzen von Selbsthilfegruppen wurde sehr unterschiedlich eingeschätzt. So wurden diese für depressiv Erkrankte sowohl als eher kontraproduktiv, als auch als sinnvoll und den Therapieerfolg unterstützend wahrgenommen. Die Vermittlung von Selbsthilfegruppen ist aber auch dadurch erschwert, dass in Bremerhaven keine Selbsthilfegruppen für depressiv Erkrankte existieren und auch für den Raum Bremen-Stadt Unsicherheit über das Vorhandensein von Selbsthilfegruppen besteht.

Insgesamt sind nach Meinung der befragten TherapeutInnen als Voraussetzung für die ambulante therapeutische Versorgung depressiv Erkrankter neben den patientenbezogenen Bedingungen (keine Suizidgefahr, Fähigkeit der Alltagsbewältigung, unterstützendes Umfeld) die gute und in Notfällen unbürokratische Zusammenarbeit mit Psychiatern/Psychiaterinnen, HausärztInnen und psychiatrischen Ambulanzen besonders wichtig.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass eine Kooperation und ein Austausch zwischen den Berufsgruppen nur wenig entwickelt sind und stark von dem individuellen Engagement der einzelnen Personen abhängen. Ein Grund hierfür wurde auch in der Tatsache gesehen, dass Bemühungen in diesem Bereich nicht finanziell honoriert werden. Aus den Interviews wurde deutlich, dass teilweise von Seiten der TherapeutInnen ein stärkerer Austausch mit ÄrztInnen sowie das persönliche Kennenlernen begrüßt würden. Positiv hervorgehoben wurde der Psychotherapeutenstammtisch in Bremerhaven, bei dem die Möglichkeit des informellen Austausches zwischen PsychologInnen und ÄrztInnen besteht.

Des Weiteren wurden von manchen der interviewten Personen ein stärkerer Austausch und eine größere Akzeptanz zwischen den einzelnen Therapierichtungen gewünscht. Jedoch gab es auch TherapeutInnen, die keine Notwendigkeit für eine vermehrte Kooperation sahen. Es wurde angemerkt, dass dies möglicherweise daran

liegt, dass viele KollegInnen nicht im Rahmen einer stationären Tätigkeit die Notwendigkeit von Kooperation und die Vorteile einer Kombination von Therapien kennen gelernt haben.

3.7 Handlungsbedarf

Aus den Interviews lässt sich entnehmen, dass die befragten TherapeutInnen Handlungsbedarf vor allem in drei Bereichen erkennen: im Bereich der Aufklärung, der Struktur der Versorgung und der intra- und interdisziplinären Kooperation. Im Folgenden werden die einzelnen Bereiche näher dargestellt.

3.7.1 Aufklärung

Da sich Depressionen häufig zunächst in somatischen Beschwerden manifestieren, sind bei vielen PatientInnen HausärztInnen, aber auch ZahnärztInnen, GynäkologInnen, HautärztInnen u.ä. die erste Anlaufstelle. Die Aufmerksamkeit von ÄrztInnen der Erkrankung Depression gegenüber hat nach Meinung der teilnehmenden TherapeutInnen zugenommen, jedoch werden immer noch zu viele PatientInnen mit einer depressiven Erkrankung nicht rechtzeitig in eine adäquate psychotherapeutische Behandlung geleitet. Eine bessere Aufklärung von ÄrztInnen zu den Erscheinungsformen und den Therapiemöglichkeiten von Depression erscheint hier wünschenswert. Ebenso wird eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit gefordert, um das Bewusstsein in der Bevölkerung über die Erkrankung zu erhöhen und Hemmschwellen abzubauen, die möglicherweise die Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen Diensten bzw. das eigene Ansprechen der Erkrankung in einer

bestehenden Arzt-Patienten-Beziehung verhindern. Bücher für die Selbsthilfe, MultiplikatorInnenarbeit, aber auch besonders das Bündnis gegen Depression werden als beispielhafte Mittel genannt, eine erhöhte Sensibilität diesem Thema gegenüber zu erreichen.

3.7.2 Struktur der Versorgung

Als dringendstes Problem in der Versorgungsstruktur erscheint die unzureichende Bereitstellung von Therapieplätzen besonders in den zentrumsfernen Stadtgebieten innerhalb Bremens und in Bremerhaven, sodass man vor allem für diese Bereiche von einer Unterversorgung der Bevölkerung ausgehen muss. Auch scheint die Akutversorgung im Raum Bremerhaven nur unzulänglich gelöst, da keine zentrale Anlaufstelle für psychisch Erkrankte vorhanden ist, die eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Verfügung stellt. Außerhalb der normalen Dienstzeiten stehen für PatientInnen neben den HausärztInnen im Notfall nur die Ambulanzen des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide und der Klinik Debstedt zur Verfügung.

Problematisch stellt sich auch die Versorgung von schwer erkrankten Patienten dar. In den Interviews wird mehr oder weniger deutlich thematisiert, dass die einzelnen TherapeutInnen das Therapieangebot für zeitaufwändige und arbeitsintensive Störungen nur in begrenztem Maße bereitstellen können. Hier wird gefordert, mehr fließende Übergänge zwischen den Versorgungseinrichtungen zu etablieren und niedrighschwellige, tagesstrukturierende Angebote (z.B. Tagesklinik, Rückzugshaus u.ä.) anzubieten. Dies könnte zum einen zur Entlastung der TherapeutInnen beitragen, zum anderen Einweisungen vermeiden helfen.

Eine passgenaue flexible Versorgung von schwer Erkrankten scheint jedoch auch durch die starren Vorgaben des Gutachterverfahrens erschwert zu sein. Von Seiten

der TherapeutInnen wird angeregt, auch kurze Kriseninterventionen im Umfang von 5-10 Stunden vergütet bekommen zu können.

In den Interviews wird auch die Einrichtung eines Case Managements vorgeschlagen. Dieses könnte vor allem bei schweren Störungen die Maßnahmen der beteiligten Berufsgruppen koordinieren und so zu einer effektiveren Versorgung der Betroffenen beitragen.

In Bezug auf die Gründung von Selbsthilfegruppen könnte es nach Meinung einiger der TherapeutInnen hilfreich sein, die Infrastruktur hierfür von einer Institution bereitzustellen und die Gruppen in der Anfangsphase von professioneller Seite zu begleiten. Hierfür müssten finanzielle Ressourcen zu Verfügung stehen.

3.7.3 Kooperation

Den Interviews ist zu entnehmen, dass zwischen den verschiedenen Therapierichtungen bisher nur wenig Austausch stattfindet. Manche der InterviewpartnerInnen wünschten sich eine verstärkte gegenseitige Akzeptanz und eine bessere Vernetzung der TherapeutInnen untereinander. Auch die Kooperation mit Kliniken ist nach Meinung einiger InterviewpartnerInnen ausbaufähig.

Um zu einer besseren Zusammenarbeit mit ÄrztInnen zu gelangen, wurden gemeinsame Fortbildungen vorgeschlagen.

Angeregt wurde eine verstärkte Kooperation mit Institutionen, die die Lebensumstände von Betroffenen strukturieren, beispielsweise das Arbeitsamt, das Sozialamt oder die Arbeitnehmerkammer (Schuldnerberatung). Auch wurde die Einbindung einer Freiwilligenagentur vorgeschlagen.

Eine Kooperations- und Vernetzungsleistung mit den verschiedenen beteiligten Akteuren sollte durch Bereitstellung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen honoriert werden.

4 Fazit

Aus der Sicht der befragten PsychotherapeutInnen hat sowohl bei ÄrztInnen als auch bei der Bevölkerung das Bewusstsein und das Wissen über die Erkrankung Depression zugenommen. Gleichzeitig deutet sich ihrer Meinung nach an, dass veränderte Lebensumstände zu einer Verschärfung der Problematik führen.

In den Interviews wurde als vorrangige Problematik bei der ambulanten Therapie von depressiv Erkrankten die Platzvergabe deutlich. Die sich mehr oder weniger klar abzeichnenden Schwierigkeiten bei der Erlangung eines Therapieplatzes stellen die Versorgungslage von depressiv Erkrankten als nicht zufriedenstellend dar, da eine längere Nicht- oder Fehlbehandlung eine beträchtliche Verschlechterung der psychische Gesundheit der Betroffenen bedeutet und zu Chronifizierung führen kann. Hier stellt sich die Frage, ob die bestehende Bedarfsplanung, die für den Raum Bremen einer Überversorgung feststellt, die tatsächliche Situation wiedergibt. Von einigen PsychotherapeutInnen wurde eine Verbesserung der zahlenmäßigen Bereitstellung von Therapieplätzen gefordert und an den Versorgungsauftrag erinnert, der an die Approbation geknüpft ist. Eine quantitative Erhebung des Therapiebedarfes und des Angebots, welches auch die Frage einschließt, ob eine Praxis tatsächlich in vollem Umfang betrieben wird, könnte hier einen vollständigen Eindruck von dem sich abzeichnenden Angebotsdefizit leisten.

Die Frage, ob eine zentrale Therapieplatzvermittlung in Bremen ein sowohl für Betroffene als auch für TherapeutInnen handhabbares Medium für die Herstellung einer therapeutischen Beziehung sein kann, wird in den Interviews unterschiedlich bewertet und sollte innerhalb der psychotherapeutisch arbeitenden Gemeinschaft diskutiert werden. Positive Beispiele aus anderen Städten und aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie sind bereits vorhanden.

Im Rahmen der Platzvergabe zeichnen sich jedoch noch weitere problematische Bereiche ab:

Vor allem für die Versorgung von „unbeliebten“ Patienten ergibt sich Handlungsbedarf. In den Interviews wird mehr oder weniger deutlich geäußert, dass komplizierte und arbeitsintensive Patienten nicht gerne in die Therapie aufgenommen werden. Dies ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass eine Häufung von schweren Fällen die Belastungsgrenze eines einzelnen Therapeuten/ einer Therapeutin überschreitet. Jedoch deutet sich an, dass der mit komplizierten Fällen verbundene Arbeitsaufwand (wiederholte Gutachten in Verbindung mit möglicherweise gering eingeschätzten Heilungschancen, komplizierte Antragsverfahren, eventuelle Honorarausfälle bei ausgefallenen Stunden) als unzureichend finanziell honoriert empfunden und daher gescheut wird.

Verschiedene Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungslage wurden in den Interviews geäußert: Eine flexiblere Handhabung in der Therapiegestaltung, z.B. die Abrechenbarkeit von Kurztherapien oder die Finanzierung von Aufenthalten in Rückzugshäusern, könnte die Dringlichkeit mancher Situationen entzerren. Aber auch eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Einrichtungen, die die therapeutische Ebene mit der Ebene der Lebensbewältigung und -strukturierung zusammenführen würde, wie z.B. das Angebot einer Integrierten

Versorgung, könnte den Therapieerfolg unterstützen. Hier wurde ein verstärktes interdisziplinäres und interprofessionelles Denken gefordert, welches die Bereitschaft zu Kooperation bei allen beteiligten Berufsgruppen voraussetzt.

5 Anhang

Interviewleitfaden

Kurzfragebogen

5.1 Interviewleitfaden

Vor der Aufzeichnung

- Nochmals Thema der Befragung nennen
- Geplanter Ablauf, voraussichtliche Dauer
- Notwendigkeit der digitalen Aufzeichnung, Einverständnis einholen

Interviewfragen

Entwicklung der Erkrankung Depression

- Nehmen Depressionen Ihrer Einschätzung nach in der Bevölkerung zu oder ab?
- Haben Sie den Eindruck, dass sich die Problematik bei den PatientInnen verändert hat?
- Hat sich die Diagnosezuweisung durch die Behandler verändert?

Zugang zur Psychotherapie

- Auf welchen Wegen kommen die Patienten zu Ihnen?
 - Wie vermuten Sie, ist das bei Ihren Kollegen?
- Wie ist das mit Wartezeiten?
 - Wie vermuten Sie, ist das bei Ihren Kollegen?

- Wie handhaben Sie die Platzvergabe?
 - Wie vermuten Sie, ist das bei Ihren Kollegen?
- Nach welchen Kriterien wählen Sie Patienten aus?

(warten Depressionspatienten länger/kürzer als andere, sind sie attraktive/unattraktive Patienten?)

 - Wie vermuten Sie, ist das bei Ihren Kollegen?
- Wie schätzen Sie das ein, kommen die Patienten eher frühzeitig oder spät in Behandlung?
- Haben Sie eine Idee, wie sich die Platzvergabe verbessern ließe?

(Halten Sie es für nützlich, wenn es eine zentrale Vermittlung von freien Therapieplätzen gäbe?)
- Wie vermuten Sie, sehen Ihre KollegInnen das?
- Gibt es aus Ihrer Sicht Bevölkerungsgruppen, die von Depressionen betroffen sind, über die üblichen Versorgungsstrukturen aber nicht erreicht werden?

(theoretisches oder Erfahrungswissen?)
- Wenn ja, welche und warum

Kooperation und Integration in der Versorgung

- Unter welchen Voraussetzungen ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von Depression möglich?
- Wann ist das nicht möglich?

- Mit welchen anderen Berufsgruppen kooperieren Sie?
(Hausarzt, -ärztin, PsychiaterIn, andere Berufsgruppen, die an Versorgung beteiligt sind...)
 - Bei welchen Anlässen?
(Pflichtdokumentation, auf Wunsch des Arztes, eigener Wunsch)
 - Wie häufig?
(bei jedem oder nur bei einzelnen Patienten, einmalig, häufiger?)
 - Wie schätzen Sie das bei Ihren KollegInnen ein?
- Besteht bei PatientInnen mit zusätzlicher Pharmakotherapie eine geregelte Kooperation mit den beteiligten Fachärzten/-innen?
 - Wie ist das bei Ihnen?
 - Wie schätzen Sie das bei Ihren KollegInnen ein?
- Besteht eine Kooperation zwischen Klinik und niedergelassenen Psychotherapeuten? *(z. B. im Falle einer akut- oder rehabilitativ-stationären Aufnahme des Erkrankten oder. bei der Entlassung)*
 - Wie sieht die Kooperation aus?
(informell oder strukturiert-geregelte Koop.?)
 - Wie ist das bei Ihnen?
 - Wie schätzen Sie das bei Ihren KollegInnen ein?
- Werden geplante Klinikaufenthalte vorbereitet/begleitet?
 - Wie ist das bei Ihnen?
 - Wie schätzen Sie das bei Ihren KollegInnen ein?
- Wie beurteilen Sie die Krisen-bzw. Notfallversorgung für depressiv Erkrankte?

- Stehen genug Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung?
- Gibt es Angebote im ambulanten Psychotherapiebereich?
- Wie beurteilen Sie die Kooperation mit anderen in Krisen- Notfallsituationen?
 - Wie schätzen Sie die Kooperationen ein?
(*gut oder verbesserungswürdig?*)
 - Was würde die Kooperation erleichtern?
- Welche Rolle spielen Selbsthilfegruppen bei der ambulanten Versorgung Depressiver?
 - Empfehlen Sie Depressionspatienten Selbsthilfe?
 - Welche Erfahrungen haben Sie damit?
 - Arbeiten Sie mit Selbsthilfegruppen zusammen?
 - Wie „halten es“ Ihre Kollegen mit Selbsthilfegruppen?

Praktischer Handlungsbedarf

- Wo sehen Sie vordringlichen Handlungsbedarf in der Versorgung depressiv Erkrankter?
- Welche Verbesserungen wünschen Sie sich für den Bereich der ambulanten Psychotherapie?
- Wie sehen Ihre KollegInnen das?

- Verfügen Sie über eine Zusatzqualifikation?
- Welche Therapierichtung vertreten Sie?
- Wie lange sind Sie bereits in einer eigenen Praxis tätig?
- Praxisstandort
- Dauer des Interviews