



Technische
Universität
Braunschweig

Jahresbericht 2020

Psychotherapieambulanz Braunschweig



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleg*innen,

wir freuen uns, Ihnen hiermit unseren Jahresbericht für 2020 vorlegen zu können. Auch wenn die Coronapandemie eine Herausforderung für die Psychotherapieambulanz (PTA) der TU Braunschweig war und ist, so sind wir doch von einer Schließung unseres Angebotes weitestgehend verschont geblieben. Wir konnten unser Versorgungsangebot zügig an die neuen Umstände anpassen und um Videotherapien erweitern. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichentherapie konnten wir unsere Leistungsbilanz sogar steigern.

Im Jahr 2020 haben wir auch die Qualität unseres Angebotes in der PTA für Erwachsene vertiefend untersucht. So konnten wir herausfinden, dass die erste Diagnose, die in der Sprechstunde gestellt wird, in drei von vier Fällen der Diagnose entspricht, die nach der mehrere Stunden dauernden diagnostischen Phase gestellt wird. Dies deutet auf eine hohe Zuverlässigkeit der Diagnosen hin, auch wenn Therapeut*innen sie unabhängig voneinander stellen. Außerdem konnten wir für die Diagnostik in der PTA für Kinder und Jugendliche eine hohe Zufriedenheit der Patient*innen mit der Transparenz und der Informationsvermittlung in den diagnostischen Sitzungen erzielen.

Weiter haben wir in der Erwachsenenambulanz untersucht, wie hoch die Abbruchquote der Behandlungen ist. Im Vergleich zu Studien aus der Psychotherapieforschung liegt unsere Abbruchquote im unteren Bereich und ist somit erfreulicherweise als eher gering zu bewerten. Eine weitere Untersuchung ermittelte, inwieweit sich der Therapieerfolg bei Behandlungen im Projekt „Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmer*innen mit psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen (IV)“ von dem der regulären Behandlungen in unserer Ausbildungsambulanz (ABA) unterscheidet. Bei beiden Gruppen waren zu Therapieende eine signifikante Reduktion der Depressivität und eine Verbesserung von Symptombelastung und Lebenszufriedenheit zu beobachten. Bei den Projektpatient*innen zeigte sich sogar ein noch größerer Effekt in der Stimmungsverbesserung als bei den Patient*innen der ABA.

Daneben haben wir an etlichen weiteren Projekten arbeiten können und in Zusammenarbeit mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement unserer Universität ein arbeitsbezogenes Mini-Coachingangebot geschaffen.

Lassen Sie sich überraschen von den nächsten Seiten, die Ihnen die Vielfalt unserer Ambulanz und der Forschung zeigen.

Wir konnten auch neue Mitarbeiter*innen und Therapeut*innen in der PTA begrüßen. Sie alle helfen mit, unser Angebot weiter auf einem hohen Standard zu halten und interessante Forschungsfragen zu beantworten.

Wir wünschen Ihnen alles Gute, bleiben Sie guten Mutes

Dr. Anja Grocholewski

Prof. Dr. Beate Muschalla

Inhalt

Psychotherapieambulanz Braunschweig	04
Wie nehme ich Kontakt auf?	04
Vorstellung	06
Welche Störungen werden behandelt?	07
Was sind die ersten Schritte einer Behandlung?	08
Wie behandeln wir?	09
Qualitätsmanagement	10
Leistungsbilanz	10
Patient*innenverlauf	11
Prozentuale Verteilung der häufigsten Diagnosen	12
Alter und Berufstätigkeit	13
Evaluation der Therapien	14
Ergebnisse der Patient*innenbefragung	16
Psychotherapie per Videobehandlung	18
Kooperation mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)	20
Forschung	22
Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmer*innen mit psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen (IV)	22
Der Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und psychischer Belastung in einer klinischen Stichprobe von Arbeitnehmer*innen	24
Ein Vergleich von Patient*innen- und Therapie-merkmalen zwischen einem Projekt zur Interdisziplinären Versorgung von Arbeitnehmer*innen (IV) und regulären Behandlungen in der Ausbildungsambulanz (ABA)	26
Untersuchung des Einflusses von Patient*innen-, Therapeut*innen- und Verlaufsvariablen auf die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs	28
Validität der Sprechstundendiagnosen	30

Spezialambulanz für Körperdysmorphie Störung (KDS)	32
Wie nehmen Personen mit Olfaktorischer Referenzstörung ihre eigenen und fremde Körpergerüche wahr?	34
Mitarbeiter*innen	36
Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche	38
Vorstellung	39
Welche Störungen werden behandelt?	39
Leistungsbilanz	40
Braunschweiger Institut für Psychotherapieausbildung (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) – BIPsy	41
Vorstellung	41
Aktuelle Entwicklungen	41
Jugendlichen- und Kinderpsychotherapieambulanz (Hochschulambulanz)	42
Patient*innenbefragung	42
Prozentuale Häufigkeit der vergebenen Diagnosen nach diagnostischen Untersuchungen	44
Forschung	46
Evaluation der Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTS)	46
Das Team der PTA für Kinder und Jugendliche (BiPsy und JuKiPsy)	48
Veröffentlichungen	50

Psychotherapieambulanz Braunschweig

Wie nehme ich Kontakt auf?

Psychotherapieambulanz (Erwachsene) und Jugendlichen- und Kinder-Psychotherapieambulanz (JuKiPsy)

Die Räumlichkeiten der Psychotherapieambulanzen befinden sich in der Humboldtstraße 33, 38106 Braunschweig. Das Sekretariat ist telefonisch montags, mittwochs und freitags von 09.00 – 11.00 Uhr und dienstags von 15.00 – 17.00 Uhr besetzt.

Telefonische Anmeldungen nehmen wir dienstags von 10.00 – 12.00 Uhr und donnerstags von 15.00 – 17.00 Uhr unter der Telefonnummer 0531 391-38999 entgegen.

Außerhalb der Telefonzeiten steht Ihnen ein Anrufbeantworter zur Verfügung. Bitte hinterlassen Sie neben Ihrer Nachricht auch Ihre Rufnummer, wir werden uns umgehend bei Ihnen melden.

Per E-Mail können Sie uns wie folgt erreichen:

Erwachsene: psychotherapieambulanz-bs@tu-braunschweig.de
Kinder und Jugendliche: jukipsy@tu-braunschweig.de



Weiterbildender Studiengang

Psychologische Psychotherapie (WSPP)

Dieser Studiengang wendet sich an alle Diplom-Psycholog*innen bzw. Master of Science in Psychologie, die die Approbation zur*m Psychologischen Psychotherapeut*in mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie erlangen wollen.

Weiterbildendes Studienangebot Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (WSKJP)

Dieses Studienangebot wendet sich an alle Psycholog*innen, Pädagog*innen und Sozialpädagog*innen mit Diplom- bzw. Masterabschluss, die die Approbation zur*m Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie erlangen wollen.

Beide Angebote sind als 3-jährige Vollzeitausbildung konzipiert und werden gemäß den Vorschriften des Psychotherapeutengesetzes bzw. den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen durchgeführt.

Bei Interesse am WSPP bzw. WSKJP wenden Sie sich bitte an:

Weiterbildender Studiengang Psychologische Psychotherapie (WSPP)

TU Braunschweig

Humboldtstraße 33, 38106 Braunschweig

Telefon: 0531 391-2807 (Mo - Fr 08.00-13.00 Uhr)

Fax: 0531 391-8195

wspp@tu-braunschweig.de

www.tu-braunschweig.de/wspp

werkzeugmacher.pta-braunschweig.de



Weiterbildendes Studienangebot Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (WSKJP)

TU Braunschweig

Humboldtstraße 33, 38106 Braunschweig

Telefon: 0531/391-2865 (Mo, Mi, Fr: 9.00-11.00 Uhr, Di: 15.00-17.00 Uhr)

Fax: 0531/391-8195

bipsy@tu-braunschweig.de

www.tu-braunschweig.de/psychologie/abt/klinische/wskjp

Psychotherapieambulanz für Erwachsene

Vorstellung

Die Psychotherapieambulanz (PTA) für Erwachsene ist eine Einrichtung des Instituts für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik der Technischen Universität (TU) Braunschweig. Sie ist ermächtigt, an der Krankenversorgung teilzunehmen. Eine Abrechnung der Therapieleistungen wie bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen ist daher möglich. Das Therapieangebot ist für alle interessierten Personen offen. Wir können umfassende Hilfe bei verschiedensten psychischen Störungen bieten.

In der PTA wird kognitive Verhaltenstherapie angeboten. Die TU Braunschweig ist als Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapie seit 1999 staatlich anerkannt (Weiterbildender Studiengang Psychologische Psychotherapie, kurz WSPP), der eine Ausbildungsambulanz (ABA) angeschlossen ist. Die Behandlungen erfolgen in erster Linie im Rahmen der Psychotherapeut*innenweiterbildung des WSPP.

Neben der ABA erfolgen auch Behandlungen in der Hochschulambulanz für Forschung und Lehre (HSA), in der auch neue Therapieformen angeboten werden. Psychotherapie wird aus der Forschung heraus entwickelt, umgekehrt fließen die Erfahrungen aus unseren Psychotherapien wieder in neue Forschung ein. Die Behandlungen berücksichtigen auf diese Weise immer den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand.

Detaillierte Hinweise zu den Störungen und deren Behandlung finden Sie auf unserer Internetseite:
www.psychotherapieambulanz-braunschweig.de

Welche Störungen werden behandelt?

Die PTA bietet umfassende diagnostische und psychotherapeutische Hilfen bei psychischen Störungen mit Krankheitswert in allen Altersgruppen an. In erster Linie werden Patient*innen mit psychischen und psychosomatischen Störungen behandelt. Darüber hinaus richtet sich unser Angebot an Patient*innen mit chronischen körperlichen Erkrankungen, da diese häufig zu psychischen Beeinträchtigungen bei den Betroffenen führen können.

Unser Behandlungsangebot richtet sich an Betroffene mit:

- Angststörungen (z. B. Phobien, soziale Ängste, generalisierte Angst)
- Zwangsstörungen
- Depressive Störungen
- Reaktionen auf schwere Belastungen oder traumatische Erfahrungen (z. B. plötzlicher Todesfall, Vergewaltigung, Verkehrsunfall)
- Essstörungen (z. B. Bulimie, Magersucht)
- Sexuelle Funktionsstörungen (z. B. Erektionsstörungen, Vaginismus)
- Psychosomatische Erkrankungen (z. B. Tinnitus, Spannungskopfschmerz, Adipositas)
- Psychotische oder manisch-depressive Erkrankungen
- Auf das Aussehen bezogene Sorgen (körperdysmorphe Störungen)



Was sind die ersten Schritte einer Behandlung?

Falls der*die Patient*in und eine*r der leitenden Psychotherapeut*innen in einem Sprechstundengespräch zu der Meinung gelangen, dass eine Therapie bei uns indiziert ist, wird danach ein*e geeignete* Therapeut*in gesucht. In den ersten sogenannten diagnostischen Sitzungen werden eine eingehende Problemanalyse sowie eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt. Auf dieser Basis werden gemeinsam konkrete Ziele für die Behandlung erarbeitet. Großer Wert wird darauf gelegt, an vorhandene Stärken der Patient*innen anzuknüpfen und die persönlichen Anliegen zu integrieren.

Eine enge Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen soll eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung ermöglichen. Alle Patient*innen werden daher immer gebeten, eine ärztliche Untersuchung zur Abklärung körperlicher Erkrankungen im Zusammenhang mit ihren Problemen durchführen zu lassen.

Die Kosten für die diagnostischen Sitzungen werden grundsätzlich von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen. Wenn nach der Diagnostikphase eine Psychotherapie notwendig und sinnvoll erscheint und sich eine gute Arbeitsbeziehung entwickelt hat, wird anschließend ein Antrag auf Psychotherapie bei der zuständigen Krankenversicherung gestellt. Nach der Kostenzusage für eine Kurzzeit- (12 Sitzungen plus ggf. 12 weitere) oder Langzeittherapie (60 Sitzungen) kann die Behandlung beginnen.

Wie behandeln wir?

Die Behandlungen orientieren sich an der modernen Verhaltenstherapie, die gemäß Psychotherapierichtlinie zugelassen ist und die eine Vielzahl von Wirksamkeitsbelegen aufweist. In der Regel finden die Behandlungen in Einzelkontakten statt, möglich ist jedoch auch die Einbeziehung von Bezugspersonen (z. B. Familie oder Partner*in) in die Therapie. Die Therapie Termine erfolgen nach Absprache in der Regel einmal wöchentlich. In manchen Fällen sind intensivere Therapiephasen mit mehreren Terminen in einer Woche notwendig (z. B. für Expositionsverfahren bei Angststörungen).

Ein nachhaltiger Therapieprozess braucht eine*n „Werkzeugmacher*in“, die*der mit den richtigen und individuell angepassten Werkzeugen Hilfestellungen für Veränderungen geben kann. Eingeschliffene und vertraute Routinen und Einstellungen können allmählich durch Verhaltens- und Denkweisen ersetzt werden, die anfangs noch ungewohnt sind.

Wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Änderungsprozess ist die aktive Mitarbeit der Patient*innen. Außerhalb der Behandlungszeiten sollten sie bereit sein, in Form therapeutischer Aufgaben oder Übungen, ihre eigenen Verhaltens- und Denkweisen zu beobachten und zu erproben. Zudem kann eine Vor- bzw. Nachbereitung der Therapiesitzungen den Änderungsprozess intensivieren. Im Laufe der Psychotherapie sollten Patient*innen mehr und mehr zu Expert*innen für ihre eigenen Anliegen werden und die Werkzeuge, die sich als hilfreich herausgestellt haben, weiterhin eigenständig verwenden können.



Qualitätsmanagement

Leistungsbilanz

Anzahl Sitzungen	ABA	HSA	IV	Gesamt
Diagnostik und Probatorik	792	577	523	1 892
Kurzzeittherapie	579	558	1 319	2 456
Langzeittherapie	5 164	404	512	6 080
Krisenintervention	78	7	2	87
Summe	6 613	1 546	2 356	10 515

ABA = Ausbildungsambulanz
HSA = Hochschulambulanz
IV = Integrierte Versorgung
von Arbeitnehmer*innen

Das Leistungsvolumen der Psychotherapieambulanz (PTA) für Erwachsene ist in der obenstehenden Tabelle beschrieben. Im Jahr 2020 wurde eine Gesamtzahl von 10 515 Behandlungseinheiten (BE; 1 BE = 50 Minuten) erreicht. Trotz der Coronapandemie ist es uns gelungen, einen Großteil des Leistungsvolumens aus dem Vorjahr auch im Jahr 2020 zu erbringen.

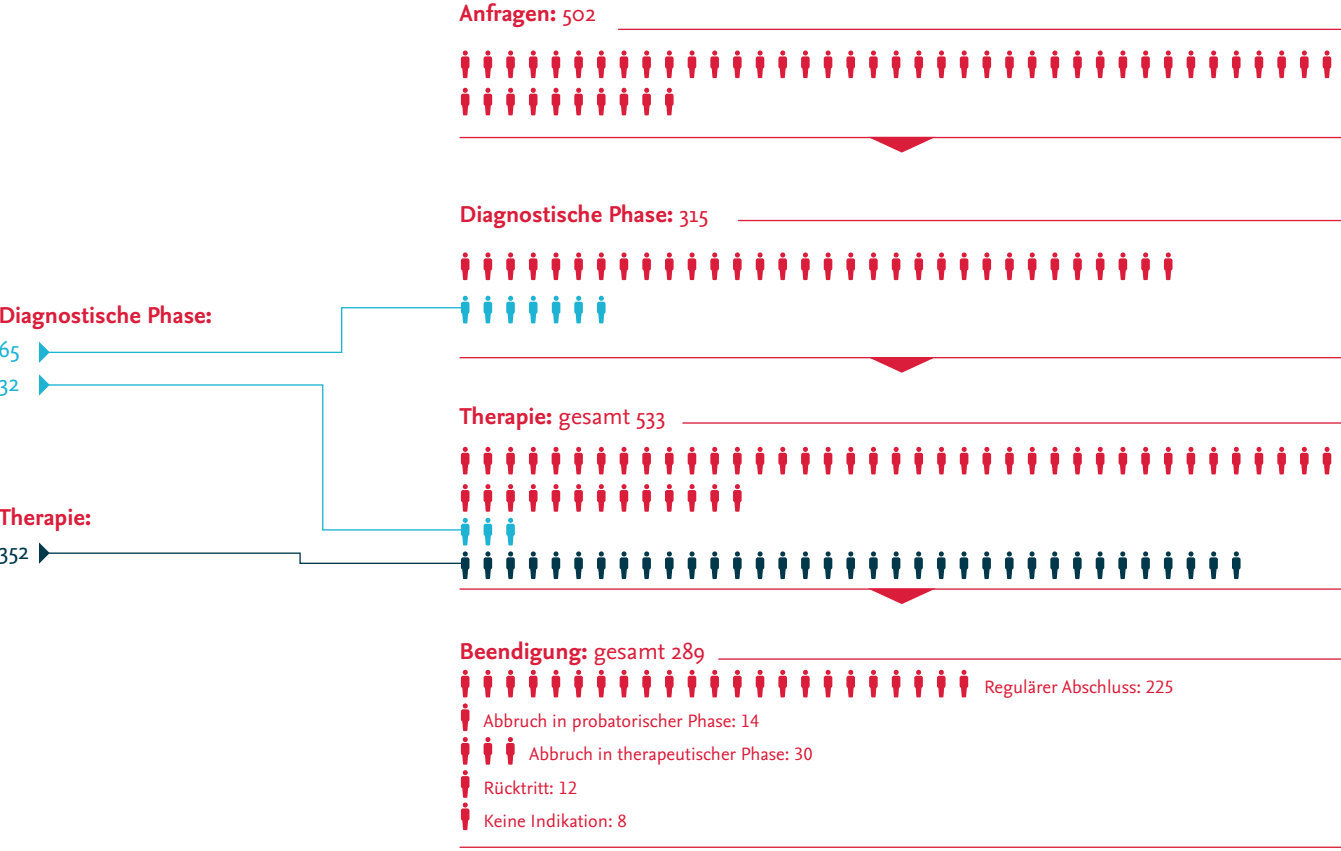
Es haben mit insgesamt 315 Patient*innen diagnostische Sitzungen stattgefunden (siehe Abbildung auf der rechten Seite). U. a. wurde auch arbeitsplatzbezogene Diagnostik durchgeführt, so dass insgesamt 1 892 BE Diagnostik und Probatorik geleistet wurden.

Im Laufe des Jahres wurden 2 456 BE Kurz- und 6 080 BE Langzeittherapie durchgeführt. Darüber hinaus wurden neben den bewilligten Leistungen 87 BE als weitere psychotherapeutische Gespräche durchgeführt.

Die Abbildung auf der rechten Seite zeigt, dass im Jahr 2020 502 Personen eine Anfrage für einen Psychotherapieplatz bei der PTA gestellt haben. Insgesamt befanden sich 533 Personen in Therapie. 352 von diesen Therapien wurden bereits in den Vorjahren begonnen. 225 Therapien wurden regulär abgeschlossen. 64 Personen beendeten die Probatorik oder Therapie aus anderen Gründen (z.B. acht Personen, bei denen keine Indikation für eine ambulante Psychotherapie bestand).

Im Jahr 2020 waren in der PTA 92 Psychotherapeut*innen in Ausbildung tätig. Zusätzlich haben sieben approbierte Psychologische Psychotherapeut*innen in Nebentätigkeit Privatpatient*innen, Beihilfeberechtigte sowie Selbstzahler*innen in der PTA behandelt.

Patient*innenverlauf Aus 2019



Prozentuale Verteilung der häufigsten Diagnosen

In der nebenstehenden Grafik werden die im Jahr 2020 nach ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) verschlüsselten Haupt- und Nebendiagnosen dargestellt.

Depressive Störungen waren mit 38 % die in der Psychotherapieambulanz (PTA) am häufigsten gestellten Diagnosen. Die sozialen und spezifischen Phobien stellen mit 11 % die zweitgrößte Gruppe dar. Des Weiteren wurden Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (8 %), Dissoziative und somatoforme Störungen (8 %), Posttraumatische Belastungsstörungen (6 %), Belastungs- und Anpassungsstörungen (6 %), Zwangsstörungen (4 %), Andere Angststörungen (4 %), Sonstige (4 %), Agoraphobie / Panikstörung (3 %), Essstörungen (3 %), Verhaltensauffällige Störungen (3 %) und psychotische, manische und bipolare Störungen (2 %) diagnostiziert und behandelt.



- 38 % Depressive Störungen
- 11 % Soziale und spezifische Phobien
- 8 % Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 8 % Dissoziative und somatoforme Störungen
- 6 % Posttraumatische Belastungsstörung
- 6 % Belastungs- und Anpassungsstörung
- 4 % Zwangsstörungen
- 4 % Andere Angststörungen
- 4 % Sonstige
- 3 % Agoraphobie / Panikstörung
- 3 % Essstörungen
- 3 % Verhaltensauffällige Störungen
- 2 % Psychotische, manische und bipolare Störungen

Alter und Berufstätigkeit



- 18-25 17 %
- 26-35 27 %
- 36-45 22 %
- 46-55 22 %
- 56-65 11 %
- > 65 1 %

In der PTA befanden sich im Jahr 2020 324 weibliche (60.8 %) und 209 männliche (39.2 %) Personen in Therapie. Die obige linke Grafik zeigt, dass Personen zwischen 26 und 35 Jahren am häufigsten behandelt wurden (27 %). Mit jeweils 22 % waren die Altersgruppen 36 bis 45 Jahre und 46 bis 55 Jahre vertreten. 17 % der Patient*innen waren zwischen 18 und 25 Jahre alt. Des Weiteren wurden Personen der Altersgruppe 56 bis 65 Jahren (11 %) und älter als 65 Jahre (1 %) behandelt.



- Angestellte*r / Beamter*in 45 %
- In Ausbildung / Umschulung 20 %
- Arbeiter*innen / Facharbeiter*innen 13 %
- Arbeitssuchende*r 12 %
- Rentner*in 3 %
- Erwerbsunfähige*r 3 %
- Selbstständige*r / Freiberufler*in 2 %
- Hausfrau*mann 2 %

Die obige rechte Grafik gibt die Berufsverteilung der in 2020 behandelten Patient*innen wieder. Fast die Hälfte aller Behandelten waren angestellte und verbeamtete Personen (45 %). Knapp ein Drittel (31 %) der Patient*innen war arbeitssuchend oder befand sich in Ausbildung bzw. Umschulung, 11 % waren Arbeiter*innen oder Facharbeiter*innen. Auch Rentner*innen (4 %), Erwerbsunfähige (3 %), Selbstständige (2 %) und im Haushalt Tätige (1 %) nahmen Leistungen der PTA in Anspruch.

Evaluation der Therapien



Die nebenstehende Tabelle zeigt als Vorher-Nachher-Vergleich die wichtigsten Ergebnisse zu Beginn der Therapie (*prä*) und zum Ende der Therapie (*post*) der in der Psychotherapie (PTA) abgeschlossenen Behandlungen (*N*) im Jahr 2020 für die Ergebnismaße der Depressivität (*BDI-II*), der Lebenszufriedenheit (*FLZ*) und der allgemeinen Symptombelastung (*SCL-90-R*). Ebenfalls aufgeführt sind die Ergebnisse der verschiedenen Fragebögen zum Follow-Up Zeitpunkt von einem Jahr (*FU-1*).

Die Effektstärke (*ES*) bezeichnet ein (standardisiertes) statistisches Maß, das die Größe eines Effektes angibt. In der Psychotherapie spiegeln Werte ab 0,2 einen schwachen Effekt wider, ab 0,5 spricht man von einem mittleren Effekt und Effektstärken größer als 0,8 weisen auf eine gute Wirksamkeit hin. Zum Vergleich (somatische Therapien): Die Empfehlung, zur Prävention von Herzinfarkten täglich Aspirin zu nehmen, beruht auf einer Effektstärke von 0,07. Eine Bypassoperation auf die Beschwerden einer Angina Pectoris (Sauerstoffmangel im Blut) hingegen erzielt eine Effektstärke von 0,8 (Grawe et. al., 1994; Howard & Orlinski, 1994; Lutz, 2003).

		Beginn der Therapie		Therapieende 2020		
Instrument	N	prä M	prä SD	post M	post SD	ES
BDI-II	197	25.04	11.75	14.48	12.03	0.88
FLZ	167	205.77	40.90	230.23	48.46	0.71
SCL-90-R	201	1.20	0.66	0.74	0.67	0.84
		Therapieende 2019		1 Jahr nach Therapieende		
Instrument	N	prä M	prä SD	FU-1 M	FU-1 SD	ES
BDI-II	130	24.01	10.67	12.9	10.79	0.93
FLZ	112	207.29	35.49	234.98	40.98	0.76
SCL-90-R	141	1.15	0.61	0.66	0.60	0.79

N = Abgeschlossene Behandlungen
M = Mittelwert
SD = Standardabweichung
ES = Effektstärke

Bei den in der PTA behandelten Patient*innen konnte zum Ende der Therapie die Ausprägung der Depressivität (*ES* = 0.88) und der allgemeinen Symptombelastung (*ES* = 0.84) beträchtlich reduziert werden. Gleichzeitig stieg die Lebenszufriedenheit an (*ES* = 0.71).

Von 247 im Jahr 2019 in der PTA abgeschlossenen Behandlungen konnten im Jahr 2020 141 Ein-Jahres Follow-Up Messungen erhoben werden (57 %).

Auch ein Jahr nach Therapieende blieb die Ausprägung der Depressivität (*ES* = 0.93) und der allgemeinen Symptombelastung (*ES* = 0.79) erheblich reduziert. Gleichzeitig stieg auch hier die Lebenszufriedenheit an (*ES* = 0.76).

Diese Effektstärken zeigen, dass die psychotherapeutische Arbeit in der PTA eine mittlere bis gute Wirksamkeit aufweist und auch anhaltend stabile Erfolge nachweisen kann.

Ergebnisse der Patient*innenbefragung



Im Rahmen des Qualitätsmanagements führten wir im September 2020 unsere jährlich stattfindende Patient*innenbefragung durch. Dabei wurden in einem Zeitraum von zwei Wochen 164 Patient*innen unter Einhaltung der Hygiene-Maßnahmen anonym nach ihrer Zufriedenheit mit der Psychotherapieambulanz (PTA) befragt. Wir freuen uns, dass 96,3 % der Befragten mit den Leistungen der PTA insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden waren.

Den ersten Kontakt in der Sprechstunde bewerteten etwas über 93 % (50,3 % + 43,0 %) aller befragten Patient*innen mit gut bis sehr gut. Von über 94 % (47,9 % + 46,6 %) aller Befragten erhielten die psychotherapeutischen Leistungen unserer Therapeut*innen im Rahmen der Behandlungen die Noten „gut“ und „sehr gut“. Fast 90 % (33,8 % + 53,7 %) beurteilten die Betreuung durch unsere Mitarbeiter*innen während der psychologischen Testdiagnostik und fast 80 % (25,0 % + 53,8 %) den Service durch die Mitarbeiter*innen im Sekretariat als „gut“ bis „sehr gut“. Unsere Therapieräume empfanden fast drei Viertel (22,5 % + 50,6 %) als „gut“ oder besser.

	Therapeutische Leistung	Erstkontakt	Diagnostik	Service des Sekretariats	Räumlichkeiten	Leistungen insgesamt
Mittelwert (SD)	1.59 (0.64)	1.63 (1.08)	1.80 (0.70)	2.06 (0.88)	2.08 (0.78)	1.64 (0.59)
Schulnoten (%)						
sehr gut	47.9	50.3	33.8	25.0	22.5	39.3
gut	46.6	43.0	53.7	53.8	50.6	57.0
befriedigend	4.3	6.1	11.8	12.8	23.2	3.1
ausreichend	1.2	0.6	-	7.1	3.7	0.6
mangelhaft	-	-	0.7	1.3	-	-

SD = Standardabweichung

Von der Qualität des Therapieangebotes sind 92 % der Patient*innen so überzeugt, dass sie die psychotherapeutische Behandlung in der PTA uneingeschränkt weiterempfehlen würden.

Den schriftlichen Anmerkungen zufolge hat den Befragten die Freundlichkeit der Mitarbeiter*innen und die qualitativ hochwertige Betreuung durch die Therapeut*innen besonders gut gefallen. Viele Patient*innen wünschten sich eine kürzere Wartezeit auf einen Therapieplatz. Eine noch bessere Erreichbarkeit und ansprechendere Behandlungsräume wurden als Optimierungsvorschläge genannt.

Psychotherapie per Videobehandlung

Unter dem Einfluss der Coronapandemie zeichnete sich schlagartig Mitte März 2020 ab, dass persönliche Patient*innenbehandlungen dringend um die Möglichkeit von Videobehandlungen ergänzt werden mussten.

Der Gesetzgeber hatte den Psychotherapeut*innen diese Möglichkeit bereits ab April 2019 eingeräumt, bisher gab es den Bedarf in der Psychotherapieambulanz (PTA) aber nicht.



Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen schreibt vor, dass die Ausübung psychotherapeutischer Behandlungstätigkeit grundsätzlich an die Niederlassung in der Praxis gebunden ist. Somit dürfen Videobehandlungen nur in den Räumen der PTA durchgeführt werden. Um die Vertraulichkeit und die Intimität von Psychotherapie zu schützen, darf eine Videobehandlung zudem nur über eine sichere Datenverbindung durch einen zertifizierten Videodienstanbieter durchgeführt werden (siehe dazu § 5 Anlage 31b Bundesmantelvertrag-Ärzte). Während der Coronapandemie wird es Psychotherapeut*innen gestattet, die Behandlung vollständig per Videobehandlung durchzuführen (vorher waren es nur 20 % der Behandlungen).

Schon ab dem 01. April 2020 gelang es in der PTA, Videobehandlungen anzubieten. In den Therapieräumen wurden den Therapeut*innen dazu eigens angeschaffte Tablet-PCs zur Verfügung gestellt. Für Patient*innen, die sich auf eine solche Behandlungsform eingelassen haben, entstand daher trotz Pandemiemaßnahmen keine Behandlungspause. Die Versorgung der Patient*innen konnte so über einen längeren Zeitraum, bis auch wieder Präsenzkontakte möglich waren, in der PTA sichergestellt werden.



Kooperation mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM): Bewältigung der Coronapandemie bei Studierenden und Arbeitsbezogene Coachings für TU Mitarbeiter*innen

Die gute Zusammenarbeit mit dem BGM der TU Braunschweig wurde im Jahr 2020 fortgeführt.

Psychotherapeutische Versorgung von TU Mitarbeiter*innen in der Psychotherapieambulanz (PTA)

Wie schon in den vergangenen Jahren bestand auch im Jahr 2020 für die Mitarbeiter*innen der TU Braunschweig die Möglichkeit, zur diagnostischen Abklärung und ggf. auch psychotherapeutischen Behandlung mit verkürzter Wartezeit in der PTA vorstellig zu werden. Dadurch können psychisch belastete TU Mitarbeiter*innen über die PTA in der Regel zeitnahe versorgt werden, als dies in der kassenärztlichen Versorgung möglich wäre.

Wahrnehmung und Bewältigung der Coronapandemie unter Studierenden der TU Braunschweig

Im Mai 2020 hat die Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik der TU Braunschweig in einer Umfrage untersucht, wie Studierende der TU Braunschweig die

Coronapandemie wahrnehmen und bewältigen. Die Ergebnisse zeigten, dass über die Hälfte der 811 teilnehmenden Studierenden den Kontakt zu den Lehrenden vermisste. Ein Viertel der Studierenden gab an, mindestens „teilweise“ finanzielle Existenzsorgen zu haben. Ein Drittel der Studierenden meinte, seit der Coronapandemie mehr Sport zu treiben, während 40 % der Studierenden ihre körperliche Verfassung als „schlechter als zuvor“ beschrieben. Gute zwei Drittel der Studierenden fühlten sich zumindest „teilweise“ durch die Coronapandemie im Wohlbefinden irritiert. Frauen erschienen etwas ängstlicher und stimmungsmäßig irritierter als Männer. In allen anderen Belangen jedoch, das heißt Wahrnehmung des Krisenmanagements, Lebensplanung, finanzielle Situation, Kommunikation, körperliche Verfassung und Bewegung gab es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Diese Ergebnisse waren ähnlich denen anderer Untersuchungen an Universitäten und in der Allgemeinbevölkerung. Bestehende aktivitätsorientierte, strukturgebende und gesundheitsfördernde Angebote des BGM sollten für Studierende bestehen bleiben. Flächendeckende Screenings auf psychische Belastung bei allen Studierenden oder TU Mitarbeiter*innen, etwa mit der Idee eines prophylaktischen Monitorings der psychischen Gesundheit, sind jedoch – auch im Sinne der Vermeidung von sogenannten „Sensitization-Effekten“ – nicht angezeigt.

Angebot „Arbeitsbezogenes Mini-Coaching“

Im Rahmen des EU-Projektes H-WORK wurde im Jahr 2020 in der Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik der TU Braunschweig ein Mini-Coaching zu arbeitsbezogenen Fragestellungen entwickelt, welches nun TU Mitarbeiter*innen angeboten werden kann. Im Rahmen des Coachings wird gemeinsam mit der*dem Coach verhaltensorientiert erarbeitet, was selbst aktiv getan werden kann, um eine ausgewählte arbeitsbezogene Problemstellung zu lösen.

Das Coaching umfasst die Teilnahme an einem Diagnostiktermin sowie zwei darauf aufbauende Coaching-Termine (insgesamt drei Zusammenkünfte). Alle Treffen finden im Einzelkontakt (in Präsenz oder online) statt.

Coaching-Themen können beispielsweise sein:

- Umgang mit Arbeitsmenge
- Umgang mit neuen Situationen auf der Arbeit
- Umgang mit strukturellen oder personellen Veränderungen
- Umgang mit uneindeutigen und ungewissen Situationen auf der Arbeit
- Zurechtkommen mit Kolleg*innen oder Vorgesetzten
- u. v. a.



Teilnahmevoraussetzungen:

- Mitarbeiter*in der TU Braunschweig, bei freien Kapazitäten auch externe interessierte Berufstätige
- Alter 18-67 Jahre, erwerbsfähig
- Bereitschaft, über ein arbeitsbezogenes Anliegen zu sprechen und im Coachingverlauf kleine Übungen oder Aufgaben zu bearbeiten

Durchführung:

Das diagnostische Gespräch und die Coaching-Termine finden nach individueller Terminabstimmung im Einzelkontakt statt. Sie werden von Master-Psycholog*innen mit entsprechender Ausbildung und Coachingerfahrung durchgeführt. Die Diagnostik und Coachings werden jeweils supervisorisch begleitet von Frau Prof. Dr. Beate Muschalla, Professorin für Psychotherapie und Diagnostik und Psychologische Verhaltenstherapeutin mit langjähriger Berufserfahrung im Bereich arbeitsbezogener Belastungsbewältigung.

Anmeldung und Aufnahme:

Die Anmeldung kann direkt über Frau Prof. Dr. Beate Muschalla oder M. Sc. Lilly Werk mit Angabe von Name und Kontaktdaten (Telefon und/oder E-Mail) sowie ggf. einem Stichwort zum Beratungsthema/ Anlass erfolgen.

Prof. Dr. Beate Muschalla: b.muschalla@tu-braunschweig.de
M. Sc. Lilly Werk: l.werk@tu-braunschweig.de

Forschung

Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmer*innen mit psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen

Die Anzahl der Krankheitstage von Arbeitnehmer*innen aufgrund psychischer Erkrankungen hat in Deutschland seit 2008 um insgesamt 67,5 % zugenommen. Im Jahr 2020 konnten 11,3 % der gesamten Fehlzeiten auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden, damit waren sie laut Fehlzeitenreport 2020 die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Gleichzeitig müssen viele Patient*innen eine lange Wartezeit für einen Therapieplatz in Kauf nehmen, welche in Niedersachsen laut einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer 2018 durchschnittlich ca. 23 Wochen betrug. Diese Diskrepanz begünstigt oftmals u. a. eine Zunahme und Chronifizierung der psychischen Symptomatik und führt folglich zu längeren Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Um dies zu vermeiden, wurde 2008 zwischen der BKK Salzgitter, der TUI BKK, der BKK Public, der Salzgitter AG und der Psychotherapieambulanz (PTA) das Kooperationsprojekt zur Interdisziplinären Versorgung von Arbeitnehmer*innen mit psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen (IV) initiiert. Dadurch haben erwerbstätige Versicherte der genannten Krankenkassen die Möglichkeit, zeitnah an einer Diagnostischen Beratung (DB) der PTA teilzunehmen. Die Zeit zwischen der Anmeldung zur DB und dem ersten Termin betrug 2020 durchschnittlich 17 Tage (Standardabweichung $[SD] = 8,5$ Tage).

Die DB beinhaltet zwei Termine. Beim ersten Termin erfolgt ein ausführliches Erstgespräch inkl. des Einsatzes verschiedener testpsychologischer Instrumente. Beim zweiten Termin werden die Ergebnisse der Psychodiagnostik und ggf. die Indikation für eine Therapie gemeinsam besprochen und erste psychoedukative Maßnahmen (z. B. Skizzierung des Therapieangebots) durchgeführt. Außerdem werden dem*der Versicherten zusätzlich Informationen über mögliche Hilfsangebote vermittelt. Falls in der DB eine Indikation für eine Psychotherapie festgestellt wurde, hat der*die Versicherte die Möglichkeit, innerhalb von 15 Werktagen eine ambulante Psychotherapie in der PTA zu beginnen – also rund 20 Wochen schneller, als die übliche Wartezeit in Niedersachsen beträgt.

Im Jahr 2020 wurden insgesamt 82 Versicherte für eine DB angemeldet. Hierbei ist im Vergleich zur Anzahl der Anmeldungen in den Vorjahren 2012 bis 2019 (Mittelwert (M) = 110, $SD = 6,61$) ein leichter Rückgang zu beobachten, der möglicherweise auch auf Empfehlungen zur Kontaktbeschränkung im Rahmen der Coronapandemie zurückzuführen ist. Von den im Jahr 2020 erfolgten Anmeldungen nahmen 77 Versicherte (93,9 %) das Angebot zur DB wahr. Dabei wurde bei 73 Versicherten (94,8 %) eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie festgestellt.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie im Rahmen des Projektes kann die Effektstärke (Cohens d) anhand von drei Selbstbeurteilungs-Instrumenten ermittelt werden, welche von den Patient*innen jeweils mindestens bei Therapiebeginn (prä), bei Therapieende (post) sowie ein Jahr nach Therapieende (FU-1) ausgefüllt werden. In die Analyse wurden alle seit 2008 abgeschlossenen Behandlungen einbezogen, sofern die erforderlichen Fragebögen jeweils vollständig bearbeitet wurden. Zur Erklärung des Effektstärkemaßes (ES) siehe Seite 14. Dabei zeigt sich, dass sich die Behandlung mit einem großen Effekt günstig auf die Depressivität (BDI $d = 0,93$; BDI-II $d = 1,11$) und die allgemeine Symptombelastung (SCL-90-R $d = 0,86$) der Patient*innen auswirkt. Zudem ergab sich ein mittlerer positiver Effekt auf die Lebenszufriedenheit (FLZ $d = 0,71$). Die erreichten Erfolge konnten auch ein Jahr nach Abschluss der Behandlung aufrechterhalten werden. Diese Ergebnisse weisen somit insgesamt auf eine hohe und langfristige Wirksamkeit unserer Behandlungen im Rahmen des Projektes hin.

		Therapiebeginn		Therapieende		
Instrument	N	prä M	prä SD	post M	post SD	d
BDI	202	20.83	9.54	11.20	8.56	0.93
BDI-II	193	25.56	9.99	12.39	9.95	1.11
FLZ	368	217.69	39.90	246.45	45.25	0.71
SCL-90-R	422	1.14	0.59	0.60	0.56	0.86
		Therapiebeginn		1 Jahr nach Therapieende		
Instrument	N	prä M	prä SD	FU-1 M	FU-1 SD	d
BDI	120	20.10	10.19	10.48	8.45	1.03
BDI-II	68	24.81	10.58	14.50	11.76	0.81
FLZ	160	218.43	40.23	246.38	43.19	0.75
SCL-90-R	198	1.14	0.59	0.62	0.59	0.88

N = einbezogene Fälle
M = Mittelwert
SD = Standardabweichung
d = Effektstärke (Cohens d)

Der Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und psychischer Belastung in einer klinischen Stichprobe von Arbeitnehmer*innen

Hohe Belastungen und geringe wahrgenommene Belohnung der eigenen Verausgabung am Arbeitsplatz können zu Stress und psychischer Belastung führen. Umgekehrt ist auch denkbar, dass psychisch erkrankte Patient*innen weniger belastbar sind und Arbeitssituationen negativer interpretieren als Menschen ohne klinisch bedeutsame psychische Belastung.

Die Wechselwirkung zwischen Arbeitsstress und psychischer Belastung bei psychisch erkrankten Patient*innen wurde im Rahmen einer Studie in der Psychotherapieambulanz (PTA) näher untersucht. Die verwendeten Daten stammten von 243 Patient*innen, die zwischen 2016 und 2019 im Rahmen des Kooperationsprojektes zur Interdisziplinären Versorgung von Arbeitnehmer*innen (IV) zwischen der BKK Salzgitter, der TUI BKK, der BKK Public, der Salzgitter AG und der PTA versorgt wurden (siehe Seite 22/23).

Im Rahmen einer Diagnostischen Beratung, die zur Abklärung des Therapiebedarfs durchgeführt wird, wurden das Verhältnis von Verausgabung und Belohnung am Arbeitsplatz (Effort-Reward-Imbalance, *ERI*), die Neigung zu übersteigter Verausgabung (Overcommitment, *OC*), Depressivität (*BDI-II*), Lebenszufriedenheit (*FLZ*) und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (*AU*) innerhalb der vergangenen 12 Monate anhand von Fragebögen

erfragt. Die Zusammenhänge zwischen *ERI*, *OC*, Depressivität, Lebenszufriedenheit und Arbeitsunfähigkeit wurden anschließend statistisch analysiert.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung, ebenso wie eine Neigung zu übersteigter Verausgabung am Arbeitsplatz signifikant mit stärkerer Depressivität und geringerer Lebenszufriedenheit zusammenhängen. Hierbei ist anzumerken, dass die vorliegende Untersuchung lediglich ungerichtete Zusammenhänge aufzeigen kann. Um besser einschätzen zu können, inwiefern wahrgenommener Arbeitsstress Ursache oder Folge psychischer Belastung ist, sollten entsprechende Längsschnittstudien durchgeführt werden.

Entgegen der Erwartungen wurden in der untersuchten Stichprobe keine Zusammenhänge zwischen *ERI*, *OC*, Depressivität und Lebenszufriedenheit mit der *AU* in den vergangenen 12 Monaten gefunden. Hierbei bleibt jedoch unklar, ob dies auf die möglicherweise zu ungenaue Erfassung der *AU* im Selbstbericht zurückzuführen sein könnte oder ob zusätzlich zu den untersuchten Konstrukten weitere wichtige Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit hätten berücksichtigt werden müssen (z. B. partnerschaftlicher Stress oder körperliche Gesundheit).

Alles in allem scheint wahrgenommener Arbeitsstress signifikant mit psychischen Belastungen zusammenzuhängen. Daher sollte die Arbeitssituation in der psychotherapeutischen Praxis unbedingt berücksichtigt werden. Es können sowohl die Verbesserung der persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen zum Umgang mit belastenden Situationen, als auch konkrete Anpassungen der Arbeitssituation im Fokus stehen. In Organisationen sollten Arbeitgebende für ihre Mitarbeitenden möglichst passgenaue Arbeitsbedingungen im Sinne eines ausgewogenen Verhältnisses von Verausgabung und Belohnung anstreben.

Die untenstehende Tabelle zeigt die Korrelation nach Pearson (*r*) zwischen *ERI*, *OC* mit Lebenszufriedenheit und Depressivität.

	Depressivität (<i>BDI-II</i>)	Lebenszufriedenheit (<i>FLZ</i>)
<i>ERI</i>	$r = .35^{**}$	$r = -.27^{**}$
<i>OC</i>	$r = .31^{**}$	$r = -.14^*$

r = Korrelationskoeffizient ($r \leq 0.3$: kleiner Effekt, $0.3 < r \leq 0.5$: mittlerer Effekt, $r > 0.5$: großer Effekt)

Anmerkungen: *statistisch signifikant $p < .05$; **statistisch signifikant $p < .01$;

Literatur: Blosser, E. (2020). Zusammenhänge von Arbeitsstress, psychischen Störungen und Arbeitsunfähigkeit – eine Untersuchung des Modells beruflicher Gratifikationskrisen anhand einer klinischen Stichprobe. Technische Universität Braunschweig: Unveröffentlichte Masterarbeit.



Ein Vergleich von Patient*innen- und Therapiemerkmale zwischen einem Projekt zur Interdisziplinären Versorgung von Arbeitnehmer*innen (IV) und regulären Behandlungen in der Ausbildungsambulanz (ABA)

Obwohl psychische Störungen in allen Schichten der Gesellschaft weit verbreitet sind, wird psychotherapeutische Versorgung nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich häufig angenommen. So zeigen Studien aus der Versorgungsforschung, dass sich z. B. Männer, Arbeiter*innen oder ältere Menschen seltener in psychotherapeutische Behandlung begeben als Frauen, Akademiker*innen und jüngere Menschen. Zudem werden psychische Erkrankungen oft nicht oder erst spät erkannt und behandelt, u. a. auch aufgrund langer Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Durch das Kooperationsprojekt zur Interdisziplinären Versorgung von Arbeitnehmer*innen zwischen der BKK Salzgitter, der TUI BKK, der BKK Public, der Salzgitter AG und der Psychotherapieambulanz (PTA) sollen psychische Störungen bei Arbeitnehmer*innen (IV) durch eine Diagnostische Beratung frühzeitig erkannt und ihnen zeitnah eine angemessene Versorgung angeboten werden (siehe Seite 22/23).

Im Rahmen einer Studie wurde untersucht, inwieweit sich Patient*innen aus dem IV-Projekt von Patient*innen der regulären ABA der PTA unterscheiden. Zudem wurde der Therapieerfolg von IV- und ABA-Patient*innen verglichen. Dafür wurden Daten von 88 IV- und 158 ABA-Patient*innen verwendet, die zwischen 2016 und 2019 in der PTA behandelt wurden und für die die notwendigen Daten zur Beantwortung der Forschungsfragestellungen vorlagen. Als Indikatoren für den Therapieerfolg wurden Veränderungen in den Fragebögen zu Therapiebeginn und zu Therapieende hinsichtlich der Depressivität (*BDI-II*), Symptombelastung (*SCL-90-R*) und Lebenszufriedenheit (*FLZ*) analysiert.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass IV-Patient*innen im Vergleich zu den ABA-Patient*innen statistisch signifikant häufiger männlich und im Schnitt etwas älter waren. Auch fanden sich in der IV mehr Patient*innen mit Haupt- und Realabschluss und mehr (Fach-)Arbeiter*innen. Im Hinblick auf die psychische Symptomatik wiesen IV-Patient*innen eine geringere Anzahl komorbider (also zeitgleich vorliegender) Diagnosen und eine etwas höhere Lebenszufriedenheit zu Therapiebeginn auf. Die Art der diagnostizierten Störungen unterschied sich in beiden Untersuchungsgruppen jedoch nicht signifikant. Auch die psychische Belastung zu Therapiebeginn war in beiden Gruppen vergleichbar. Die Analyse verschiedener Therapiemerkmale ergab, dass die Wartezeit zwischen Anmeldung und Behandlungsbeginn bei IV-Patient*innen deutlich kürzer und die durchschnittliche Anzahl der Behandlungseinheiten geringer war, als bei ABA-Patient*innen. Therapieabbrüche traten in beiden Gruppen mit vergleichbarer Häufigkeit auf.

Sowohl bei den IV-, als auch bei den ABA-Patient*innen waren zu Therapieende eine signifikante Reduktion von Depressivität und Symptombelastung sowie eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit zu beobachten. Somit waren die Therapien überwiegend erfolgreich. Hinsichtlich der allgemeinen Symptombelastung und der Lebenszufriedenheit wiesen beide Untersuchungsgruppen ähnlich große Therapieerfolge auf. Im Hinblick auf die Depressivität zeigten sich bei den IV-Patient*innen sogar noch größere Effekte als bei den ABA-Patient*innen.

Was die Vorhersage des Therapieerfolgs durch spezifische Patient*innen- oder Therapiemerkmale betrifft, so konnte in der Studie das Vorliegen mindestens einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung als signifikanter Prädiktor für einen geringeren Therapieerfolg ermittelt werden.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass in der PTA durchgeführte Psychotherapien unabhängig von den untersuchten Patient*innen- und Therapiemerkmale erfolgreich sind.

Das IV-Projekt kann dabei Patient*innen den Zugang zur Psychotherapie erleichtern, welche bisher in der Versorgung oft wenig repräsentiert waren und stellt somit eine sinnvolle Ergänzung zu den regulären Zugangswegen zur Psychotherapie dar. Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass der Zeitraum zwischen Anmeldung und Behandlungsbeginn im IV-Projekt entsprechend der Projektziele deutlich kürzer war als die durchschnittliche Wartezeit von ca. 23 Wochen in der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung (Studie der Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

Patient*innenmerkmale		IV-Patient*innen (N1 = 88)	ABA-Patient*innen (N1 = 158)
Alter in Jahren	Mittelwert (SD)	43.61 (10.92)	39.12 (12.38)
Geschlecht	männlich	61 %	27 %
	weiblich	39 %	73 %
Beruflicher Status	(Fach-)Arbeiter*in	47 %	10 %
Angestellte*r / Beamt*in		49 %	48 %
Selbstständige*r		-	4 %
Rentner*in		-	6 %
Arbeitssuchende*r		3 %	21 %
Hausmann*frau		-	5 %
Anzahl psychischer Diagnosen	Mittelwert (SD)	1.41 (0.65)	2.05 (1.0)
Therapiemerkmale			
Wartezeit in Wochen	Mittelwert (SD)	6.30 (2.81)	45.95 (43.19)
Behandlungseinheiten	Mittelwert (SD)	30.10 (14.15)	47.94 (20.16)
Therapieabbrüche		10 %	6 %
Veränderung der Therapieerfolgskriterien zwischen Therapiebeginn und Therapieende		d IV-Patient*innen (N2 = 79)	d ABA-Patient*innen (N2 = 148)
BDI, BDI-II		1.41	0.88
FLZ		0.93	0.79
SCL-90-R		1.17	0.96

N1 = Anzahl in die Analyse eingeschlossener Patient*innen
N2 = Anzahl der Patient*innen mit regulär abgeschlossenen Therapien
SD = Standardabweichung
d = Effektstärke Cohens d (vgl. Seite 14)

Literatur: Ossenkop, J. P. (2020). Untersuchung von Patienten/innen- und Therapiemerkmale sowie deren Zusammenhänge zum Therapieerfolg – Ein Vergleich zwischen einem Projekt zur integrierten Versorgung von Arbeitnehmenden und einer regulären Ausbildungsambulanz. Technische Universität Braunschweig: Unveröffentlichte Masterarbeit.

Untersuchung des Einflusses von Patient*innen-, Therapeut*innen- und VerlaufsvARIABLEN auf die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs

Psychotherapien werden idealerweise in beiderseitigem Einverständnis von Therapeut*in und Patient*in abgeschlossen, wenn die Therapieziele bestmöglich erreicht sind. Es lässt sich jedoch nicht immer vermeiden, dass einige Behandlungen aus unterschiedlichen Gründen vorzeitig abgebrochen werden. Um Therapieabbrüchen bestmöglich vorbeugen zu können, ist es wichtig zu wissen, wie häufig diese auftreten und welche Merkmale von Patient*in, Therapeut*in oder Behandlung mit einem erhöhten Risiko für Therapieabbrüche einhergehen.

Aufgrund dessen wurde im Rahmen einer Studie untersucht, wie hoch die Abbruchquote in der Psychotherapieambulanz (PTA) ist und welche Patient*innen-, Therapeut*innen- sowie VerlaufsvARIABLEN Risikofaktoren für einen Therapieabbruch darstellen können. Dafür wurden Daten von Patient*innen verwendet, die zwischen 2015 und 2020 im Rahmen der Ausbildungsambulanz (ABA) oder der Hochschulambulanz (HSA) der PTA behandelt wurden. Von den in die Analyse eingeschlossenen 677 Patient*innen beendeten 490 (72,4 %) ihre Therapie regulär, 187 Behandlungen (27,6 %) wurden vorzeitig abgebrochen. Weiterhin wurde ermittelt, ob es sich bei den Therapieabbrüchen um qualitätsrelevante Abbrüche (d. h. Abbrüche, deren Begründung sich auf Therapieinhalte oder die therapeutische Beziehung beziehen) oder um nicht-qualitätsrelevante Abbrüche (z. B. Abbruch während der Diagnostik vor

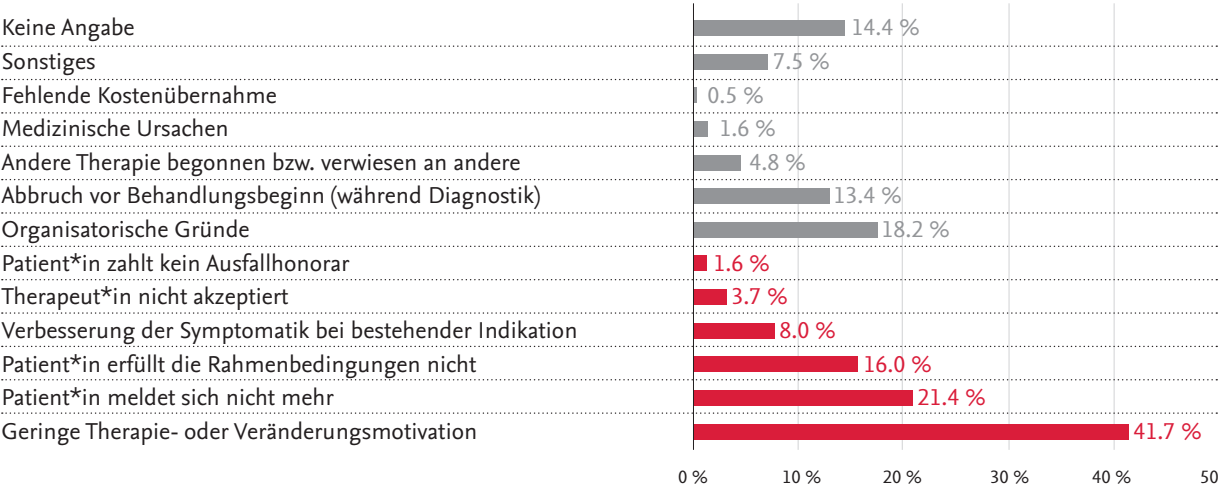
Behandlungsbeginn oder organisatorische Gründe wie Umzug des*der Patient*in) handelte. In 106 Fällen (56,7 % der Abbrüche) lag mindestens ein qualitätsrelevanter Abbruchgrund vor. 54 Patient*innen mit ausschließlich nicht-qualitätsbedingten Abbruchgründen, sowie 27 Patient*innen, bei denen kein Grund für den Therapieabbruch angegeben war, wurden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen, sodass die Daten von insgesamt 596 Patient*innen (490 reguläre Therapieabschlüsse und 106 qualitätsrelevante Therapieabbrüche) vertieft analysiert wurden.

Signifikante Prädiktoren für Therapieabbrüche waren eine fehlende Erwerbstätigkeit, hohe Symptombelastung und niedrige Lebenszufriedenheit bei Therapiebeginn sowie die Entwicklung von Symptombelastung und Lebenszufriedenheit über den Therapieverlauf. Jedoch war der Vorhersagewert aller fünf Prädiktoren eher gering (kleine Korrelationseffekte mit $r = -.21$ bis $r = .11$). Weiterhin ergab die Analyse, dass Geschlecht, Alter, Beziehungsstatus und Schulabschluss der Patient*innen, Geschlecht und Ausbildungsstand der Therapeut*innen, die Geschlechterpassung zwischen Patient*innen und Therapeut*innen sowie das Vorliegen einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung bei den Patient*innen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zum Therapieabbruch aufweisen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Abbruchquote in der PTA im Vergleich zu Studien aus der Psychotherapieforschung, die eine Abbruchquote von 17,6 % bis 53,1 % ermittelten, im unteren Bereich liegt und somit gering ist. Die untersuchten Patient*innen- und Therapiemerkmale konnten das Auftreten

von Therapieabbrüchen dabei nicht zufriedenstellend vorhersagen. Daher sollten in künftigen Studien auch weitere mögliche Einflussfaktoren, wie beispielsweise die Motivation, die therapeutische Beziehung oder der Einfluss spezifischer Interventionen, näher betrachtet werden.

Gründe für Therapieabbrüche¹



¹ Es waren Mehrfachnennungen möglich. Anteil der Therapieabbrüche (N = 187), für die der jeweilige Grund angegeben wurde

Validität der Sprechstundendiagnosen

Seit in der Psychotherapieambulanz (PTA) Screening-Gespräche zur ersten diagnostischen Abklärung eingeführt wurden, zeigte sich, dass die anfänglich gestellten Verdachtsdiagnosen nicht immer mit den nach der Probatorik, die mehrere Stunden umfasst, gestellten gesicherten Diagnosen übereinstimmten. Auch nach der Weiterführung des Screenings in Form der psychotherapeutischen Sprechstunde infolge der Richtlinienreform 2017 war dies der Fall.

Im Rahmen einer Studie wurde die Validität der Verdachtsdiagnosen nach dem ersten Screening- bzw. Sprechstundengespräch in der PTA untersucht. Hierzu wurden Daten aus der Patient*innendokumentation von Oktober 2011 bis Dezember 2019 ausgewertet. Dafür wurden Daten von Patient*innen verwendet, die zwischen Oktober 2011 und Dezember 2019 in der PTA behandelt wurden.

Diese Stichprobe umfasste 345 Personen, davon waren 232 Frauen, 112 Männer und einmal wurde keine Angabe gemacht. Die Patient*innen waren zwischen 20 und 90 Jahre alt (Mittelwert [M] = 41.2 Standardabweichung [SD] = 13.3).

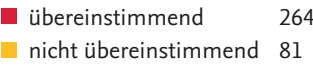
Die Übereinstimmung der Verdachtsdiagnose mit der gesicherten Diagnose wurde über alle Störungskategorien hinweg untersucht. Dabei galten zwei Diagnosen als übereinstimmend, wenn sie derselben Störungskategorie (siehe Seite 31) zugehörten. Für die häufig diagnostizierten Störungskategorien Depressive Störung, Agoraphobie/Panikstörung und Soziale/Spezifische Phobie wurde zudem die Vorhersagbarkeit der gesicherten Diagnose durch die Verdachtsdiagnose betrachtet, indem u. a. Sensitivität (Richtig-Positiv-Rate) und Spezifität (Richtig-Negativ-Rate) bestimmt wurden. Außerdem wurde untersucht, ob sich bei Patient*innen verschiedenen Geschlechts Unterschiede in der diagnostischen Akkuratheit zeigten.

Sowohl insgesamt, als auch in den drei verglichenen häufig diagnostizierten Störungskategorien war die Übereinstimmung der Verdachts- und gesicherten Diagnosen hoch; allerdings wurde bei jeder vierten Person nach Abschluss der Diagnostik eine nicht mit der ersten Verdachtsdiagnose übereinstimmende gesicherte Diagnose gestellt (siehe Grafik).

Cohens Kappa (ein Maß für die Übereinstimmung) für die gesamte Stichprobe betrug $\kappa = .71$, was für eine starke Übereinstimmung spricht. Zwischen den Störungskategorien zeigten sich nur geringe Unterschiede hinsichtlich der Übereinstimmung von Verdachts- und gesicherten Diagnosen sowie der Akkuratheit der Verdachtsdiagnose (siehe Tabelle). Es gab keine Befunde, die auf unterschiedlich akkurate Diagnosen bei Männern und Frauen hätten schließen lassen.

Die Ergebnisse zeigen, dass bereits im Rahmen eines ersten diagnostischen Gesprächs in der Regel eine gute Einschätzung des klinisch relevanten Problembereichs erfolgt, was den Nutzen der Sprechstunde für die Indikationsbeurteilung unterstreicht. Jedoch musste bei manchen Patienten die erste Verdachtsdiagnose nach Abschluss der vertieften Diagnostik angepasst werden. Daher sollten die Ergebnisse der ersten Sprechstunde in jedem Fall durch vertiefte diagnostische Untersuchungen ergänzt werden, um ein valides Ergebnis sicherzustellen und eine entsprechende Behandlungsplanung zu ermöglichen.

Übereinstimmung von Verdachts- und gesicherter Diagnose in der gesamten Stichprobe



Diagnostische Übereinstimmung und Akkuratheit in verschiedenen Störungskategorien

Störungs-kategorie	κ	Sensitivität (95 % KI)	Spezifität (95 % KI)
Depressive Störung	0.65	79 % (72-85 %)	86 % (80-90 %)
Agoraphobie / Panikstörung	0.85	91 % (77-97 %)	98% (95-99 %)
Soziale / Spezifische Phobie	0.82	80 % (64-89 %)	99 % (97-100 %)

κ = Cohens Kappa (1 < κ ≤ .4: schwache Übereinstimmung, .4 < κ ≤ .6: mittlere Übereinstimmung, .6 < κ : starke Übereinstimmung)

Spezialambulanz für Körperdysmorphie Störung (KDS)

Auch das Jahr 2020 haben wir in unserer Spezialambulanz dafür genutzt, die Ergebnisse unseres abgeschlossenen DFG-Projektes zur Olfaktorischen Referenzstörung (ORS) weiter auszuwerten. Bei Personen mit ORS kreisen die Gedanken immer wieder um die Sorge, unangenehm zu riechen. Diese Sorge führt dazu, dass sich Betroffene für ihren Geruch schämen und sich vermehrt von der Außenwelt zurückziehen. Auch wenn einige Ergebnisse noch auf sich warten lassen müssen: Einige spannende Befunde konnten wir bereits herausarbeiten – freuen Sie sich auf den gesonderten Beitrag hierzu (siehe Seite 34/35).

DFG Deutsche Forschungsgemeinschaft

Unser Netzwerk körperdysmorphie Störung „KDS-Net“ konnte ein eigenes Projekt zur Testung unterschiedlicher Modelle zur Klassifikation der KDS abschließen und die Ergebnisse wissenschaftlich publizieren. Personen mit einer KDS befürchten, hässlich zu sein. Diese Sorge führt dazu, dass sie sich für ihr Aussehen schämen und sich vermehrt von der Außenwelt zurückziehen. Die Frage, wie die KDS zu klassifizieren ist, ist wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt. Während nach dem derzeitigen Klassifikationssystem der WHO die KDS derzeit noch den somatoformen Störungen zugerechnet wird, soll sie ab dem Jahr 2022 zu den Zwangsspektrumsstörungen gehören – aber auch diese Einordnung kann kritisch hinterfragt werden.

Unsere Studie ging nun dieser Frage in einer Onlineerhebung nach und hat verschiedene Modelle, wo die KDS einzuordnen sein könnte (generelle Psychopathologie, Somatisierung, Zwanghaftigkeit und verwandte Störungen, Affektivität, Körperbild und KDS-Modell) getestet. Ein Körperbild-Modell zeigte als einziges eine gute Passung für die Klassifizierung der KDS. Das Körperbild-Modell postuliert, dass Essstörungen und KDS idealerweise in einer diagnostischen Kategorie zu verorten seien. Das passt auch zu diversen Studienergebnissen, die eine starke Ähnlichkeit zwischen Essstörungen und KDS aufzeigen.



Sie finden uns unter:
www.kds-net.com

Unsere Webseite des KDS-Net, welche sich primär an Betroffene, deren Angehörige und Behandler*innen richtet, hat bislang guten Anklang gefunden: 2020 konnte die Webseite 71.540 Zugriffe verzeichnen. Sie finden uns unter www.kds-net.com. Wir hoffen, Sie finden die Webseite ansprechend und informativ.

KDS-NET

Literatur: Hartmann, A.S., Staufenberg, T., Bielefeld, L., Buhlmann, U., Heinrichs, N., Martin, A., Ritter, V., Kollei, I., & Grochowski, A. (2020). An empirically derived recommendation for the classification of body dysmorphic disorder: Findings from structural equation modeling. PLOS ONE, 15(6): e0233153. doi.org/10.1371/journal.pone.0233153

Im Jahr 2020 ist auch ein weiteres Projekt in die Planung gekommen, welches wir ab dem Jahr 2021 umsetzen wollen: „Korrelate und Behandlung der Olfaktorischen Referenzstörung - CATO-Studie“ (in Kooperation mit apl. Prof. Dr. Regina Steil, Goethe Universität Frankfurt am Main).

In dieser Untersuchung wollen wir uns damit beschäftigen, wie häufig die ORS bei Studierenden vorkommt und ob Betroffene von einer nachfolgenden Kurzintervention profitieren können. Im Zuge dieses Projektes wollen wir auch diagnostische Instrumente entwickeln und validieren, die im klinischen Alltag benutzt werden können, um eine ORS zu diagnostizieren.

Ihr Team der Spezialambulanz,

Dr. Anja Grochowski und
Dr. Vivienne Schmidt & Prof. Dr. Beate Muschalla

Wie nehmen Personen mit Olfaktorischer Referenzstörung ihre eigenen und fremde Körpergerüche wahr?

Von Januar 2016 bis Dezember 2018 führten wir das weltweit erste Forschungsprojekt zu den Reiz- und Wahrnehmungsgrundlagen der Olfaktorischen Referenzstörung (ORS) durch. Es handelte sich um ein von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördertes Projekt über Befürchtungen zum eigenen Körpergeruch in Kooperation mit dem Institut für Psychologie, Abteilung Psychologische Methodenlehre und Biopsychologie der TU Braunschweig und dem Institut für Pharmazeutische Biologie der TU Braunschweig.

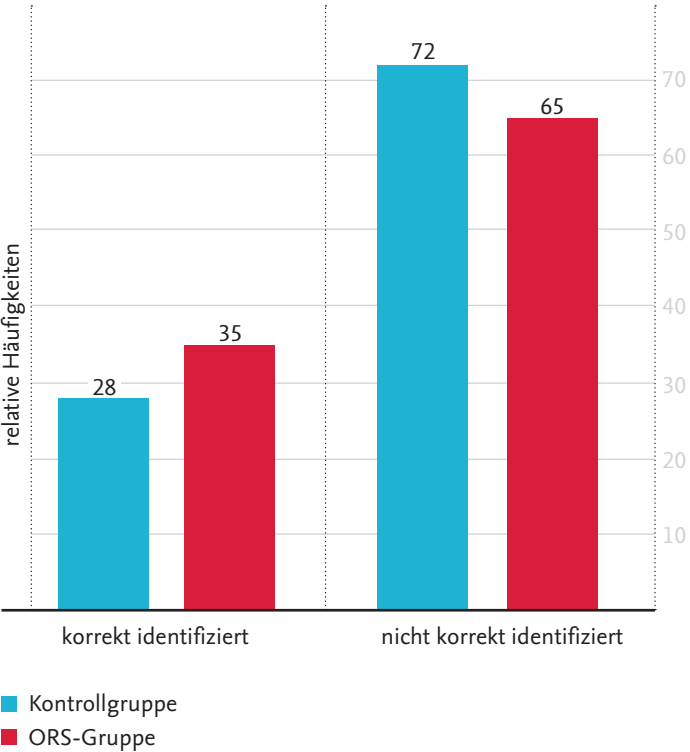
Personen mit ORS befürchten, einen unangenehmen oder starken Körper- und/ oder Mundgeruch zu verbreiten, der für andere Personen nicht oder nur sehr gering wahrnehmbar ist (z. B. nach Schweiß). In unseren letzten Jahresberichten konnten wir bereits einige Zwischenergebnisse präsentieren. Nun können auch die Ergebnisse einiger unserer Hauptfragestellungen berichtet werden. Uns interessierte, ob Personen mit einer klinisch relevanten ORS evtl. ihren eigenen Körpergeruch besser oder schlechter identifizieren können als Personen, die nicht unter einer ORS leiden. Außerdem wollten wir wissen, wie Personen mit ORS ihren eigenen Körpergeruch bewerten, wenn sie nicht wissen, dass es sich um ihren eigenen Körpergeruch handelt.

Zu diesem Zweck haben je 38 Personen mit und ohne eine diagnostizierte ORS an einem „Geruchsexperiment“ teilgenommen. Zunächst wurden alle Teilnehmenden gebeten, für 24 Stunden Kompressen unter den Achseln zu tragen, um eine Schweißprobe zu erhalten. Acht Proben wurden den Teilnehmenden schließlich in einem Versuch als Reize zum Riechen dargeboten. Die Personen wussten dabei nicht, ob es sich um eine ihrer eigenen Proben oder die Schweißprobe einer anderen Person handelte. Es wurden auch weitere Geruchsproben dargeboten, wobei zwei Proben einen Dummy, also eine unbenutzte Komresse darstellten. Nachdem die Teilnehmenden an den Proben gerochen hatten, füllten sie einen Fragebogen aus, in dem sie unter anderem danach gefragt wurden, ob es sich um ihren eigenen Körpergeruch handelt und wie sie den Geruch insgesamt bewerten würden, z. B. im Hinblick auf Ekel und Intensität.

Personen mit einer ORS konnten dabei ihren eigenen Körpergeruch nicht signifikant besser oder schlechter identifizieren als Personen, die nicht unter einer ORS leiden (siehe Diagramm). Bei der unbewussten Konfrontation mit ihrem eigenen Körpergeruch berichteten die Personen mit ORS dabei aber signifikant mehr Ekel, als die Kontrollgruppe für ihren

eigenen Körpergeruch empfand. Insgesamt empfanden die Personen mit einer ORS zudem beim Riechen an allen Proben, auch den unbenutzten Kompressen, mehr Ekel als es die Kontrollgruppe tat.

Unsere Ergebnisse sind deshalb interessant, weil die Personen mit ORS zwar explizit nicht besser darin abschneiden ihren eigenen Körpergeruch zu identifizieren, aber implizit scheinbar den Geruch negativer bewerten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass implizite Gedächtnisprozesse eine Rolle bei der Entstehung und/ oder Aufrechterhaltung der Störung spielen könnten.



Mitarbeiter*innen

Leitung



Prof. Dr. Beate Muschalla



Dr. Anja Grocholewski



Dr. Ilka Vasterling

Fachaufsicht



Dr. Christine Kalweit



Dr. Friederike Maurer



Sabrina Dreyer
(seit 01.08.2020)

Dr. Vivienne Schmidt

Qualitätsmanagement / Datenschutz



Kirsten Winter



Isabel Engel (seit 01.06.2020)

Leonie Herzog (01.02. bis 30.04.2020)

Verwaltung



Antje Müller



Ronja Kluge



Janina Bock
(seit 13.05.2020)



Sabine Benn



Christa Hesselmann



Melanie Stich

Dorthe Lotz (bis 15.06.2020)

Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen



Sabine Reinecke



Eileen Meyn



Nina Ruck
(seit 15.04.2020)

Therapeut*innen

Abraham, Lea
Aurin, Sarah-Sophie
Behrens, Carolin
Below, Rieke
Bogensneider, Viktoria
Böhme, Johanna
Brink, Eva
Dr. Buhrow, Nora
Cam, Senol
Dennhardt, Christina
Dietzschmidt, Johanna
Dippold, Brigitte
Dombert, Elisa
Dreyer, Sabrina

Engel, Isabel
Fellbaum, Lena
Gärtner, Kathrin
Gebauer, Dimitri
Ginger, Viktoria
Groh, Daniela
Grotjahn, Julia
Guldbakke, Liv
Dr. Hannighofer, Jasmin
Hashimi, Tamana
Herzog, Leonie
Hoemann, Henrik
Hoffmann, Anke
Hübsch, Luisa

Dr. Job, Ann-Kathrin
Kaim, Katharina
Kaiser, Irina
Kaube, Alexandra
Kersten, Jenny
Kose, Leonie
Kotzerke, Marei
Kröhl, Nadine
Labrzycki, Florian
Laufhütte, Aaron
Luckhof, Marian
Markov, Valentin
Maschinski, Mira
Menck, Maja

Niehues, Elisabeth
Nünemann, Judith
Omelanovic, Julia
Özdemir, Nesibe
Pabón Fernández, Jasmin
Rapior, Mariça
Reinecke, Sabine
Reuter, Hannah
Rohleder, Katharina
Ruck, Nina
Ruge-Bruchmann, Felizitas
Schenk, Pia
Schramm, Lisa
Schröder, Johanna

Schulze, Theresa
Dr. Schünemann, Olivia
Siegert, Manuel
Simon, Marie
Söchtig, Anja
Spangenberg, Juliane
Stein, Sonja
Streich, Meike
Szarvas, Ildikó
Timme, Ines
Ulbrich, Laura
Wanders, Simone
Wegener, Martin
Wegert, Pia

Wendenburg, Sarah
Westenberger, Adrian
Wich, Anke
Wulfert, Katharina
Wulfes, Nele
Zacher, Jannis

Studentische Hilfskräfte

Baykan, Dijan
Blossei, Eva
Bütter, Luisa
Christensen, Nils

Falk, Nora
Grimminger, Kristin
Hildebrandt, Greta
Höllering, Maria

Kordt, Charlotte
Landgraf, Anna
Leifeld, Pauline
Münkel, Wiebke

Niehoff, Alena
Oltmanns, Estelle
Ossenkop, Jule
Pielemeier, Julia

Scheelen, Theresa
Streit, Sophie
Supper, Vanessa
Süßbrich, Jana

Vorvolakou, Kalliopi



Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche



Vorstellung

Die Psychotherapieambulanz (PTA) für Kinder und Jugendliche der TU Braunschweig besteht seit 2013. Sie unterteilt sich in unsere Forschungsambulanz, die Jugendlichen- und Kinderpsychotherapieambulanz (JuKiPsy) sowie unsere Ausbildungsambulanz für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut*innen, das Braunschweiger Institut für Psychotherapieausbildung (BIPsy).

Welche Störungen werden behandelt?

Die PTA für Kinder und Jugendliche bietet umfassende diagnostische und psychotherapeutische Hilfen bei allen psychischen Störungen, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien betreffen und im ambulanten Setting zu diagnostizieren und behandeln sind. Dabei nehmen wir uns ausreichend Zeit, um Patient*innen eine umfassende Diagnostik und, falls notwendig, im Anschluss daran eine leitlinienorientierte Behandlung zukommen zu lassen. Unser Angebot gliedert sich dabei in die folgenden Schritte:

Psychotherapeutische Sprechstunde

- Erster persönlicher Kontakt mit Familien/ Patient*innen, um einen guten Überblick zu gewinnen.
- Wir möchten klären, ob die Schwierigkeiten, die sich im Alltag gezeigt haben, Symptome einer psychischen Erkrankung sein können und ob sie ggf. psychotherapeutisch zu behandeln sind.
- Falls ja, wird eine erste Verdachtsdiagnose formuliert und wir machen der Familie einen Vorschlag für das weitere Vorgehen (z. B. zunächst diagnostische Klärung vs. direkte therapeutische Anbindung).
- In Absprache mit der Familie werden die nächsten Schritte vereinbart.

Diagnostik/ Probatorik

- Bevor Psychotherapien begonnen werden, ist in der Regel eine genaue Klärung der aktuellen Problemlage notwendig und es sollen Diagnosen gefunden werden, die die Schwierigkeiten gut abbilden.
- Zusätzlich sollen nicht zutreffende Diagnosen ausgeschlossen werden.

- In der vertiefenden Diagnostik setzen wir störungsübergreifende und störungsspezifische Test- und Fragebogenverfahren ein. Außerdem führen wir Leistungs- und Entwicklungstestungen sowie strukturierte Interviewverfahren und projektive Tests durch. Der Einbezug unterschiedlicher Verfahren und Beurteiler*innen (Kind, Eltern, Erzieher*innen/Lehrer*innen) soll ein differenziertes Gesamtbild liefern.
- Zum Abschluss der Diagnostik vereinbaren wir ein Rückmeldegespräch, in dem wir den Patient*innen die Ergebnisse der Diagnostik ausführlich mitteilen. Außerdem formulieren wir Empfehlungen für das weitere Vorgehen und es gibt die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Alle Ergebnisse und Empfehlungen werden zusätzlich schriftlich in einem Arzt*Ärztinbrief zusammengefasst.

Therapie

- Geht aus der Diagnostik/ Probatorik hervor, dass eine gesicherte Diagnose gestellt werden kann, bei der eine Psychotherapie indiziert ist, werden die Familien gern bei uns therapeutisch versorgt.
- Therapietermine finden in der Regel wöchentlich statt und umfassen jeweils 50 Minuten. Eltern und Kinder/ Jugendliche arbeiten mit einer*m festen Therapeut*in zum Teil in Einzelsitzungen, zum Teil auch in gemeinsamen Terminen.
- Bei der Behandlung gehen wir verhaltenstherapeutisch vor und halten uns an alle geltenden Leitlinien. Dabei haben wir aber auch die persönlichen Ziele der Patient*innen im Blick.



Leistungsbilanz

Für das Jahr 2020 präsentieren wir die Bilanz unserer geleisteten Behandlungseinheiten im BIPsy und der JuKiPsy in der untenstehenden Tabelle. Insgesamt wurde eine Gesamtzahl von 4.457 Behandlungseinheiten (BE; 1 BE = 50 min) erreicht. Davon entfallen 1 029 BE auf unsere Sprechstunden und Probatorik, die der Indikationsstellung, Orientierung und Zielfindung dienen. Im Bereich der Kurzzeittherapie wurden 1 651 BE durchgeführt und im Bereich der Langzeittherapie insgesamt 1 575 BE. Es ist zu beachten, dass ein erheblicher Teil der als Kurzzeittherapie begonnenen Behandlungen im Verlauf zu Langzeittherapien umgewandelt wird.

Art der Sitzungen	Gesamt
Psychotherapeutische Sprechstunden	394
Probatorische Sitzungen	635
Leistungs- und Entwicklungstests	202
Kurzzeittherapie	1.651
Langzeittherapie	1.575
Summe	4.457

Braunschweiger Institut für Psychotherapieausbildung (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) – BIPsy

Vorstellung

Wir bilden in Braunschweig Psycholog*innen, Pädagog*innen und Sozialpädagog*innen zu approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen aus. Unser Ausbildungsverfahren ist die Verhaltenstherapie. Dabei werden in unserer Ambulanz alle Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen behandelt, bei denen eine ambulante Psychotherapie indiziert ist. Falls notwendig und gewünscht, arbeiten wir im Sinne einer gemeinschaftlichen Unterstützung gerne mit anderen Behandler*innen (z. B. Kinder- und Jugendlichenpsychiater*innen) oder Hilfeebringer*innen (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe) zusammen.

Aktuelle Entwicklungen

Im Oktober 2020 startete die siebte Kohorte des Weiterbildenden Studienangebotes Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (WSKJP) mit zwölf Personen. Aktuell befinden sich somit insgesamt 46 Teilnehmer*innen in der Ausbildung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Wir konnten Dipl.-Sozialpädagoge Marcel Dittmann zu seiner erfolgreich bestandenen Approbationsprüfung gratulieren. Inzwischen pflegen wir 29 wertvolle Kooperationen mit Kliniken und psychiatrischen/ psychotherapeutischen Praxen für die Ausbildungsbausteine der praktischen Tätigkeit I und II.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

E-Mail: bipsy@tu-braunschweig.de
Telefon: 0531/391-2865
(Montag, Mittwoch, Freitag: 9.00-11.00 Uhr,
Dienstag: 15.00-17.00 Uhr)

Jugendlichen- und Kinderpsychotherapieambulanz (Hochschulambulanz)

Patient*innenbefragung nach ausführlicher Diagnostik

Die Diagnostik bildet für unsere Hochschulambulanz (HSA) nach wie vor einen wichtigen Arbeitsbereich, in dem wir uns beständig weiterentwickeln und verbessern möchten. Um die Qualität des Prozesses gut einschätzen zu können, bitten wir die Familien, die ihn durchlaufen haben, anschließend um eine anonyme Bewertung.

Ein Teil dieser Bewertungen betrifft die Rahmenbedingungen. So wurden z. B. die Therapieräume und die Flexibilität der Therapeut*innen von den allermeisten Befragten als sehr gut bzw. gut eingeschätzt. Auch in den Bereichen „Telefonische Erreichbarkeit“ und „Wartezimmer“ fielen die Bewertungen überwiegend gut bzw. sehr gut aus. Dennoch möchten wir uns in diesen Bereichen weiter verbessern.

Neben günstigen Rahmenbedingungen ist es uns wichtig, teilnehmende Familien im laufenden Prozess genau darüber zu informieren, was wir in welchem Umfang wie machen und welche Ziele wir dabei verfolgen. Wir freuen uns daher sehr, dass sich die Familien in den unterschiedlichen Teilbereichen überwiegend sehr gut informiert fühlten. In allen Bereichen waren fast alle der Bewertungen mindestens gut.

Auch wenn wir als Forschungsambulanz eine besonders ausführliche und damit vergleichsweise aufwendige Diagnostik anbieten, wurde die Anzahl der Termine ebenfalls von fast allen Bewertenden als gut bzw. sehr gut eingeschätzt.

Über die berichteten Werte hinaus ist uns am wichtigsten, dass wir den Familien mit den Ergebnissen der ausführlichen Diagnostik eine gute Hilfestellung geben und sie in Bezug auf die Zukunft gut beraten können. So freuen wir uns, dass über 80 % der Familien die reine Diagnostik als Klärung der aktuellen Situation als „sehr hilfreich“ und weitere 10 % als „etwas hilfreich“ empfanden. Nur ca. 8 % der Familien empfanden die Diagnostik als höchstens „in Teilen“ hilfreich. Unabhängig von den Zahlen erhielten wir besonders positive Reaktionen auf die ausführlichen Rückmeldegespräche.

Da wir auch im Jahr 2020 beim überwiegenden Teil der vorgestellten Kindern und Jugendlichen eine individuelle psychotherapeutische Behandlung empfahlen, freuen wir uns, dass wir diese fast ohne Ausnahmen und vergleichsweise zeitnah im Ausbildungsinstitut (BIPsy) anbieten konnten.

	Flexibilität des*der Therapeut*in	Telefonische Erreichbarkeit	Wartezimmer	Therapiezimmer	Information über Ablauf der Diagnostik	Information über Inhalte der Sitzungen	Information über Art und Umfang der Diagnostik	Anzahl der Termine	Abstand zwischen den Sitzungen
Mittelwert (SD)	1.41 (0.72)	2.23 (1.22)	1.99 (0.92)	1.62 (0.63)	1.26 (0.50)	1.33 (0.53)	1.18 (0.45)	1.44 (0.60)	1.49 (0.89)
Schulnoten (%)									
Sehr gut	69	28	31	46	77	69	86	62	67
Gut	23	33	46	46	20	28	11	33	26
Befriedigend	5	15	18	8	3	3	3	5	3
Ausreichend	3	6	3	-	-	-	-	-	2
Mangelhaft	-	8	2	-	-	-	-	-	2
Ungenügend	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung. Die Fragen wurden anhand von Schulnoten bewertet
(SD = Standardabweichung; 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend; - = keine Bewertung mit dieser Schulnote)

Prozentuale Häufigkeit der vergebenen Diagnosen nach diagnostischen Untersuchungen

Die Verteilung der vergebenen Diagnosen ist über den Verlauf der letzten Jahre vergleichsweise stabil. Sie deckt sich insgesamt sehr gut mit großen epidemiologischen Studien, die die Verbreitung unterschiedlicher psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung untersuchen.

Am häufigsten wurden Angststörungen (18 %), Störungen des Sozialverhaltens (15 %) und Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (16 %) diagnostiziert. Allein auf diese drei Diagnosebereiche entfallen etwa die Hälfte aller vergebenen Diagnosen. Ebenfalls häufig war die „Sonstige emotionale Störung des Kindes- und Jugendalters“ (F93.8). Diese ist eine vergleichsweise offen definierte Restkategorie, mit der deutliche emotionale Belastungen abgebildet werden können, die nicht in vollem Umfang den Kriterien spezifischer internalisierender Störungen (z. B. Angststörungen oder Depression) entsprechen.

Deutlich seltener, jedoch durchaus regelhaft, wurden Anpassungs- und Traumafolgestörungen (6 %) diagnostiziert. Ähnlich häufig lagen auch stark altersabhängige Diagnosen vor. Dazu zählen z. B. Ausscheidungsstörungen (5 %), die i. d. R. bei Kindern, und affektive Störungen, die i. d. R. bei Jugendlichen auftreten. Alle weiteren Diagnosen (z.B. Tic-Störungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Essstörungen) waren so selten, dass sie zu „andere Störungen“ zusammengefasst wurden.

Schließlich wurde bei einem gewissen Anteil nach den diagnostischen Untersuchungen keine Diagnose vergeben (6 %). Vergleichbar häufig wurde ausschließlich eine umschriebene Entwicklungsstörung (z.B. F81.0 Lese-Rechtschreibstörung, F81.2 Rechenstörung) festgestellt (6 %). Während wir bei Kindern und Jugendlichen ohne Diagnose i. d. R. keine Notwendigkeit für therapeutische Maßnahmen sahen, empfahlen wir Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen i. d. R. eine lerntherapeutische Behandlung.



- 18 % Angststörungen
- 15 % Störungen des Sozialverhaltens
- 16 % Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen
- 6 % Affektive Störungen
- 6 % Anpassungs- und Traumafolgestörungen
- 13 % Sonstige emotionale Störungen
- 5 % Ausscheidungsstörungen
- 8 % Andere Störungen
- 6 % ausschließlich umschriebene Entwicklungsstörungen
- 6 % Keine Diagnose



Forschung

Evaluation der Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTS)

Mitte 2017 wurden Psychotherapeutische Sprechstunden (PTS) verpflichtend in die Psychotherapierichtlinie eingeführt. Das bedeutet, dass jede*r Patient*in seither vor dem Beginn einer therapeutischen Behandlung einen Sprechstundentermin wahrnehmen muss.

In den PTS soll vor allem geklärt werden, welche Diagnosen möglicherweise vorliegen, ob eine Psychotherapie indiziert bzw. notwendig ist und wenn ja, welches Setting dazu angemessen erscheint (z. B. ambulant vs. stationär). Neben den Informationen darüber sollen Patient*innen auch die Möglichkeit erhalten, Fragen zu einer möglichen Behandlung und zum formalen Ablauf zu stellen, sodass sie sich leichter für oder gegen eine anschließende Behandlung entscheiden und ggf. weitere Schritte zügiger einleiten können. Das wesentliche Ziel der Einführung der PTS war es, die Wartezeit bis zu einem ersten Kontakt und einer davon abhängigen Weichenstellungen deutlich zu verkürzen.

In der Jugendlichen- und Kinderpsychotherapieambulanz führen wir seit 2017 mit allen Patient*innen die PTS durch. Um zu überprüfen, welche Veränderungen sich daraus ergaben, haben wir die entsprechenden Daten zur PTS im letzten Jahr systematisch analysiert und dabei verschiedene Aspekte fokussiert.

Wartezeit bis zum Erstkontakt

Vor der Einführung der PTS lag die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin deutschlandweit bei zwölf Wochen. Durch die Einführung der PTS konnte diese auf fünf Wochen reduziert werden. Die angestrebte Verkürzung konnte demnach auf Bundesebene erreicht werden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Rabe-Menssen, Ruh & Dazer, 2019). Die Wartezeit bis zum Stattfinden der PTS in unserer Jugendlichen- und Kinderpsychotherapieambulanz betrug im Durchschnitt ebenfalls fünf Wochen. Damit lag die Wartezeit genau im bundesweiten Durchschnitt nach Einführung der PTS. Vor dem Hintergrund, dass die Zeit bis zur tatsächlich stattgefundenen PTS gemessen und weder abgesagte noch ausgefallene erste Terminangebote berücksichtigt wurden, sind wir mit diesem Ergebnis sehr zufrieden.

Vergabe bzw. Ausschluss psychiatrischer Diagnosen

Bei nahezu allen Patient*innen, die in der PTS vorgestellt wurden, wurde eine psychiatrische Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose formuliert. Lediglich 3 % der Patient*innen erhielten keine Diagnose. Bei ca. einem Drittel der Patient*innen wurden mindestens zwei Diagnosen festgestellt bzw. vermutet. Im Falle einer bzw. mehrerer Verdachtsdiagnosen empfahlen wir jeweils einen direkten Übergang in die psychotherapeutische Behandlung oder mindestens eine eingehende diagnostische Abklärung. Der Großteil der Familien (85 %) kam diesen Empfehlungen nach.

Verlässlichkeit der Verdachtsdiagnosen

Das Hauptaugenmerk unserer Untersuchung lag auf der Validität der in der PTS vergebenen Verdachtsdiagnosen, denn wir wollten einschätzen können, wie gut die Symptomatik einer*s Patient*in bereits in einem einzigen Sprechstundentermin erfasst werden kann. Dazu wurden die gestellten Verdachtsdiagnosen mit den gesicherten Diagnosen nach einer ausführlicheren Diagnostik (ca. 4-8 Termine mit verschiedenen Methoden) verglichen.

Die generelle Übereinstimmung lag überwiegend im mittleren Bereich. Insgesamt wurden nur wenige der Diagnosen aus der PTS im Verlauf nicht bestätigt. Es zeigte sich jedoch, dass nach ausführlichen Untersuchungen häufig zusätzliche Diagnosen vergeben wurden, die in der Sprechstunde nicht gestellt worden waren. Wir interpretieren die Ergebnisse so, dass bereits in der PTS einige Schwierigkeiten gut erkannt und korrekt diagnostiziert werden. Gleichzeitig werden darüber hinausgehende Problembe- reiche teilweise erst in ausführlicheren Prozessen identifiziert und diagnostisch eingeordnet. Gerade dies unterstreicht die Wichtigkeit einer ausführlichen Diagnostik.

Einflüsse auf die Verlässlichkeit der Verdachtsdiagnosen

Es zeigte sich, dass die Übereinstimmung der Verdachtsdiagnose mit den Ergebnissen ausführlicher Diagnostikprozesse deutlich von der Störungskategorie abhing. Die höchste Übereinstimmung lag bei den Ausscheidungsstörungen vor, die niedrigste bei den sonstigen emotionalen Störungen. Dies legt einen Einfluss der Exaktheit der diagnostischen Kriterien nahe. Bei Patient*innen, deren Leidensdruck und Funktionsbeeinträchtigung in der PTS hoch eingeschätzt wurden, wurden häufiger nicht alle Diagnosen im Rahmen der PTS entdeckt, sondern erst im Laufe der vertieften Diagnostik. Der Leidensdruck und der Behandlungsbedarf wurden jedoch sehr zuverlässig eingeschätzt.

Ausblick

Aufgrund der relativen Neuheit der PTS und der hier berichteten Untersuchungen konnten die gefundenen Ergebnisse kaum mit anderen Studien verglichen und entsprechend eingeordnet werden. Wir werden die PTS jedoch auch in Zukunft weiter evaluieren. Interessant wird hierbei sein, ob sich die bisher gefundenen Ergebnisse bestätigen lassen und ob möglicherweise weitere Einflussfaktoren in Bezug auf die Übereinstimmung der Diagnosen und andere Aspekte gefunden werden können.

Literatur: Bundespsychotherapeutenkammer (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Zugriff am 24. Mai 2020 unter www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPTK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf | Rabe-Menssen, C., Ruh, M. & Dazer, A. (2019). Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Ergebnisse der DPTV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. Psychotherapie Aktuell, 11(1), 25-34.

Das Team der PTA für Kinder und Jugendliche (BiPsy und JuKiPsy)



Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Muschalla, Beate

Geschäftsführende Leitung

Dr. Greuel, Jan Felix

Dr. Schmidt, Vivienne

Dr. Wenglorz, Markus

Verwaltungsmitarbeiterinnen

Benn, Sabine

Kriegel, Theda

Wissenschaftlicher Mitarbeiter*innen

Drewes, Emma

Koors, Britta

Schmidtendorf, Steffen

Praktikantinnen / Hilfskräfte

Arndt, Jenny

Böttner, Anna

Dolle, Samira

Eckert, Lisa

Kobus, Vanessa

Monne, Emilia

Pabst, Katharina

Schumann, Aylin Isabel

Semig, Katharina Emma Maria

Yasar, Adile

Therapeut*innen in Ausbildung

Aurin, Sarah Sophie

Börnsen, Holle

Böttner, Anna

Buhrmann, Sophia

Dietzenschmidt, Johanna

Dittmann, Marcel

Dottore Giachino, Melania

Erdfelder-Djidji, Sinikka

Großmann, Vanessa

Herzberg, Lena

Jeschke, Jannike

Koors, Britta

Kreßler (geb. Streck), Tabita

Musial, Rebekka

Peeck (geb. Waltke), Mari Ines

Röske (geb. Cappellmann), Swantje

Rutsch, Frauke

Schlüter, Milena

Scholz, Majelle

Schumann, Aylin Isabel

von Werder, Michelle

Wall, Maïke

Wäsche, Johanna

Watschke (geb. Spelter), Anna

Wichmann, Leonie

Wiedau, Susanne

Wittkopf, Sarah

Wohlthat (geb. Schäfer), Anne

Zimmermann (geb. Akakoglu), Özlem

Veröffentlichungen

Beiträge in Fachzeitschriften

Behrens, C., Friel, P., **Grocholewski, A.**, Dombert, E., Brühl, A., Kasten, E. & Heinrichs, N. (2020). Kognitive und affektive Prozesse bei Body Integrity Identity Disorder (BIID): Eine Pilotstudie. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*. Published online. <https://doi.org/10.1055/a-1099-9925>

Hartmann, A. S., Staufenbiel, T., Bielefeld, L., Buhlmann, U., Heinrichs, N., Martin, A., Ritter, V., Kollei, I., & **Grocholewski, A.** (2020). An empirically derived recommendation for the classification of body dysmorphic disorder: Findings from structural equation modeling. *PLOS ONE*, 15(6): e0233153. doi.org/10.1371/journal.pone.0233153

Heinrichs, N. & **Wenglorz, M.** (2020). Geschwisterbeziehungen von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten. Wie nehmen Kinder mit psychischen Auffälligkeiten die Beziehung zu ihren Geschwistern wahr? *Familiendynamik*, 1, 38-49.

Muschalla, B. (2020). Die Mini-ICF-APP-Family: Fremd- und Selbsteinschätzung von Fähigkeiten, fähigkeitsorientierte Arbeitsplatzbeschreibung und Wohnfähigkeit. *Medizinischer Sachverständiger*, 116, 170-182.

Muschalla, B. (2020). „Wie hast du's mit der Arbeitsfähigkeit?“ Fähigkeitserleben und Arbeitsplatzprobleme bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 120-130.

Schmidt, M., **Grocholewski, A.**, Kollei, I., Ritter, V. & Hartmann, A.S. (2020). Aussehensbezogene Zurückweisungssensitivität als differenzierendes Merkmal zwischen körperdysmorpher und Essstörungs-pathologie? *Psychotherapeut*. Published online. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00401-5>

Sonstiges

Amelung, K. (2020). *Untersuchung des Einflusses von Patient*innen-, Therapeut*innen und Verlaufsvariablen auf die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs in einer Psychotherapieambulanz*. Technische Universität Braunschweig: Unveröffentlichte Masterarbeit.

Blossei, E. (2020). *Zusammenhänge von Arbeitsstress, psychischen Störungen und Arbeitsunfähigkeit – eine Untersuchung des Modells beruflicher Gratifikationskrisen anhand einer klinischen Stichprobe*. Technische Universität Braunschweig: Unveröffentlichte Masterarbeit.

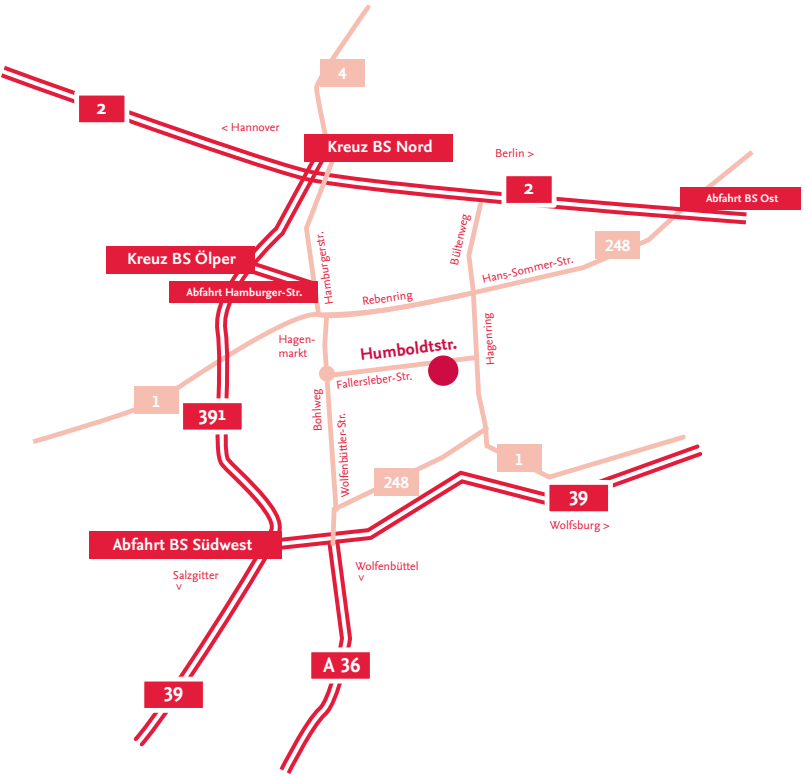
Debener, A. (2020). *Operationalisierung des Konstrukts der elterlichen Belastungstoleranz und initialer Test eines Modells elterlicher Einflussfaktoren auf kindliche Ängstlichkeit*. Technische Universität Braunschweig: Unveröffentlichte Masterarbeit.

Drewes, E. (2020). *Evaluation der Psychotherapeutischen Sprechstunde einer Hochschulambulanz für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie*. Technische Universität Braunschweig: Unveröffentlichte Masterarbeit.

Ossenkop, J. P. (2020). *Untersuchung von Patienten/innen- und Therapiemerkmalen sowie deren Zusammenhänge zum Therapieerfolg – Ein Vergleich zwischen einem Projekt zur integrierten Versorgung von Arbeitnehmenden und einer regulären Ausbildungsambulanz*. Technische Universität Braunschweig: Unveröffentlichte Masterarbeit.

Wild, S. (2020). *Validität der Diagnosen in der psychotherapeutischen Sprechstunde*. Technische Universität Braunschweig: Unveröffentlichte Masterarbeit.

Anfahrt



Impressum

Herausgeberin:
Dr. Anja Grocholewski
Psychotherapieambulanz
Technische Universität Braunschweig

Hausanschrift:
Psychotherapieambulanz
Technische Universität Braunschweig
Humboldtstraße 33
38106 Braunschweig
Telefon: 0531 391 – 2865
Fax: 0531 391 – 8195

Redaktion:
Lars Paternoster | clayhouse.de
Kirsten Winter
Dr. Ilka Vasterling
Dr. Vivienne Schmidt

Gestaltung:
Cher Paternoster | paternoster-weibel.de

Druck:
WIRmachenDRUCK GmbH, Backnang

Stand:
Juni 2021

