

# Wer die psychotherapeutische Sprechstunde nutzt und wie sie ankommt

Studie an einer Ausbildungsambulanz

Nathalie Mong, Hanna-Sophie Wendler & Michael Zaudig

**Zusammenfassung:** Ziel der vorliegenden empirischen Studie war es, zu untersuchen, wer die psychotherapeutische Sprechstunde (PS) nutzt und wie sie von Patientinnen<sup>1</sup> wahrgenommen wird. Dafür wurden von 775 Patientinnen (weiblich und männlich) der vfkv Ambulanz soziodemografische Daten, der Schweregrad psychischer Beschwerden und weitere Parameter erhoben. Zudem wurden die Ergebnisse sowie das Feedback der Patientinnen zur PS erfasst. Auf Basis der Daten nutzten vor allem jüngere, weibliche, alleinstehende, gebildete, muttersprachlich deutsche, arbeitstätige, angestellte Personen die PS. Die Betroffenen litten in den meisten Fällen mindestens ein Jahr oder länger unter ihren Beschwerden. Am häufigsten wurden affektive Störungen diagnostiziert. Eine anschließende ambulante Psychotherapie war die Hauptempfehlung der PS. Aus Sicht der Patientinnen wurde die PS als hilfreich empfunden. Abschließend werden Grenzen und Ansätze zur Weiterentwicklung der PS diskutiert.

Die ambulante Richtlinienpsychotherapie wurde im April 2017 einer umfassenden Strukturreform unterzogen. Im Fokus stand insbesondere die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde (PS) zur frühzeitigen Beratung, diagnostischen Abklärung sowie Orientierung im Gesundheitssystem. Nach Reformierung der Psychotherapie-Richtlinie zeigt sich, dass die PS als zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle von den Patientinnen gut angenommen wurde (*Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK], 2018*). Dies belegen auch die Anfragen für PS bei den Terminservicestellen (*BPtK, 2018*). Basierend auf der Rückmeldung von Psychotherapeutinnen liegen erste Daten (*BPtK, 2018*) dazu vor, welche Patientinnengruppen die PS in den ambulanten Praxen nutzen. Ziel der vorliegenden Erhebung war es, anhand von Patientinnendaten empirisch zu untersuchen, wer die PS in Anspruch nimmt und wie sie von den Patientinnen wahrgenommen wird. Basierend auf den Ergebnissen und praktischen Erfahrungen werden Grenzen und Ansätze zur Weiterentwicklung der PS diskutiert.

## Methoden

Die Erhebung fand vom 01.04.2017 bis 17.08.2018 im Rahmen der Ambulanztätigkeit des Vereins für klinische Verhaltenstherapie (vfkv), einem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut in München, statt. Es wurden vorab feste Termine für die Durchführung der PS vergeben. Der Ablauf der PS war standardisiert. Es wurde immer die aktuelle Symptomatik, die psychosoziale Situation, die relevanten Problembereiche sowie der psychische Befund erfasst. Zudem wurden die psychometrischen Testergebnisse besprochen, ggf. über die

Diagnose(n) aufgeklärt und Empfehlungen für die nächsten (psychotherapeutischen) Schritte gegeben. Alle Patientinnen erhielten vor der PS die allgemeine Patienteninformation PTV 10 und absolvierten eine PC-gestützte Testung. Inhalte der Testung waren der Fragebogen zur PS (PAS-P; Inhalte: u. a. soziodemografische Daten, Arbeitsunfähigkeit, Dauer der Beschwerden für die Symptome, welche die Patientinnen in die PS geführt hatten) und das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) (*Tritt et al., 2008*). Die Daten wurden nach der schriftlichen Einwilligung der Patientinnen in die Erhebung aufgenommen. 775 Patientinnen (weiblich und männlich) haben insgesamt an dieser Erhebung teilgenommen. Für die Dokumentation der Ergebnisse der PS im Fragebogen PAS-T konnten drei approbierte Psychotherapeutinnen und zwei Fachärzte für Psychiatrie und Psychosomatik des vfkv gewonnen werden. Jede Angabe der Patientinnen sowie der Durchführenden war freiwillig, entsprechend variieren die Fallzahlen. Die Durchführenden arbeiteten unabhängig voneinander.

Ein Jahr später (April 2018) wurde zusätzlich mit der Befragung der Patientinnen zur Durchführung der PS begonnen. Jede Patientin wurde gebeten, im Anschluss an die PS den Rückmeldebogen zur Durchführung der PS in Papierform anonym auszufüllen und in einer verschlossenen Box am Empfang abzugeben. Es liegen hier 213 Rückmeldungen vor.

<sup>1</sup> Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der hinteren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

## Ergebnisse

### Demografische Variablen

Die Patientinnen (weiblich und männlich) (N = 775) waren im Mittel 36,7 Jahre alt (SD = 13,2), die jüngste Person war 18 Jahre und die älteste 79 Jahre alt. In der Verteilung der Altershäufigkeit zeigten sich zwei Gipfel, der eine zwischen 19 und 33 Jahren (46,6 %), der andere zwischen 46 und 55 Jahren (16,1 %). Die weiteren demografischen Variablen der Stichprobe werden in Tabelle 1 dargestellt.

Variable	Ausprägung	Prozent
Geschlecht (N = 774)	Weiblich	62,3 %
	Männlich	37,7 %
Beziehungsstatus (N = 670)	Ohne Partnerschaft	40,9 %
	In Partnerschaft	30,8 %
	Verheiratet	19,8 %
	Getrennt lebend/geschieden	8,5 %
Höchster Schulabschluss (N = 663)	Abitur	42,8 %
	Mittlere Reife	26,1 %
	Hauptschulabschluss	15,5 %
	Fachhochschulreife FOS/BOS	11,6 %
	Geringeren oder gar keinen Bildungsgrad	4,0 %
Höchster Bildungsgrad (N = 643)	Abgeschlossene Ausbildung/Lehre	41,1 %
	Studium	35,9 %
	Keinen Abschluss	13,0 %
	In Ausbildung	7,5 %
	Promoviert	2,5 %
Berufstätigkeit (N = 664)	Angestellt	52,1 %
	Auszubildende/Schüler/Studierende	18,7 %
	Arbeitssuchend	14,9 %
	Selbstständig	3,5 %
	Hausfrau/Hausmann	3,0 %
	Leitend angestellt	2,9 %
	Ruhestand	1,8 %
	Erwerbsminderungsrente	1,4 %
	Sonstiges	1,7 %
Muttersprache Deutsch (N = 608)	Ja	81,1 %
	Nein	18,9 %

Tabelle 1: Demografische Variablen

### Schweregrad und Art der psychischen Beschwerden

Es wurden Indikatoren für die Schwere der psychischen Erkrankung erhoben. Dazu wurden v. a. die Dauer der Beschwerden und die Symptomausprägung im ISR gezählt. Nur 20,5 % der Patientinnen (N = 672) zeigten eine geringe Chronifizierung, d. h. eine Beschwerdedauer von unter einem Jahr. Die anderen Patientinnen zeigten eine Beschwerdedauer von mindestens einem Jahr und mehr. Die Verteilung der Dauer über die verschiedenen Kategorien wird in Tabelle 2 dargestellt.

Beschwerdedauer	Prozent
Unter 1 Jahr	20,5 %
1-3 Jahre	25,1 %
4-8 Jahre	19,0 %
9-12 Jahre	11,0 %
Über 13 Jahre	21,0 %
Weiß ich nicht	3,4 %

Tabelle 2: Dauer der psychischen Beschwerden  
Anmerkung: Die Angaben bzgl. der Beschwerdedauer beziehen sich nur auf die Symptome, welche die Patientinnen veranlasst haben, die PS aufzusuchen.

Der ISR ermöglicht eine syndromübergreifende Bewertung psychischer Symptomatik durch die Patientinnen. Im ISR (N = 751) zeigte sich bei dem ISR-Gesamtwert für psychische Beschwerden und der Skala Depression eine mittlere Ausprägung der Symptomatik. Die Skalen für Angst, Zwang, somatoforme Beschwerden und Essstörung wiesen eine geringe Ausprägung der psychischen Beschwerden auf.

Es fiel auf, dass, 60 % der Personen (N = 547) bisher noch keine ambulante Richtlinienpsychotherapie in Anspruch genommen hatten. Der gleiche Trend zeigte sich bei teil- und vollstationärer Behandlung. Hier hatten 84,7 % der Personen (N = 563) noch keinen Kontakt mit teilstationärer Psychotherapie, mit vollstationärer Psychotherapie hatten 73,1 % der Personen (N = 539) keine Erfahrung.

Auch zeigte sich, dass 71,3 % der Personen (N = 631) arbeitsfähig waren, trotz insgesamt mittelgradig ausgeprägter psychischer Beschwerden im ISR-Gesamtwert. Nur 24,2 % waren krankgeschrieben. Ein kleiner Teil der Personen (4,5 %) befand sich bereits im Ruhestand. Die Mehrzahl der Personen (N = 514) nahmen zum Zeitpunkt der PS keine Psychopharmaka ein (62,8 %).

Die rezidivierende depressive Störung wurde mit 27,1 % der Fälle (N = 435) am häufigsten als gesicherte Hauptdiagnose in der PS vergeben, gefolgt von der depressiven Episode mit 20,5 % und der Anpassungsstörung mit 13,1 %.

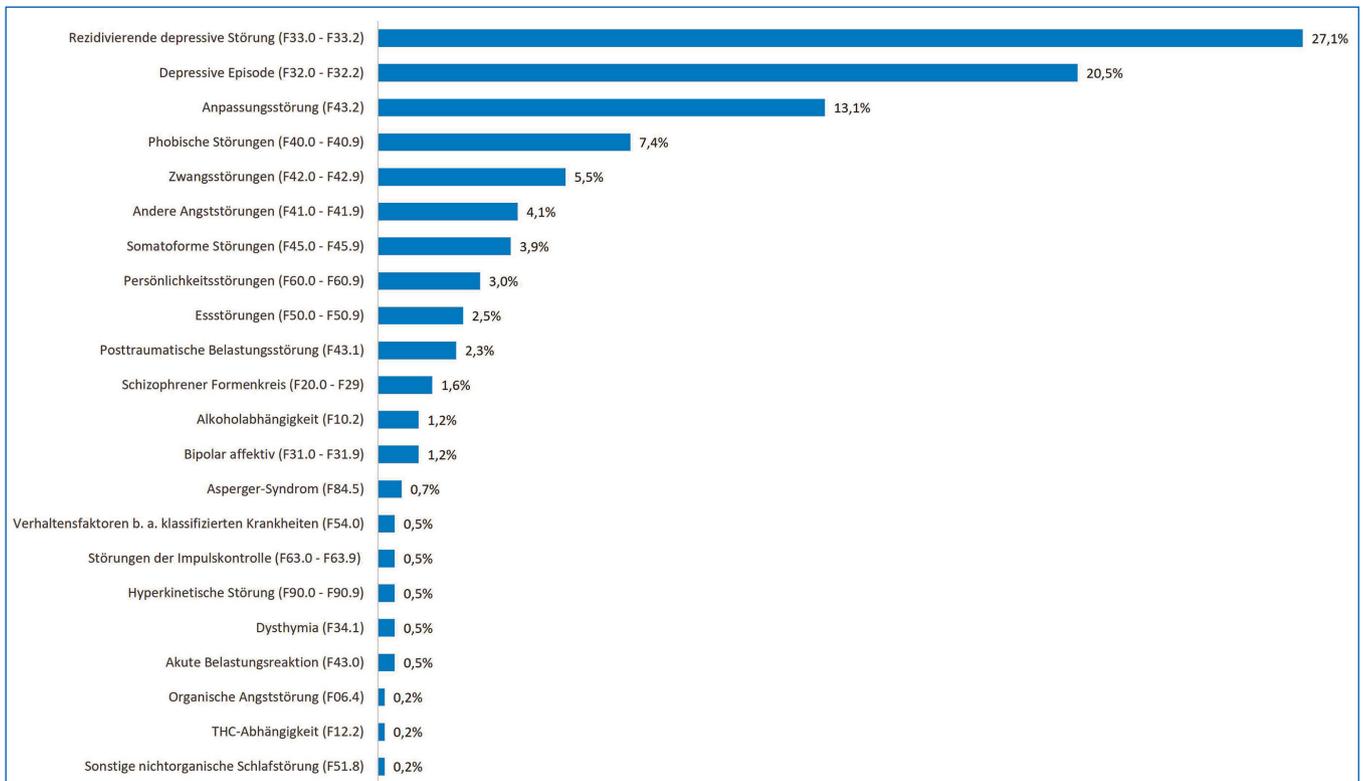


Abbildung 1: Gesicherte Hauptdiagnosen in der psychotherapeutischen Sprechstunde

Die Häufigkeit der anderen Diagnosen sind in Abbildung 1 dargestellt.

## Ergebnisse der psychotherapeutischen Sprechstunde

21,5 % der Personen (N = 554) kamen auf eigene Initiative in die PS. In 21,3 % der Fälle wurde die PS von einer niedergelassenen Psychiaterin empfohlen. Nur 9,7 % der Personen wurden durch die Hausärztinnen auf die PS aufmerksam gemacht. Auf die Kategorie „Sonstige“ entfallen Empfehlungen von z. B. einer Selbsthilfegruppe, Hebamme oder einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU). Die weiteren Empfehlungen für die PS können Abbildung 2 entnommen werden.

In 87,6 % der Fälle (N = 557) wurde als Ergebnis der PS eine anschließende ambulante Richtlinienpsychotherapie empfohlen. 59,2 % der Personen (N = 529) nahmen zum Zeitpunkt der PS eine zusätzliche ärztliche Behandlung in Anspruch. In 61,5 % der Fälle (N = 525) erachteten die Durchführenden eine ärztliche Mitbehandlung zusätzlich zur Psychotherapie, v. a. durch eine Psychiaterin oder eine Hausärztin, als sinnvoll. Diese Einschätzung erfolgte unabhängig davon, ob bereits eine ärztliche Mitbehandlung bestand.

Die PS dauerte in der Regel 50 Minuten (67,7 %). In nur 3,2 % der Fälle (N = 560) wurde die Sprechzeit mit 25 Minuten angegeben. In den restlichen Fällen (29,1 %) nahm die PS mindestens 75 Minuten oder mehr Zeit in Anspruch. Auf Basis von Ambulanzverwaltungsdaten ergibt sich aus der Differenz

der geplanten und der tatsächlich durchgeführten PS für den Untersuchungszeitraum eine durchschnittliche Ausfallquote der Termine von ca. 15 %.

## Rückmeldung der Teilnehmenden zur psychotherapeutischen Sprechstunde

Insgesamt liegen 213 Rückmeldung zur PS vor. 78 % der Patientinnen gaben auf einer fünfstufigen Skala von „Gar nicht wichtig“ bis „Äußerst wichtig“ an, dass es für sie „Sehr wichtig“ war, im Rahmen der PS eine Einschätzung bzgl. der Ausprägung ihrer Beschwerden zu erhalten. In 97,1 % der Fälle (N = 209) bejahten die Patientinnen auf einer zweistufigen Skala („Ja“ oder „Nein“), dass die PS geholfen habe, mehr Klarheit über das weitere Vorgehen hinsichtlich ihrer Beschwerden zu bekommen. Nahezu alle Patientinnen (99 % von 211 Fällen) würden Freundinnen oder Familienangehörigen (auf einer zweistufigen Skala: „Ja“ oder „Nein“) bei psychischen Beschwerden den Besuch einer PS empfehlen.

In einem offenen Antwortformat hatten die Patientinnen zusätzlich die Möglichkeit, anzugeben, was sie in der PS als angenehm empfunden haben, Mehrfachnennungen waren möglich. Hier waren die zehn häufigsten Nennungen in Bezug auf die Durchführenden bzw. die PS „Offenheit“ (N = 32), „freundliche Art“ (N = 27), „Einfühlsamkeit/Empathie“ (N = 22), „Verständnis“ (N = 19), „ruhig/besonnen sein“ (N = 18), „Zuhören“ (N = 14), „Aufklärung“ (N = 13), „strukturiertes Gespräch“ (N = 13), „Kompetenz“ (N = 12) und „Atmosphäre“ (N = 12).

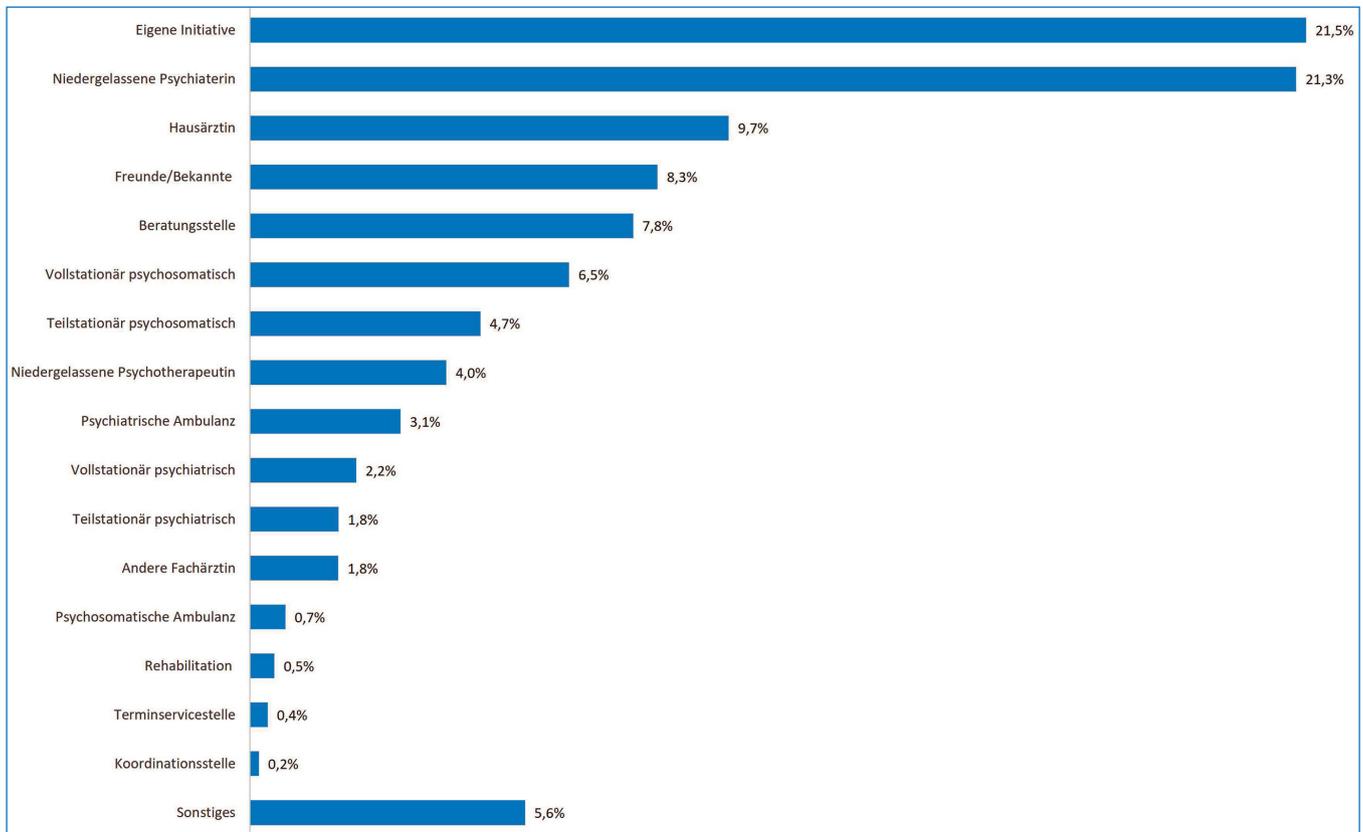


Abbildung 2: Wer hat die psychotherapeutische Sprechstunde empfohlen?

## Diskussion

### Wer nutzt die psychotherapeutische Sprechstunde?

Basierend auf den Ergebnissen wurde die PS im vfkv eher von jüngeren, weiblichen, alleinstehenden, gut gebildeten, muttersprachlich deutschen, arbeitsfähigen und angestellten Personen genutzt. Dies steht im Einklang mit der Voruntersuchung (Mong & Zaudig, 2017). Die Ergebnisse unterscheiden sich jedoch von den Befunden in der Wartezeitstudie (BptK, 2018). Hier zeigt sich eine stärkere Inanspruchnahme der PS durch sozial benachteiligte Personen. Die Unterschiede können zum einen auf die Informationsquelle für die Daten

**— Trotz des hohen Chronifizierungsgrades wird nur von einer geringen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen berichtet.**

(Patientinnen vs. Psychotherapeutinnen) sowie die Untersuchungspopulation (Großstadt in Bayern vs. Gesamtdeutschland) zurückgehen. Übereinstimmungen zur Wartezeitstudie (BptK, 2018) zeigen sich jedoch im Hinblick auf den Chronifizierungsgrad der psychischen Beschwerden. Dieser ist in

beiden Untersuchungen hoch. In der vorliegenden Untersuchung ist bemerkenswert, dass trotz des hohen Chronifizierungsgrades nur von einer geringen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen berichtet wird. Folglich leiden viele Personen bereits länger unter psychischen Beschwerden ohne Zugang zu oder Wissen von adäquaten Behandlungsmöglichkeiten zu haben. Nach wie vor scheint hier der Fokus auf nicht behandelten affektiven Störungen zu liegen.

### Wer empfiehlt die psychotherapeutische Sprechstunde?

In der vorliegenden Studie kommen die meisten Patientinnen auf eigene Initiative in die PS. Dieser Befund könnte darauf hinweisen, dass aufgrund verstärkter Aufklärungsarbeit mehr adäquate Information im Internet bzw. den Medien zu psychischen Beschwerden und psychotherapeutischen Angeboten verfügbar ist. Die größte Gruppe der ärztlichen Zuweiser stellen die niedergelassenen Psychiaterinnen dar. Vor dem Hintergrund der ärztlichen Mitbehandlungsrate sowie der besonderen Rolle von Hausärztinnen beim Screening und Einleitung diverser Behandlungsmaßnahmen, sind deren geringe Zuweisungen für die PS überraschend. Mögliche Gründe könnten fehlendes Wissen über das neue psy-

chotherapeutische Angebot sein, aber auch Schwierigkeiten beim Erkennen psychischer Erkrankungen im hausärztlichen Umfeld.

## Ergebnisse der psychotherapeutischen Sprechstunde

In den meisten Fällen der PS wurde eine anschließende ambulante Richtlinienpsychotherapie empfohlen. Dieser Befund unterstreicht die Bewertung der *BPtK (2018)*, dass die Einführung der PS zur verbesserten Patientenversorgung beiträgt. Die Einführung der PS ersetzt jedoch nicht die Überarbeitung der Bedarfsplanung durch den Gesetzgeber.

## Wie wird die psychotherapeutische Sprechstunde aus Sicht der Patientinnen wahrgenommen?

Die PS wird von den Patientinnen als hilfreiches und sinnvolles zusätzliches Versorgungsangebot wahrgenommen. Es werden aus Sicht der Patientinnen die politisch gewollten Aufgaben der Einordnung und Aufklärung von Beschwerden sowie Indikationsstellung und Information bzgl. des weiteren Vorgehens durch die PS erfüllt.

Die Rückmeldungen der Patientinnen geben erste Hinweise darauf, welche psychotherapeutischen Verhaltensweisen für die PS wichtig sein könnten. Genannt wurden hier „Basisvariablen des therapeutischen Verhaltens“ wie z. B. Offenheit, Empathie und Verständnis. Wichtig war auch Aufklärung als spezifische Intervention, Struktur und die wahrgenommene Kompetenz der Psychotherapeutin.

## Grenzen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der psychotherapeutischen Sprechstunde

Die Einführung der PS stellt eine sinnvolle Erweiterung des Leistungsspektrums von Psychotherapeutinnen dar und scheint auch aufseiten der Patientinnen angenommen zu werden. Die Bedarfsplanung durch den Gesetzgeber muss dennoch angepasst werden. Der Handlungsbedarf ergibt sich aus dem Kontrast zwischen dem Chronifizierungsgrad der psychischen Beschwerden und der geringen Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie in der Untersuchung sowie den Wartezeiten von 19,9 Wochen (*BPtK, 2018*) auf einen Richtlinientherapieplatz.

Auch die Niederschwelligkeit der PS kann noch verbessert werden. Die Wartezeit hier beträgt durchschnittlich 5,7 Wochen (*BPtK, 2018*). Dieses Ergebnis ist nachvollziehbar, da

sich das Hauptangebot der niedergelassenen Psychotherapeutinnen auf die Richtlinienpsychotherapie fokussiert. Eine Idee, die sich hierzu im Rahmen der vfkv-Sprechstundenstudie entwickelt hat, orientiert sich am hausärztlichen Modell. So könnte die PS in Kombination mit der psychotherapeutischen Akutbehandlung in inhaltlich und administrativ spezialisierten „Zentren“ durch Psychotherapeutinnen angeboten werden. Hier wäre mit den PS und Interventionen bis zu 12 Therapiestunden ein zeitnahes fachgerechtes Screening, die Einleitung erster entlastender Maßnahmen und bei Bedarf die Initiierung einer Weiterbehandlung möglich. Die Reduktion der Wartezeit könnte durch eine Erhöhung der Anzahl von PS sowie der Reduktion des administrativen Aufwands erreicht werden. In Anlehnung an das hausärztliche Modell wäre auch die Durchführung von offenen PS denkbar.

Im Gutachten zur „Bedarfsgerechten Steuerung in der Gesundheitsversorgung“ wird von den Sachverständigen für eine gezielte Steuerung der Patientin im Gesundheitssystem plädiert (*Korzilius, 2018*). Die psychotherapeutische Sprechstunde hat das Potenzial, diese wichtige „Lotsenfunktion“ für den psychischen Bereich zu übernehmen und sich als erste kurzfristige Anlaufstelle für psychische Beschwerden zu etab-

— Die Einführung der PS stellt eine sinnvolle Erweiterung des Leistungsspektrums dar und scheint aufseiten der Patientinnen angenommen zu werden. Die Bedarfsplanung durch den Gesetzgeber muss dennoch angepasst werden. —

lieren. Zudem kann sie einen wichtigen Beitrag zur Prävention von und Aufklärung über psychischen Erkrankungen leisten. Notwendige Voraussetzungen dafür sind v. a. strukturelle, aber auch finanzielle Verbesserungen. Zentral bleibt jedoch die Anpassung der Bedarfsplanung, um eine langfristige Weiterversorgung der Patientinnen durch eine ausreichende Anzahl von ambulanten Therapieplätzen zu gewährleisten.

## Limitationen

Die Erhebung fand im Rahmen der regulären Ambulanztätigkeit am vfkv, einem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut in München, statt. Die zugrundeliegende Stichprobengröße kann daher zwischen den einzelnen Auswertungen schwanken, da es möglich war, bei der Befragung einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen. Die Stichprobe sollte v. a. hinsichtlich der Patientenrückmeldungen zur PS noch vergrößert werden. Die Daten repräsentieren die Sicht von Patientinnen einer verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz und eher eine Großstadtpopulation.

## Literatur

BPtK. (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Verfügbar unter: [www.bptk.de/uploads/media/20180411\\_BPtK-Studie\\_Wartezeiten\\_2018.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf) [18.09.2018].

Korzilius, H. (2018). Plädoyer für gezielte Steuerung. Deutsches Ärzteblatt PP, 17 (7), 298-299.

Mong, N. & Zaudig, M. (2017). Psychotherapeutische Sprechstunde: Prävention, Psychoedukation und Koordination. Deutsches Ärzteblatt PP, 16 (11), 529-531.

Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W. & Loew, T. (2008). Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 54 (4), 409-418.



### **Dipl.-Psych. Nathalie Mong**

---

Korrespondenzadresse:  
vfkv Ausbildungsinstitut München  
Lindwurmstr. 117 / 4. und 5. Stock  
80337 München  
[mong@vfkv.de](mailto:mong@vfkv.de)

Frau Dipl.-Psych. Nathalie Mong ist stellvertretende Projektleiterin für die Bereiche Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung am vfkv Ausbildungsinstitut in München. Ihre Interessenschwerpunkte sind die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung, Achtsamkeit, Gruppentherapie sowie Musikermedizin.



### **Hanna-Sophie Wendler, M. A.**

---

Frau Hanna-Sophie Wendler, M. A., ist wissenschaftliche Assistenz für den Bereich psychotherapeutische Akutbehandlung am vfkv Ausbildungsinstitut in München. Ihre Interessenschwerpunkte sind psychotherapeutische Akutbehandlung, Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen sowie Kinder psychisch kranker Eltern.



### **Prof. Dr. med. Michael Zaudig**

---

Herr Prof. Dr. Zaudig ist Projektleiter für die Bereiche Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung am vfkv Ausbildungsinstitut in München. Seine Interessenschwerpunkte sind Diagnostik, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, stressbedingte Erkrankungen sowie Gruppentherapie.