

PSYCHOTHERAPEUTISCHE SPRECHSTUNDE

Prävention, Psychoedukation und Koordination

Die Studie eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituts zeigt Erfahrungen mit der Sprechstunde und erste empirische Ergebnisse: Es mangelt an klaren Indikationskriterien sowie Informationen zu spezifischen Behandlungsempfehlungen.

Nathalie Mong, Michael Zaudig

Die ambulante Psychotherapie wurde zum 1. April einer umfassenden Strukturreform unterzogen. Ziel ist es, das Versorgungsangebot flexibler zu gestalten und die Wartezeiten auf ambulante Psychotherapieplätze zu verkürzen. Die Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde als niederschwelliger Zugang zur Psychotherapie stellt dabei ein Kernelement dar. Neben der frühzeitigen diagnostischen Abklärung soll geklärt werden, ob eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung oder andere therapeutische Möglichkeiten vorliegt (1). Bisher wurde vor allem die praktische Ausgestaltung der Sprechstunde (2, 3, 4) beleuchtet. Ziel der vorliegenden Studie ist es, das Bild der Sprechstunde mithilfe erster empirischer Ergebnisse bezüglich der Patienten zu ergänzen. Basierend auf den Ergebnissen und praktischen Erfahrungen werden Grenzen und Ansätze zur Weiterentwicklung für die Sprechstunde diskutiert.

Methoden

Die Untersuchung ist eine fortlaufende Studie. Sie wird seit dem 1. April vom Verein für klinische Verhaltenstherapie (vfkv), einem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut in München, von zwei Psychologischen Psychotherapeutinnen sowie einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unabhängig voneinander als Bestellsprechstunde durchgeführt. Vor der Sprech-

stunde wird die allgemeine Patienteninformation PTV 10 ausgehändigt und eine PC-gestützte psychometrische Testung durchgeführt.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst 120 Personen. Die Patienten waren im Mittel 36,3 Jahre (SD = 13,51), die jüngste Person 18 und die älteste 73 Jahre alt. In der Verteilung der Altershäufigkeit zeigten sich zwei Gipfel, einer zwischen 20 und 30 Jahren, der andere zwischen 45 und 55 Jahren.

Zudem wurden Indikatoren für die Schwere der psychischen Erkrankung erhoben. Dazu werden die Erkrankungsdauer, das ICD-10-Symptom-Rating (ISR, 5), die Arbeitsfähigkeit, die Einnahme von Psychopharmaka und die psychotherapeutische Vorerfahrung gezählt. Die meisten Patienten in der Sprechstunde litten bereits über 13 Jahre (24,6 %) an ihren Beschwerden. 20,3 % der Personen hingegen zeigten Symptome erst seit einem Jahr oder weniger. 16,9 % der Personen litten bereits ein bis drei Jahre, 16,1 % vier bis acht Jahre und 13,6 % neun bis zwölf Jahre unter ihrer psychischen Erkrankung, 8,5 % konnten keine Angabe machen. Im ISR zeigte sich bei der Skala Depression eine mittlere Ausprägung der Symptomatik, alle anderen Skalen wiesen eine geringere Ausprägung der Beschwerden auf.

Die größte Gruppe der Personen (78 %) war zum Zeitpunkt der Sprechstunde nicht krankgeschrieben. 19,5 % waren arbeitsunfähig, 2,4 % im Ruhestand. 64,2 % der Personen nahmen keine Psycho-

pharmaka ein. Auch im Hinblick auf psychotherapeutische Vorerfahrung zeigte sich, dass der überwiegende Teil (61,7 %) noch keine ambulante Psychotherapie absolviert hatte. 33 % gaben an, bereits einmal in ambulanter Behandlung gewesen zu sein. 90,7 % hatte auch keine teilstationäre psychotherapeutische Vorerfahrung. Hinsichtlich der vollstationären Psychotherapie hatten 74,6 % der Personen bisher keinen Kontakt, 12,7 % befanden sich einmal, 6,8 % zweimal, 2,5 % dreimal, 3,3 % viermal oder mehr in vollstationärer Behandlung.

Die häufigste Diagnose ist die rezidivierende Depressive Störung mit 22,5 %, gefolgt von der Depressiven Episode mit 15,0 % und Anpassungsstörungen mit 14,2 %.

Bezüglich der Komorbidität wurde in der Sprechstunde in 54,2 % der Fälle eine Diagnose, in 33,3 % zwei Diagnosen und in 10,8 % drei Diagnosen vergeben. In 1,7 % wurde keine ICD-10-Diagnose vergeben.

Die meisten Sprechstunden (32,5 %) kamen auf Empfehlung eines ambulanten Psychiaters zustande. Am zweithäufigsten kamen die Patienten aus eigener Initiative (24,2 %).

In der Tendenz zeigte sich, dass der Facharzt eher eine ärztliche Mitbehandlung empfahl als die Psychotherapeutinnen. Aufgrund der geringen Fallzahlen konnte hier jedoch keine Signifikanztestung durchgeführt werden. In 47,1 % der Fälle wurde eine Mitbehandlung durch einen Psychiater als sinnvoll erachtet.

Die Gesamtdauer der Sprechstunde, mit Patientenkontakt und

Dokumentation, lag meist bei 50 (59,7 %) gefolgt von 75 Minuten (30,3 %). Zum jetzigen Zeitpunkt beträgt die Wartezeit auf einen Sprechstundentermin circa zwei Monate. Dabei erschienen 20,5 % (n = 31) der Personen nicht zum vereinbarten Termin.

Diskussion

Die empirischen Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Sprechstunde neben den schon länger psychisch erkrankten Personen auch vermehrt von Personen genutzt wird, die zum ersten Mal an einer psychischen Störung leiden. Dies würde dem politischen Willen hinsichtlich einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung entsprechen. Im Sinne der Niederschwelligkeit könnte gewertet werden, dass als zweitgrößte Gruppe 24,2 % der Personen auf eigene Initiative in die Sprechstunde kamen. Die Patienten wiesen insgesamt (mit Ausnahme der Depressiven Episode) eine geringe Symptombelastung und Komorbidität auf, wobei Letztere durch die Beschränkung der Sprechstunde auf maximal drei Diagnosen künstlich reduziert sein könnte.

Als Nachteil der Niederschwelligkeit zeigte sich, dass die Sprechstunde offenbar als wenig verbindlich wahrgenommen wird. Seit Einführung der Sprechstunde wird diese beim vfkv stark nachgefragt, sodass trotz eines Angebots von zwölf Sprechstunden pro Woche eine Wartezeit von circa zwei Monaten entsteht. Dies läuft der zentralen politischen Intention des zeitnahen Zugangs zur ambulanten Psychotherapie zuwider. Das Ergebnis könnte Besonderheiten eines Ausbildungsinstituts darstellen. Daher wären hier vergleichende Erhebungen hinsichtlich der Wartezeiten in niedergelassenen ambulanten Praxen aufschlussreich.

Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden, orientiert an dem Formular PTV 11 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, thesenartig Beobachtungen und Anregungen zur Sprechstunde dargestellt.

- Die konsequente Fokussierung auf die (Differenzial-)Diagnostik anstelle des Aufbaus eines

umfassenden Fall- beziehungsweise Problemverständnisses ist neu. Aus diesem Grund ist es notwendig, sich auf die Erhebung des psychischen Befunds, die Krankheitsentwicklung und krankheitsrelevante anamnestiche Daten zu beschränken, um innerhalb einer Sitzung eine fundierte Empfehlung geben zu können.

- Die Betrachtung der Beschwerden als behandlungsbedürftig oder nicht ist neu („Fall oder kein Fall“). Ist die Behandlungsbedürftigkeit beim Vorliegen einer ICD-10-Diagnose automatisch gegeben? Oder sollte auch der Grad der Einschränkungen in der Lebensführung berücksichtigt werden? Darf beim Fehlen einer Diagnose trotzdem Prävention oder eine andere Maßnahme außerhalb der GKV empfohlen werden?

- Fehlende Informationen zu lokalen Präventionsangeboten und fehlende Konkretisierungen der Behandlungsempfehlung „Präventionsmaßnahme“ (welche Form primär, sekundär, tertiär, quartär?) könnten eine Unterrepräsentation bei den Behandlungsempfehlungen begünstigen.

- Wenn eine psychotherapeutische Akutbehandlung nicht in der eigenen Praxis durchgeführt werden kann, wird diese als Behandlungsempfehlung nicht ausgesprochen. Wir führen dies auf fehlendes Wissen darüber zurück, welche niedergelassenen Kollegen dieses neue Angebot anbieten und vor allem innerhalb der geforderten 14 Tage über freie Kapazitäten verfügen. Dies könnte dazu führen, dass in Sprechstunden eher die Aufnahme einer Richtlinien-therapie anstelle einer Akutbehandlung befürwortet wird. Unklar ist, ob die Vermittlung von Plätzen für die Akutbehandlung in den Verantwortungsbereich der Terminservicestellen oder der Koordinationsstelle fällt.

- Die Behandlungsempfehlungen „stationäre Behandlung“ und „Rehabilitation“ sind nicht ausreichend differenziert, was eine Unterrepräsentation bei den Empfehlungen der Sprechstunde trotz entsprechendem Beschwerdebild begünstigen könnte. Die stationäre Behandlung sollte beispielsweise zusätzlich in die Mög-

lichkeiten teilstationäre (psychosomatische/psychiatrische) Behandlung und vollstationäre (psychosomatische/psychiatrische) Behandlung unterteilt werden. Die Empfehlung der Rehabilitation könnte eine eigene Empfehlung sein und kann noch mal in die verschiedenen Modalitäten (medizinisch, psychosomatisch, psychiatrisch, ambulante Kombinationsbehandlung, stationäre Komplexbehandlung [6]) untergliedert werden. Grundsätzlich stellt sich auch hier die Frage der Indikationskriterien für die jeweiligen Behandlungen, die aus unserer Sicht ebenfalls unzureichend spezifiziert sind.

- Fehlende Informationen über lokale Angebote bezüglich „Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung“ begünstigen eine Unterrepräsentation bei den Behandlungsempfehlungen. Daher ist der zentral organisierte Aufbau einer umfassenden, systematischen, regionalen Datenbank mit Informationen über Anlaufstellen für diesen Bereich (wie auch für die anderen Behandlungsempfehlungen der Sprechstunde) wichtig.

- Im PTV 11 wird der Eindruck erweckt, dass objektive Kriterien bezüglich der Indikation für das jeweilige Richtlinienverfahren existieren. Auch wird davon ausgegangen, dass dieses Wissen und tiefes Verständnis der anderen Richtlinienverfahren bei allen Psychotherapeuten vorhanden ist. Basierend auf unseren Erfahrungen ist das nicht der Fall, was zu einer Bevorzugung des eigenen Verfahrens führt. Am ehesten sind objektiverbare Kriterien hinsichtlich der verfahrensspezifischen Indikation in störungsspezifischen S3-Leitlinien zu finden: Zum Beispiel wird bei Zwangsstörungen als Leitlinienverfahren die kognitive Verhaltenstherapie empfohlen (7). Schon bei Depressionen (8) ist die Befundlage hinsichtlich des Verfahrens unklar. Problematisch wäre eine alleinige verfahrensspezifische Indikation auf Basis der störungsspezifischen Leitlinien, wenn dadurch psychodynamische und psychoanalytische Verfahren benachteiligt würden.

- Viele der Patienten verstehen die Erklärungen des PTV 10 hinsichtlich der verschiedenen Richtlinien-

verfahren nicht. Dies wurde anhand mehrfacher Rückfragen der Patienten zu diesem Thema in der Sprechstunde deutlich. Der PTV 10 sollte daher in seinen Formulierungen patientenfreundlicher gestaltet werden.

Die Erfahrungen im Kontakt mit den Patienten der Sprechstunde zeigen, dass sie einen bedeutenden Beitrag zu Prävention und Psychoedukation im Sinne eines mündigen Patienten sowie zur Koordination von psychotherapeutischen Behandlungen und Beratungsangeboten leisten kann. Hierfür ist es jedoch essenziell, Indikationskriterien für die Behandlungsbedürftigkeit wie auch die einzelnen Behandlungsempfehlungen zu spezifizieren. Des Weiteren ist der Aufbau einer spezifischen Datenbank mit Informationen und die Fortbildung hinsichtlich der verschiedenen Behandlungsempfehlungen des PTV 11 unerlässlich. Eine Alternative zur Fortbildung des Ein-

zelnen könnte auch eine Auslagerung der Sprechstunde in Zentren für Psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlungen sein, die auf die genannten Punkte spezialisiert sind. Die Psychotherapeutische Sprechstunde verlangt einen Blick über den Tellerrand des eigenen alltäglichen psychotherapeutischen Horizonts. Ohne die Voraussetzungen in Form von klaren Indikationskriterien und Informationen über die üblichen Kooperationspartner einer Praxis hinaus ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie ihr Ziel, eine erste Orientierung im Gesundheitssystem zu geben, verfehlen wird.

Vor diesem Hintergrund wird am vfkv an der Entwicklung einer Datenbank für Anlaufstellen bezüglich der Behandlungsempfehlungen im PTV 11 sowie einer PC-gestützten Entscheidungshilfe im Hinblick auf die verschiedenen Indikationen gearbeitet.

Limitationen

Die Untersuchung fand am vfkv, einem Ausbildungsinstitut, statt. Die verhaltenstherapeutische Ausrichtung der Durchführenden stellt einen Bias hinsichtlich der Indikation für andere psychodynamische Verfahren dar. Bei den aktuellen Daten handelt es sich um erste vorläufige Ergebnisse. Die vfkv-Sprechstundenstudie wird daher weiter fortgeführt, um die empirische Datenbasis zu vergrößern.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
PP 2017; 15 (11): 529–31

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Psych. Nathalie Mong,
Prof. Dr. med. Michael Zaudig
vfkv Ausbildungsinstitut München,
Lindwurmstr. 117, 80337 München,
mong@vfkv.de, zaudig@vfkv.de

Literatur im Internet:

www.aerzteblatt.de/pp/lit1117

ZUSATZMATERIAL PP 11/2017, ZU:

PSYCHOTHERAPEUTISCHE SPRECHSTUNDE

Prävention, Psychoedukation und Koordination

Die Studie eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituts zeigt Erfahrungen mit der Sprechstunde und erste empirische Ergebnisse: Es mangelt an klaren Indikationskriterien sowie Informationen zu spezifischen Behandlungsempfehlungen.

LITERATUR

1. Gemeinsamer Bundesausschuss: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie vom 16. Juni 2016. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4087/2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_Aenderung-2016-06-16_TrG.pdf.
2. Maaß E: Diagnostik und Empfehlungen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Psychotherapie Aktuell*, 2017; 9 (2): 21–3.
3. Sude K: Ausgestaltung der Psychotherapeutischen Sprechstunde aus Sicht der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell*, 2017; 9 (2): 24–8.
4. Bloutian M: Psychotherapie und Diagnostik in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. Möglichkeiten und Hürden der Psychotherapeutischen Sprechstunde. *Psychotherapie Aktuell*, 2017; 9 (3): 32–7.
5. Tritt K, Heymann FV, Zaudig M, Zacharias I, Söllner W, LoewT: Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2008; 54 (4), 409–18.
6. Nosper M: Krankenhausbehandlung und Psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung. *Psychotherapeutenjournal*, 2017; 3: 227–32.
7. DGPPN: S3-Leitlinie Zwangsstörungen. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_017L_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2013.pdf.
8. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression: S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. www.depression.versorgungsleitlinien.de.